

# LO + POSITIVO

Núm.45 · Primavera 2010

Publicación gratuita sobre la infección por VIH



EL VIH en jóvenes **gays**

Además:

• Madrid desatendida • Especial CROI 2010 • Sensibilidad empresarial



NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS



DISEÑO DE FÁRMACOS INNOVADORES



AVANZANDO EN LA TERAPÉUTICA

#### Luchando contra enfermedades graves

En Gilead aplicamos lo mejor de la ciencia biofarmacéutica para crear medicamentos innovadores que mejoren el estado de los pacientes. Nuestros programas de investigación y desarrollo se centran en moléculas terapéuticas para el tratamiento de la infección por VIH, hepatitis, infecciones fúngicas, hipertensión pulmonar arterial e infecciones pulmonares relacionadas con la fibrosis quística.

#### Superando los estándares actuales de tratamiento

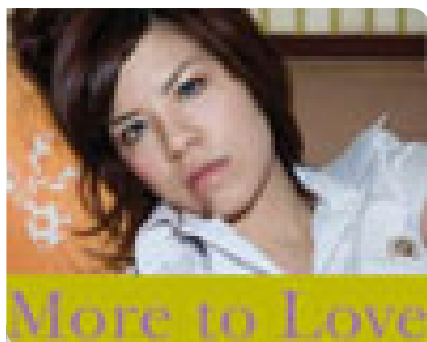
Estamos descubriendo nuevas formas con mayor potencia, mejor perfil de toxicidad, seguridad y opciones de dosificación más simples. En cada nueva terapia nos enfocamos consistentemente por mejorar el estado y la calidad de la vida de los pacientes.



**GILEAD**

Advancing Therapeutics.  
improving lives.

© 2014 Gilead Sciences, Inc.



opina

4 ¿La suma de todos? 5 Cierra un piso de acogida en La Rioja 6 Sin tratamiento en Rumanía 7 Ser consciente y Con amigos así... 8 Siempre juntos y Comentarios que no me gustaron nada 9 Seguiré luchando desde la calle 10 La historia de los Cuentos de Lucía 12 ¿Qué hubiera sido de mi vida...? 13 Tous Ensemble, More to love y Fuck You Sida

en persona

14 El VIH en los jóvenes gays 15 Los profesionales opinan 16 Jóvenes: ¿más vulnerables? 17 Joven, gay... e inmigrante 18 Aquí y ahora, hablemos del VIH 19 Rafa 22 Andrés 24 Iván 26 Guía de recursos 27 Pruebas de detección rápida del VIH

cuidarse

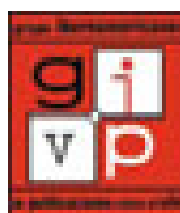
30 Fortalecer tus huesos 32 Cuéntamelo en la cocina 33 Encuesta sobre el tratamiento antirretroviral y VIH y tuberculosis 34 Aceptar la enfermedad

a ciencia cierta

36 Especial CROI 2010: Fármacos en investigación 38 Fármacos comercializados 40 Replicación viral 41 Enfermedad cardiovascular 42 Complicaciones óseas 43 Problemas renales y Trastorno neurocognitivo 44 Coinfección por VIH y VHC 45 Esperanza de vida 46 Tratamiento como prevención

al detalle

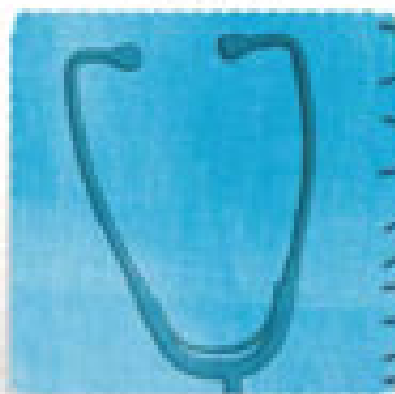
47 Sensibilidad empresarial 48 Nuevas tecnologías de la prevención: Repaso del 2009 50 Sida en el mundo 52 ConTacto 55 En la web 56 ONG: Federación Trabajando en Positivo y Listado de ONG del Estado Español



Miembro del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH

El equipo de LO+POSITIVO somos: Georgina Fabrés, Jaume Fabrés, Xavier Franquet, Juane Hernández, Francesc Martínez, Montserrat Moliner, Jordi Piqué, Bárbara Simó, Miguel Vázquez. En este número han colaborado: Ana Burgos, Paul Cummings, Zakari Garamendi, Marta Pich, Marc Serena, Rosa Sillué, Xavier Salvà LO+POSITIVO es una publicación del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), una asociación sin ánimo de lucro declarada Entidad de Utilidad Pública, que trabaja para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y el sida. LO+POSITIVO es una revista GRATUITA: ¡nunca pagues por leerla! Si deseas contribuir a su mantenimiento contacta con: Redacción: C/Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona España Tel: +34 932 080 845 Fax: +34 932 070 063 E-mail: [contact@gtt-vih.org](mailto:contact@gtt-vih.org) Web: [www.gtt-vih.org](http://www.gtt-vih.org) Impresión: Gráficas Cuscó [www.grafiquescusco.com](http://www.grafiquescusco.com) Depósito Legal: B-40431-97 Con el patrocinio de: Laboratorios Abbott, Boehringer Ingelheim, Gilead Sciences, Janssen-Cilag, Merck Sharp & Dohme, Schering-Plough y ViiV Healthcare. Con la colaboración de: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Ministerio de Sanidad y Política Social, Àrees de Salut Pública i Consum i Acció Social de la Diputació de Barcelona. LO+POSITIVO no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados. La información científica tiene una validez de tres meses.

EL MÉDICO.



LA INVESTIGACIÓN.



LAS PERSONAS.



# UNIDOS SOMOS MÁS FUERTES

Janssen-Cilag, división tibotec, a través de la investigación y desarrollo de nuevos antirretrovirales, quiere unirse a la labor de todos los especialistas que se comprometen frente al VIH y a la voluntad de miles de personas que cada día conviven con él. Porque sólo unidos conseguiremos avanzar frente al VIH.



# Jóvenes gays con VIH: la historia continúa

Los últimos informes son concluyentes: los hombres que practican sexo con otros hombres (HSH) continúan situándose en el centro de la epidemia. Según datos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida [SPNS], casi un 40% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2008 se dieron en este colectivo. Además, entre los gays más jóvenes, se observa un repunte de la infección, lo que ha hecho saltar las alarmas entre las autoridades sanitarias y las ONG que trabajan en el ámbito del VIH.

¿Exceso de optimismo? ¿Miedo al rechazo? ¿Relajación de costumbres? ¿Escasez de recursos? ¿Ha alcanzado su techo la prevención? Estas posibilidades, juntas o por separado, podrían responder a la pregunta de por qué la tasa de nuevos diagnósticos continúa aumentando en el colectivo de hombres gay. Independientemente del color del cristal con que se mire, todas las partes implicadas en dar respuesta al VIH coinciden en que urgen nuevas estrategias dirigidas a revertir el curso de la epidemia, sobre todo entre los colectivos más vulnerables, y entre ellos, los hombres que practican sexo con otros hombres.

Han transcurrido ya 20 años desde la aparición del 'Póntelo, Pónselo'. La experiencia nos dice que los mensajes coercitivos, aunque bien intencionados, no son suficientes para hacer frente a un problema con múltiples aristas. Una educación sexual afectiva con perspectiva de género en el ámbito escolar y familiar; una atención sanitaria adaptada a las necesidades reales de la población homosexual; un cambio de registro en las campañas preventivas; la normalización de la prueba de detección del VIH; fomentar el paradigma de la reducción de daños en la prevención sexual, y reducir el estigma y la discriminación de las personas con VIH son algunas de las intervenciones que, según las ONG, propiciarían un punto de inflexión en la creciente tendencia de nuevos diagnósticos del VIH en hombres y jóvenes gays.

Cada vez son más las voces que señalan que, en poblaciones con un alta prevalencia —como entre los HSH—, la extensión del tratamiento antirretroviral a todas las personas con VIH que cumplan los criterios para su inicio podría disminuir de forma considerable la transmisión del virus. A pesar de que los estudios todavía necesitan confirmar esta hipótesis, este cambio de paradigma de la terapia antirretroviral como prevención supone una nueva forma de responsabilidad también para las personas seronegativas, ya que implica conocer su estado serológico a través de la realización periódica de la prueba de detección del VIH, y, ante un diagnóstico positivo, acceder al tratamiento cuando éste se precise. Por otro lado, este nuevo enfoque preventivo basado en el tratamiento podría contribuir a reducir el estigma y la exclusión que padecen muchas personas con VIH en la medida en que dejarían de ser consideradas como un vector de la transmisión y les permitiría vivir su sexualidad de una forma más relajada. En definitiva y como han dicho algunos, la terapia como prevención podría constituir un modo de devolver la dignidad a las personas que vivimos con VIH.

## Un paso atrás

Empezamos a acostumbrarnos a que las causas justas, como lo es una emergencia sanitaria, dejen de recibir apoyos durante una crisis económica. El VIH/sida no es una excepción. 2010 era el año fijado para que el acceso al tratamiento y la prevención del VIH fueran universales. Aunque se ha avanzado mucho —el número de personas que toman antirretrovirales en países con ingresos bajos o medios se multiplicó por diez desde 2003 hasta 2008—, el reto del acceso universal incluido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, secundado por las grandes potencias que integran el G8, no se va a conseguir. El Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis necesitaría 20 mil millones de dólares durante los próximos tres años para cumplir los objetivos referentes a la salud de la población mundial en estas tres enfermedades. Los donantes, por su parte, han avisado de que, en este momento, poder reunir 13 mil millones ya sería un gran logro.

No avanzar no es el peor escenario; volver atrás, a tiempos trágicos, es ya más que una posibilidad en algunos lugares del mundo. Un país de la Unión Europea (UE) como Rumania, que tenía acceso universal al tratamiento antirretroviral desde 2001, ha dejado de tenerlo. El desabastecimiento causado por la incompetencia de un gobierno incapaz de gestionar la crisis ha dejado a siete mil personas con VIH, incluyendo niños y mujeres embarazadas, sin tratamiento y al borde del abismo. Letonia, también en la UE, admite que no puede pagar los antirretrovirales de marca, pero su administración se muestra inoperante y ni siquiera recurre a genéricos, simplemente no hace nada.

Al cierre de esta edición, el Gobierno de España anunciaba recortes en la ayuda a la cooperación internacional. A falta de que se conozcan los detalles, se sabe ya que el recorte previsto entre 2010 y 2011 será de 600 millones de euros. Según Naciones Unidas, en este momento unos 33 millones de personas viven con VIH en el mundo y 9,5 millones no estarían recibiendo la medicación que requieren. El próximo mes de julio, unas veinte mil personas se reunirán en Viena en la XVIII Conferencia Internacional del Sida con el lema '*Derechos aquí y ahora*'. Esperemos que las voces de la comunidad internacional del VIH se hagan oír con fuerza, sobre todo las de aquellas personas cuyas vidas están en peligro.

# ¿La SUMA de todos?

El Gobierno de la Comunidad de Madrid desatiende a cientos de personas con VIH y descuida la prevención

“Ya se veía venir”, me dijo una veterana activista en temas de planificación familiar. El pasado marzo, nos encontramos por casualidad en Atocha y comentamos la noticia —entonces reciente— de que, tras una serie de tensas reuniones con representantes de ONG, el Gobierno de la Comunidad de Madrid se acogió al silencio administrativo para no resolver sobre las ayudas comprometidas para 2009 a entidades que trabajan en la prevención y atención de personas con VIH. Silencio en el Gobierno madrileño que contrasta con las chispeantes declaraciones a las que nos tiene acostumbrados su presidenta regional.

Me recuerda esta activista que, en diciembre de 2009, el Gobierno de la Comunidad ya había allanado el camino con unas disposiciones para la reordenación del sector público. Disposiciones que, por ‘razones de política económica, presupuestaria u organizativa’, permitieran ‘reestructurar, modificar y suprimir’; y así lo hicieron. En febrero, tras una concentración convocada por las ONG afectadas frente a la Consejería de Sanidad, se anunció la supresión de la Orden de Subvenciones y se eliminaron las partidas aprobadas en la convocatoria de 2009 para la ejecución de proyectos, trabajos, acciones y campañas. Las ONG madrileñas ya habían realizado durante 2009 todas estas actividades con recursos propios (para más sorna, incluyendo el logotipo de la Comunidad, como es preceptivo en este tipo de ayudas) y esperaban poder cobrar en algún momento de 2010 la financiación concedida por el Gobierno Regional.

Muchos periódicos recogieron la noticia y buscaron un símil para el gran público: la cantidad presuntamente destinada, y jamás abonada, era menos de lo que cuesta un piso medio en la capital, exactamente 266.000 euros.

Si se compara con las cifras mareantes de nuestro déficit público o del rescate financiero de Grecia, la cantidad parece ridícula, pero ha estrangulado económicamente a las veinte entidades afectadas y dejará desatendidas a cientos de personas con VIH porque tampoco

habrá fondos para 2010. Con todo, la decisión tomada por los conservadores en Madrid trasciende lo puramente económico y da muchas pistas sobre su manera de abordar la infección por VIH y entender la equidad en el ejercicio del servicio público.

Como ha destacado una parte de la prensa nacional, es chocante, cuando no indignante, que los recortes se apliquen a colectivos de inmigrantes, de feministas, de mujeres que desean interrumpir su embarazo de forma voluntaria, asociaciones LGTB y a organizaciones que trabajan en prevención y/o atienden a personas con VIH y otros colectivos vulnerables, mientras que la

No sorprenden en absoluto tales declaraciones en un partido donde hay ciertos dirigentes que entienden el ejercicio de la política como un voraz intercambio de regalos entre ‘amiguitos del alma’ que ‘se quieren un huevo’; pero sí preocupa que actúen con un criterio parecido en la asignación de recursos a programas sanitarios. Los que llevamos años trabajando en VIH sabemos que el abordaje de la pandemia debe hacerse desde todos los ámbitos y contando con todos los sectores implicados. Como recuerda la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP) en un comunicado emitido a raíz de la eliminación de la subvenciones en Madrid:

«Yo sólo espero que cuando los del PP se pongan un lazo rojo, haya alguien que les ponga la cara roja de vergüenza».

Reyes Montiel, Diputada de IU en la Asamblea de Madrid.



Consejería de Asuntos Sociales sí ha adjudicado el presupuesto con sustanciosas partidas destinadas a asociaciones religiosas y provida.

No se trata de buscar agravios comparativos, sino de atender a todos los sectores de la población. Es por ello que resultan tan desacertadas y fuera de lugar las declaraciones del portavoz de Sanidad del PP, Javier Rodríguez, a los diputados del PSOE e IU en la Asamblea de Madrid: “Ustedes no pretenden mejorar nada. Les preocupa la subvención a sus amigos, que no se la han dado; pero que no se la hayan dado no significa que no se hagan campañas contra el sida. Yo comprendo que tienen ustedes que atender a su clientela, pero nosotros no tenemos por qué plegarnos a lo que dicen”.

«El trabajo de las asociaciones complementa la tarea de la administración, captando y sirviendo de puente para el acceso igualitario de las poblaciones más vulnerables a los recursos públicos. Ésta es, de hecho, la estrategia aceptada universalmente y recomendada por organismos internacionales (ONUSIDA, Organización Mundial de la Salud, CDC) y nacionales (Secretaría del Plan Nacional sobre Sida)».

Parece irónico que, en una comunidad cuyo lema es ‘La suma de todos’, se desatienda y se cierren la vías de diálogo con buena parte de la comunidad del VIH por motivos que intuimos ideológicos. Que sepamos, a nadie implicado en este ámbito se le ha pedido jamás que renuncie a su ideología —faltaría más—, pero sí que no actúe

de forma sectaria y partidista, como en este caso. En palabras de Ana Burgos, portavoz de las organizaciones afectadas: «Para el año 2010, la Comunidad de Madrid ha reducido el presupuesto asignado al VIH/sida en un 47% y no contempla ningún Plan de Actuaciones frente al VIH/sida en el que trabajen todos los actores sociales, ya que su única estrategia preventiva es la compra de preservativos y lubricantes así como las pruebas diagnósticas, sin que haya subvención alguna para las ONG, lo que pone en peligro la continuidad de los proyectos ante la falta de ayudas y de recursos del Gobierno Regional. Sin la realización de estos proyectos, la prevención y la atención asistencial del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en los colectivos más vulnerables en la Comunidad de Madrid quedará desatendida».

Las entidades afectadas han habilitado un sitio web donde puedes leer su manifiesto y apoyar con tu firma: [www.sinesperanzaparaelvih.org](http://www.sinesperanzaparaelvih.org)



El pasado 29 de abril, más de 500 personas se concentraron en la madrileña Puerta del Sol para exigir más sensibilidad al Gobierno de la Comunidad respecto a los problemas asociados al VIH/sida.

lo más negativo [ Comisión Ciudadana Anti-Sida de La Rioja (CCASR)

## Cierra un piso de acogida en La Rioja

El piso de acogida para personas afectadas por el VIH de la Comisión Ciudadana Anti-Sida de La Rioja (CCASR) viene desarrollando sus actividades desde el año 1995. Este programa está dirigido a personas afectadas por el VIH que, dadas las características sociales y evolutivas de su enfermedad, precisan de una mejora de su salud y, sobre todo, de una reinserción y adquisición de hábitos sociales.

Durante los últimos años, hemos mantenido abierto el recurso, a pesar de las dificultades existentes en la financiación. Nuestro piso de acogida se nutre, principalmente, de la cuantía subvencionada mediante convenio anual por la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, y de la cantidad que el Ministerio de Sanidad y Política Social asigna. El año pasado, tuvimos

que cerrar el recurso temporalmente durante cuatro meses, y para este año, con los ligeros pero continuos recortes presupuestarios, no hemos tenido más remedio que cesar su actividad a principios del mes de abril.

Seguimos pensando que un recurso de estas características es necesario en nuestra Comunidad. Desde la CCASR, deseamos que este cese de actividad no sea definitivo y trabajamos en la búsqueda de otras formas de financiación y organización.

Con la financiación disponible en estos momentos, es imposible su continuidad. Consideramos esencial la implicación de nuevas instituciones públicas y privadas en el desarrollo de esta actividad. Es nuestra intención el ponernos en contacto con otras ONG locales, próximas a nuestro ámbito de

actuación, para buscar una posible puesta en marcha conjunta del recurso. No tiramos la toalla y, aunque en una situación de crisis no se pueden hacer promesas de futuro, seguiremos intentando poner en marcha el recurso, tal vez con otra organización. Mientras tanto, la CCASR seguirá volcada en el cumplimiento del resto de los programas relativos a la prevención, educación, lucha contra la discriminación y atención a los afectados por el VIH.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos aquellos trabajadores y voluntarios, que, con su esfuerzo y dedicación, han conseguido que, a lo largo de estos años, muchas personas afectadas por el VIH hayan encontrado un hogar y un trampolín para retomar sus vidas.

# Sin tratamiento en Rumanía



Se agotó la medicación. Y no hablamos de lo que está ocurriendo en África o en otro continente, sino de lo que está sucediendo en un país de la Unión Europea que ya no puede garantizar el acceso universal al tratamiento antirretroviral en su territorio.

Según han informado dos organizaciones no gubernamentales (ONG) —ARAS [Asociación Rumana Anti-Sida, en sus siglas en rumano] y Sens Pozitiv—, una nefasta gestión de los recursos está poniendo en peligro a más de 7.000 personas con VIH, que sin tratamiento antirretroviral verán progresar la infección y enfermarán. En el mejor de los casos, un uso intermitente de la terapia anti-VIH les llevaría a un rápido desarrollo de virus resistente.

Las ONG rumanas, en una carta abierta al gobierno de la nación, han tachado de incompetentes a sus autoridades. Aseguran que, desde hace ya varias semanas, el gobierno habría dejado de implementar los procedimientos de compra de algunos tratamientos necesarios para muchas personas.

Ante la escasez de antirretrovirales, muchos médicos de poblaciones pequeñas pidieron a sus pacientes que

Ante la escasez de antirretrovirales, muchos médicos de poblaciones pequeñas pidieron a sus pacientes que fueran a los hospitales de la capital a buscar la medicación, lo que provocó colas en el acceso al Centro de Enfermedades Infecciosas de Bucarest durante los primeros días, y más tarde, frustración, porque las existencias se agotaron en cuestión de horas.

fueran a los hospitales de la capital a buscar la medicación, lo que provocó colas en el acceso al Centro de Enfermedades Infecciosas de Bucarest durante los primeros días, y más tarde, frustración, porque las existencias se agotaron en cuestión de horas.

Las entidades que firman la carta acusan a los gobernantes de no respetar los compromisos y de ir contra la legislación, incluyendo el artículo 3 de la Convención Europea de Derechos Humanos [ECHR, en sus siglas en inglés], puesto que están condenando a muerte a quienes viven con VIH.

El Gobierno rumano, por su parte, acostumbra a atribuir carencias de este tipo a la falta de fondos. Argumento que todavía podría cobrar más peso ahora, a raíz de la crisis económica mundial. Al menos, eso es lo que temen los grupos que han denunciado la situación y que exigen un plan coherente.

El Foro de la Sociedad Civil sobre VIH/Sida de la Unión Europea exige al Gobierno rumano, también mediante una carta, que restablezca el suministro de fármacos. En caso de que los recursos sean realmente limitados, insta a las autoridades a negociar con las compañías farmacéuticas. Gestiones que, al parecer, no habrían ocurrido. Asimismo, se pide al gobierno que solicite ayuda y consejo a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En España, la Coordinadora Estatal del VIH/Sida [CESIDA], la plataforma RED2002 y la Fundación del Movimiento Ciudadano Anti-Sida (FUNSIDA) se han sumado a la protesta enviando una carta a las autoridades rumanas.

Mientras, las ONG Aras y Sens Pozitiv han hecho un llamamiento internacional. Piden antirretrovirales que no se vayan a usar. Cualquier cantidad puede ayudar, ya sean en comprimido o en solución oral, para uso pediátrico. La dirección es: ARAS, Intrarea Mihai Eminescu nr. 5, sector 2, Bucuresti, Rumania.

#### Fuente:

- *European AIDS Treatment Group (EATG) / Elaboración propia.*



# Ser consciente



Hasta los 35 años, aproximadamente, tenía poco conocimiento de lo que representaba para las personas tener el sida. Conocía el *AIDS*, pues no vivía en España; estudiaba fuera, en el extranjero. La poca información que poseía me hacía pensar que el verdadero problema lo tenían los homosexuales y drogadictos; en definitiva, pensaba que lo que sabía era suficiente, que mi salud no estaba en riesgo si no cometía excesos y no tenía vicios. En casa, cuando mis estudios me permitían volver por 15 días, tampoco era tema de conversación.

Fui plenamente consciente de lo que es ser seropositivo y tener el sida cuando entré en prisión y vi todo lo que vi. Me impactó mucho, pues me propusieron trabajar en la enfermería [en el área de Psiquiatría] y acepté. Fue allí donde empecé a recoger información, puesto que, como he comentado antes, desconocía las diferentes facetas de la enfermedad, es decir, las fases.

De forma voluntaria, asistía a todas las charlas, me preocupaba de todo e iba asimilando la problemática, sin saber que un día, el destino, o lo que fuera, me convertiría a mí también en portador del VIH, y que eso iba a cambiar mi forma de pensar y a entender mejor a las personas que viven con esta enfermedad.

Al darme la noticia, un médico considerado, especialista en VIH, tuvo mucho tacto y me explicó e informó acerca de mi infección, en concreto, tranquilizándome, pues, al no haber tenido antes

ningún problema de salud (de riñones, hígado, etc.), podía llevar una vida normal, cuidándome. Sería sólo una enfermedad crónica.

En principio, haciéndome analíticas de control y siguiendo como hasta ahora, sin consumir de drogas ni alcohol (algo que sigo al pie de la letra), no me haría falta tomar medicación. El tiempo dirá.

A nivel personal, no acepto la forma de transmisión, pero, evidentemente, asumo la realidad y pondré todo de mi parte para seguir como sigo. Desde el punto de vista psicológico, lo mismo. He reflexionado, meditado sobre el problema, lamentando mi mala suerte, preguntándome a mí mismo, sin obtener respuesta. Fueron meses duros ante una noticia así, inesperada; noches en vela, pensando, pero asumiendo la realidad del presente.

Poco a poco, utilicé mi energía para lo positivo. En vez de lamentarme, seguí y sigo informándome de todo lo relacionado con el VIH, y sus consecuencias.

Espero mi último análisis. Personalmente me encuentro como siempre, bien; echo de menos poder hacer deporte (*footing*), el cemento no me convence.

Deseaba, necesitaba expresar algo. No lo he comentado nunca con nadie; ni con mi familia. Tal vez, algún día lo haga.

Javier  
(C.P. La Roca del Vallès)

## Con amigos así...

Hola a todos/as,

No quiero parecer demasiado una víctima, pero no ha sido fácil. Llevo viviendo con VIH desde hace casi 17 años y he tenido altibajos, como cualquier otro/a. Trabajé de manera estable durante un tiempo largo en el que un "amigo" montó una empresa y quiso contar conmigo, como trabajador. Hasta que, hace cuatro años me despidió, estando de baja médica por depresión.

Lo sé, no debió hacerlo, y pagó en su momento por ello. No me daba cuenta de que me estaba haciendo *mobbing* laboral hasta que un día me dijo, medio en broma, que dónde me iban a querer como trabajador teniendo yo VIH. Fue como si me dieran un cachetón con la mano abierta y muy fuerte. Con amigos así, quién quiere enemigos, ¿no?

Después de esto (y la baja), tuve que luchar mucho por tener el derecho a cobrar una pensión. Hasta tuve que ir a juicio contra la Seguridad Social porque no querían dármele: era muy joven (tenía 41 años).

Hoy llevo tres años cobrando la pensión. Mi vida es menos estresante que cuando trabajaba, pero, a veces, me siento como si fuera un paria, un fuera de la ley o algo así. Sin embargo, he ganado en salud física y emocional, hago teatro de aficionados y lleno huecos para intentar no estar tanto tiempo encerrado en casa y en mí mismo.

Muchas gracias por prestarme atención. De corazón, gracias.

Que la luz del amor inunde cada rincón de vuestra casa.

Abrazos para todos/as.

Dani

Encuentra más testimonios y opiniones de personas con VIH en [http://gtt-vih.org/participa/historias\\_personales](http://gtt-vih.org/participa/historias_personales)

# Siempre juntos

Hola a todos/as. De antemano, agradeceremos a aquellos que ponéis un granito de arena en estas páginas; de momento, han sido una de nuestras pocas ayudas. Somos dos chicos de 25 y 28 años, y estamos juntos desde hace algo más de dos.

Por primera vez, decidimos hacernos unas pruebas de enfermedades de transmisión sexual, y mira, desde el mes de diciembre, estamos al tanto de que tenemos el VIH. Ha sido un mazazo para los dos, sobre todo por la poca información que nos dio nuestro médico de cabecera.

—“Tenéis VIH, pero no os preocupéis, hoy en día, el tratamiento es gratis y la enfermedad no es mortal; tendréis una buena calidad de vida. A la salida, pedid cita para el especialista”.

No sé si nos toco un gilipollas, o simplemente era un señor con problemas.

En cualquier caso, doy mi agradecimiento a la asociación ALAS, de Mallorca, y a todo su grupo, ya que nos dejaron llorar en su hombro y nos informaron de muchísimas cosas.

Tenemos cita con el especialista el mes que viene, y veremos cómo estamos y si nos medican y todas esas cosas. La verdad, de momento nos sentimos genial, sin ningún problema. Estamos

bastante sanos, somos deportistas y comemos estupendamente. Aunque, bueno, veremos lo que nos dicen.

Por fortuna, esta historia nos ha unido todavía más si cabe. Teníamos claras muchas cosas en nuestra vida (siempre juntos), pero ahora hay un nuevo motivo por el que luchar.

Es raro, no sé si pasa a todos, pero en lugar de ser un punto negativo o un problema que nos hubiera tenido que hundir, nos ha dado más fuerza, más ganas y más coraje. No sé si cuando nos den los resultados y vayamos viendo la evolución, será igual, pero hoy es así.

Una de las cosas que nos preocupa un montón es el tema de ser padres. Siempre hablamos de serlo un día, y pese a que aún es un poco pronto para ponerse en serio con todo eso, ahora parece que es casi imposible. No sé cómo lo veréis los demás o cuáles son vuestras experiencias.

El caso es que ahora mismo buscamos historias, gente con metas y sueños; tenemos ganas de echarnos una mano los unos a los otros. Bueno, saber cuál es vuestra historia y vuestro granito.

Un saludo, un abrazo y un besazo a todos/as.

Javi



## Comentarios que no me gustaron nada

Hola, me llamo Sara y tengo 23 años. Vivo con VIH desde que nací, me lo transmitió mi madre. Ella murió igual que mi padre: los dos eran usuarios de drogas. Me entregaron a una familia de acogida, que ha sido más que una familia para mí.

De pequeña, siempre tuve mala salud, faltaba mucho al colegio e iba con bastante retraso en los estudios, lo que me creó dificultades a la hora de sacarlos adelante. Con el tiempo, y gracias a los avances en los medicamentos, mi salud se fue estabilizando.

Ya hace casi once años que no me ingresan, llevo una vida muy normal, tengo mis amigos y salgo con ellos de marcha... Aunque, bueno, nunca se sabe quién es del todo amigo, puesto que alguno de ellos se fue de la lengua por ahí contando lo mío.

Llevo un tiempo conociendo a un chico y me da miedo decírselo por cómo se lo tomará; sería mucho más fácil si él también fuera seropositivo.

Estoy realizando un curso de peluquería y hubo ciertos comentarios que no me gustaron nada de algún compañero. El otro día, una de mis compañeras tenía que hacer una depilación a una chica que le dijo que tenía el VIH y ya no la quiso atender. Para colmo de males, la directora tampoco se cortó diciéndole que no volviera a aparecer por la academia. Luego, también hay otra compañera que cree que el VIH se transmite por un morreo. :-)

Sara



## Viena 2010: Derechos aquí y ahora

Con el lema *Derechos aquí y ahora*, se celebrará del 18 al 23 de julio en Viena (Austria) la XVIII Conferencia Internacional del Sida (CIS). El respeto a los derechos humanos va a ser el tema central del evento, en el que se hará una llamada urgente a la acción para reivindicar el derecho a la dignidad, a la equidad en el acceso al sistema sanitario y a programas de prevención y tratamiento del VIH.

Se hablará de la protección de los más vulnerables y de los más afectados por el virus, sobre todo mujeres y niños, usuarios de

drogas, poblaciones migradas, trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Asimismo, esta vez, el foco geográfico serán los países de Europa del Este y Asia Central, una región que experimenta una de las epidemias con mayor crecimiento, que se alimenta, principalmente, del uso de drogas inyectables.

Como es habitual, *LO+POSITIVO* estará allí para contártelo. Elaboraremos un reportaje especial, con artículos, entrevistas e imágenes de la cita, que reunirá a unas 20.000 personas en Viena.

# Seguiré luchando desde la calle

El 25 de enero de 2010 hizo cuatro años que estoy en prisión, de los cuales tres los pasé en Zuera (Zaragoza). En todo este tiempo, y poco a poco, la necesidad de ayudar a los demás hizo que me implicara de lleno en el tema del VIH/sida. Empecé recopilando información y leyendo todo tipo de artículos que había a mi alrededor. El primer año, en el Día Mundial del Sida –el 1 de diciembre–, colaboré con otras personas y dimos una charla en el Centro Sociocultural de la prisión.

Este año ha sido para mí totalmente distinto: organizamos, tres compañeros y yo, todo el tema. El educador encargado de actividades nos dio vía libre, y junto a una ATS del centro y la coordinadora del Proyecto Hombre Prisión, empezamos a preparar las charlas informativas para las personas internas.

Intentamos, en todo lo posible, que fuera una charla amena y que la información que se les daba se pudiera en-

tender fácilmente; y digo amena porque la prisión no es la calle.

Hicimos una presentación en PowerPoint con ilustraciones y, a la vez, nosotros leíamos la información sobre embarazo, alimentación, transmisión, prevención, etc.

Yo, personalmente, he llegado a implicarme tanto que no dejo de leer y releer toda la información que llega a mis manos. Por desgracia, me di cuenta de la poca información que se tiene, sobre todo entre las personas privadas de libertad. Resulta sorprendente que, después de 30 años más o menos, aún sigan haciendo preguntas como: '¿Me puedo infectar por cortar el pelo de un seropositivo?', o '¿me puedo infectar por ponerme unos calzoncillos prestados de un compañero de celda seropositivo?'. En fin, decepcionante...

En la prisión, el rechazo que viven estas personas no tiene ni punto de comparación con el que sufren en la calle,

tanto es así que ha llegado a hervir mi corazón.

Por esta razón, quiero seguir colaborando e informándome para poder estar siempre al día, también en la calle, pues no quiero dejar algo que comencé en la prisión, por curiosidad, despertando hoy en mí todo el amor, cuidado y comprensión, y la necesidad de dar a todas estas personas que tanto lo necesitan.

Me gustaría gritar, pedir ayuda, voluntarios, en fin, más gente que se implique, para poder ir a las prisiones a informar, pues es un mundo aparte, lleno de drogas y rechazo.

Pongámonos manos a la obra, que tal como está hoy el mundo, vendrán muchos más virus y tenemos que estar preparados, en todos los sentidos.

Yo seguiré en contacto con vosotros. Si todo va bien, saldré en breve en tercer grado, pero seguiré luchando desde la calle.

Rosa Vázquez

## Boletín de Suscripción

Esta revista es gratuita y la puedes encontrar en asociaciones y centros sanitarios, pero si quieres recibirla en casa, colabora con nosotros.

### Autorizo una donación anual de:

- 25 euros  
 50 euros  
 \_\_\_ euros

### Forma de pago:

- Giro postal  
 Talón nominativo adjunto  
 Por Banco

### Orden de pago por Banco

Nombre:  
Banco o Caja:  
Localidad:  
Domicilio Agencia: \_\_\_\_\_ C.P.:  
Código C/ C (20 dígitos) \_\_\_\_\_  
Firma

Nombre:  
Dirección:  
Población: \_\_\_\_\_ Provincia:  
Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono:  
E-mail: \_\_\_\_\_ Móvil:

En el caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) c/ Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona (España)

A los efectos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, te informamos de que tus datos personales facilitados en este Boletín de Suscripción, formarán parte de un fichero cuyo responsable es la ONG Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), C/ Sardenya, 259 3º 4ª, 08013 Barcelona, España. Asimismo, te informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo deseas, deberás solicitarlo por escrito a la dirección de gTt.

# La historia de los

## “Cuentas de Lucía”

Podríamos exponer muchas situaciones acerca de cómo los niños infectados por VIH han tenido dificultades para poder hablar en el seno de sus familias sobre su historia (personal y familiar): ¿Qué pasó en casa?; ¿quién era papa?; ¿qué hacía?... ¿Cómo era mamá?; ¿qué le pasó?... ¿Por qué mamá y papá toman pastillas cada día?... ¿Por qué las tomo yo?; ¿por qué tengo que ir al hospital cada tres meses?; ¿por qué no puedo explicarle a mi amiga que voy al hospital cuando ella sí que me cuenta que mañana va al pediatra?...

Toca a las familias responder a estas preguntas, porque son ellas las que tienen las respuestas.

Hace 25 ó 30 años, los profesionales les habíamos recomendado que era mejor no decirle nada al niño o niña. La expectativa de vida era reducida, y cuestiones como el rechazo social y la idea de proteger al menor del dolor marcaron la pauta de cómo actuar respecto a la información con los menores infectados por VIH.

Sin embargo, estábamos —sin darnos cuenta y con la mejor de las intenciones— equivocándonos y creando situaciones que iban a entrar de pleno en colisión con los derechos de los y las menores: derecho a saber sobre su historia de vida, su familia, su propia realidad, la construcción de su identidad como

personas; y con una realidad concreta: LA SUYA, personal, intransferible, insalvable, inmodificable, y que, por lo tanto, tarde o temprano debería salir a la luz.

Cuando los primeros niños y niñas infectados llegaron a los 10-12 años y les contamos todas estas cuestiones, nos encontramos con dos tipos de respuestas mayoritarias: algunos de los/as chicos/as reclamaron su derecho a la información y nos explicaron que hubieran querido saberlo antes. Curiosamente, también otras y otros nos comentaron que ya lo sabían y que habían respetado el secreto de la familia porque se habían dado cuenta de que éste era un tema del que a los mayores no se les notaba dispuestos a hablar.

Debido a ello, las chicas y chicos, una vez fueron conocedores de su

### Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

Rellena, recorta (o fotocopia) y envíanos esta pequeña encuesta a:  
gTt c/Sardenya, 259 3º 1ª 08013 BCN (España)

#### 1 Sexo

- Hombre       Mujer       Transgénero

#### 2 Edad

- >20       20-30       31-40  
 41-50       51-60       <60

#### 3 Estado al VIH

- VIH+       VIH-       Desconocido

#### 4 ¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

- Sexo no seguro:  
     Hombre-Hombre  
     Mujer-Mujer  
     Hombre-Mujer  
 Transfusión sanguínea  
 Por compartir jeringuillas  
 Accidente laboral

#### 5 ¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí       No

#### 6 ¿Tomas suplementos vitamínicos o tratamientos alternativos?

- Sí       No

#### 7 ¿Cuáles?

#### 8 ¿En qué localidad vives?

#### 9 Valora LO+POSITIVO de 1 a 10

- Contenido       En general       Diseño

#### 10 ¿Qué temas te han gustado más?

#### 11 ¿Qué temas te gustaría encontrar en los próximos números de LO+POSITIVO?

« Las chicas y chicos nos dijeron qué personas preferían para hablar acerca del VIH: “queremos saber y cuanto antes mejor”; “queremos que sea la familia y no un profesional quien nos cuente lo que ha pasado en casa y lo que me pasa a mí”. Por esta razón, teníamos que buscar la forma de ayudar a las familias a explicarse, a abrir la puerta al diálogo, a vencer los miedos y a buscar instrumentos en cuestiones en las que la familia pudiera necesitar ayuda ».

**Pilar Garriga**

diagnóstico, no sólo nos recordaban su derecho a saber sobre su salud, sino que además nos indicaron qué personas preferían para hablar acerca de estas cuestiones (“queremos saber y cuanto antes mejor”; “queremos que sea la familia y no un profesional quien nos cuente lo que ha pasado en casa y lo que me pasa a mí”). Por esta razón, teníamos que buscar la forma de ayudar a las familias a explicarse, a abrir la puerta al diálogo, a vencer los miedos y a buscar instrumentos en cuestiones en las que la familia pudiera necesitar ayuda.

Así nació la idea de crear unos cuentos sencillos, fáciles de seguir, que sirvieran de soporte a la familia en el momento en que los adultos decidieran poner nombres a la historia familiar. Los psicólogos nos aconsejaron que la franja de edad mejor para esta fase del proceso comunicativo era entre los 7 y 13-14 años, puesto que es el período en que los niños y niñas ya son capaces de elaborar e integrar conceptos complejos.

Una etapa, la de la infancia tardía, en que la construcción del “yo” consolida sus bases antes de entrar en la crisis adolescente, además de ser una fase latente respecto a la sexualidad, hacia la que todavía no es habitual haber dado el paso para su práctica activa.



Así pues, todos estos factores nos llevaron a la conclusión de que era el mejor momento para ofrecer más información al niño o niña, para abrirse al diálogo y facilitar conocimientos a fin de que pudieran ser integrados.

Todas estas premisas también eran válidas para los niños y niñas no infectados cuando queríamos proporcionarles información y conocimientos en el campo de la prevención y evitar nuevas infecciones. Justo antes de la etapa adolescente, en la que ya los chicos y chicas pueden que den el paso hacia una sexualidad activa. Por ello, debemos asegurarnos de que la información y los conocimientos válidos para evitar la infección ya se han incorporado.

Pero también para algo muy importante: evitar y cambiar ideas equivocadas. Si aumentamos la información y los conocimientos para prevenir riesgos, estamos minimizando el miedo a lo desconocido y la inseguridad, y evitamos falsas ideas que conducen a estigmatizar a las personas que viven con VIH.

Por este motivo, el trabajo consistía en concretar un instrumento que ayu-

dara en el proceso de la comunicación y el diálogo a las familias que viven con VIH y, a su vez, que nos sirviera para el trabajo preventivo en la población infantil.

De este modo, nació un proyecto de diez cuentos con los temas y preguntas que los menores plantean con más frecuencia, y que desde el año 2004 hasta hoy ya se han repartido por todo el territorio español y traducido a cinco idiomas (en estos momentos, se está realizando la traducción a un idioma más).

También hemos hecho una versión adaptada para África, más concretamente para Malawi, a petición de la organización Active África, y como el nombre de Lucía allí no era conocido, la protagonista de esta versión se llama Dalitso.

*Los cuentos de Lucía* se van a presentar en todos estos idiomas para todo el mundo, a través de una guía de uso, en la XVIII Conferencia Internacional del Sida en Viena 2010.

Podéis ver *Los cuentos de Lucía* en nuestra web: [www.fundacionlucia.org](http://www.fundacionlucia.org)

## ¿Qué hubiera sido de mi vida

# si no hubiera tenido el VIH?

Imagino que el título de este texto es una pregunta que las personas que tenemos el VIH desde hace tiempo nos hemos hecho. Yo, al menos, desde que hace ya 21 años me diagnosticaron como seropositiva, es algo que me he parado a pensar más de una vez.

Muchas de las decisiones importantes que he tomado o de los caminos que he elegido a lo largo de estos años han estado influidos por la certeza de tener que viajar el resto de mi vida con un compañero incómodo.

La primera vez que se hizo presente, la más importante, fue cuando me comunicaron que tenía VIH. En ese momento, creía que me podía quedar muy poco tiempo de vida. Era la época en que no había tratamientos, en la que la gente a tu alrededor caía enferma y desaparecía. Mi primera decisión, pensando en la nueva situación, fue cambiar mi estilo de vida e intentar aprovechar lo mejor posible el tiempo que me quedaba. Ahora sé que acerté, que fue una buena decisión.

Lo que no me podía imaginar, en esas circunstancias, era lo que el VIH me iba a seguir influyendo a lo largo de los años en muchas de las situaciones comunes de la vida.

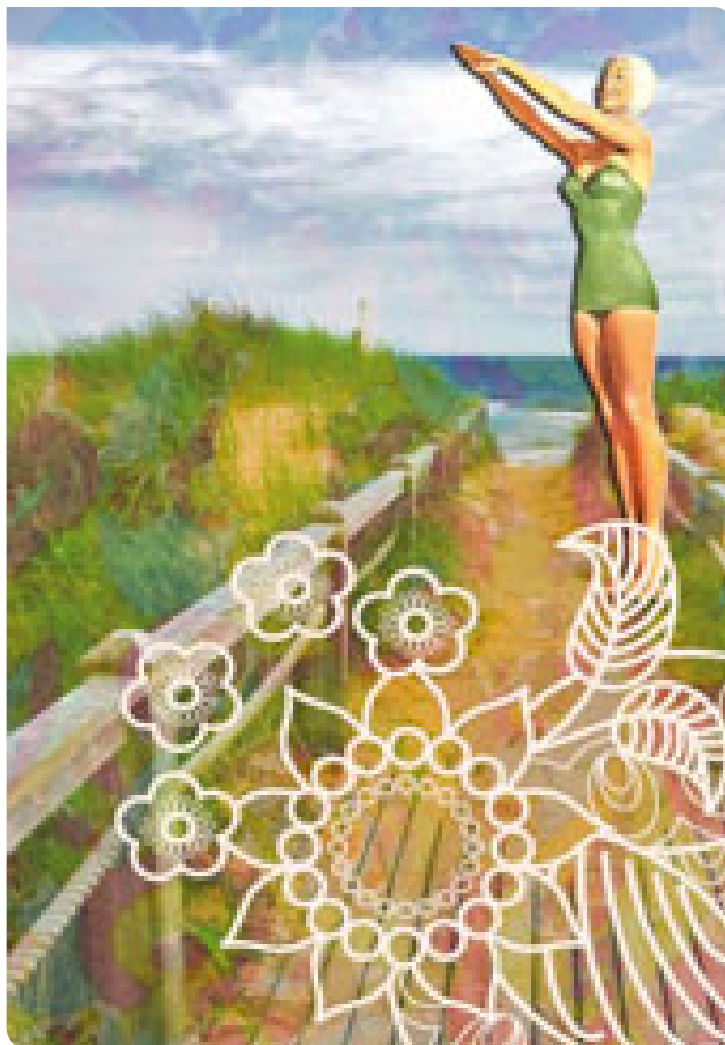
Si quería comprarme un coche o un piso, ¿qué pasaba con el seguro de vida?; ¿quién se iba a quedar con el crédito si me pasaba algo? Si quería ponerme a trabajar en algo que me gustaba o interesaba, ¿qué pasaría cuando me hicieran un reconocimiento médico?; ¿y si se enteran de lo que tengo?; ¿qué digo cuando tenga que ir a las revisiones?

Si se presentaba una relación de pareja, ¿se lo tendría que decir?, ¿cuándo debería hacerlo?, ¿y si me rechazase?, ¿era mejor tener relaciones sólo con personas seropositivas, o no?

Si deseaba ser madre, ¿qué sería de mi hijo o de mi hija si me pasara algo?, ¿y si nacía con el VIH? Ésta es una situación difícil para muchas mujeres con VIH, teniendo en cuenta que no tenemos derecho a la reproducción asistida y que un proceso de adopción se nos presenta como algo difícil e inaccesible.

Ante estas dificultades, he tenido que ir decidiendo, en cada momento, qué camino quería o debía seguir, a veces influida por factores externos, familiares y sociales. Otras veces, condicionada por los límites que yo misma me he impuesto, superados por el miedo al fracaso, al rechazo... o a pensar que no iba a tener las suficientes fuerzas como para llegar al final.

Todas las decisiones habrán sido más o menos acertadas; es más fácil hacer esta valoración cuando puedes echar la vista atrás y pararte a pensar. Pero de lo que estoy segura es de haber tomado las mejores decisiones, porque de ellas he aprendido todo lo que soy, he evolucionado con ellas y me he realizado.



No puedo imaginarme otra vida, porque ésta es la que me ha tocado vivir y porque la he construido a partir de las circunstancias que me han ido surgiendo, incluido el VIH.

Aunque no soy una persona a la que le guste dar consejos, seguro que todos ellos son bienvenidos; éstos han de tomarse en la medida que son "consejos". Las decisiones finales han de ser tomadas por una misma, ya que es una responsabilidad personal.

Me gustaría animaros a que intentéis cumplir vuestros sueños, pese a que sean difíciles de alcanzar o penséis que las trabas que os vais a encontrar en el camino son insuperables. En realidad, nada lo es. Si por cualquier motivo no se llega al final, quizá no sea esto lo más importante, sino lo que se ha aprendido en el camino y la satisfacción personal de haberlo intentado.

## TOUS ENSEMBLE

*Tous Ensemble* (Todos juntos) es una exposición de proyectos inéditos, organizada para la Bienal de Dakar por la fundación hispano-holandesa ArtAids, que desde su creación en 2006 ha producido un centenar de obras sobre el tema del sida.

*Tous Ensemble*, que reúne creadores de diferentes continentes, presenta proyectos pensados y producidos para este lugar, según el comisario Stef van Bellingen. La elección de Senegal no es azarosa: el país tiene una tasa de infectados por VIH mucho menor que otros del entorno y cuenta con una escena de artistas emergentes "poco conocida en el extranjero, bastante politizada y comprometida con los debates estéticos y éticos de la contemporaneidad", aclara Van Bellingen. Lo demuestra Waru Collectif, un colectivo fundado por la videoartista Fatou Kande, autora de 10 breves vídeos, que abordan el debate sobre el sida desde diferentes perspectivas: irónica, dramática, política e incluso humorística. "Está surgiendo una nueva generación, que tiene la capacidad técnica y la fuerza conceptual para hablar de nuestras problemáticas sociales desde la creatividad. Siempre se habla de África en negativo; ha llegado el momento de posicionarnos en el mundo de forma autónoma, más allá de la voluntad de los comisarios europeos y americanos", indica Kande.

La lucha contra el estigma del sida también se plasma en las imágenes en blanco y negro del senegalés Jacky Ly, cristalización de la pérdida y la memoria, y en el gallo autóctono del Cosmopolitan Chicken Project de Koen Vanmechelen, un proyecto entre simbólico y real de cruce entre pollos de diferentes países.

La muestra de ArtAids es uno de los múltiples eventos del Off Dak'Art, el programa de actividades paralelas de la bienal creada en 1990.

**Fuente:**  
Roberta Bosco / *El País*.



## More to Love

**Exposición:** *More to Love. Pensar el sida desde el arte.*

Esta muestra es el resultado de la colaboración de Casa Asia y la Fundación ArtAids para fomentar la reflexión sobre el sida desde el ámbito de las artes visuales. Las obras que se han reunido han sido producidas intencionalmente por el coleccionista holandés Han Nefkens, afincado en Barcelona.

Con el fin de estimular el diálogo intercultural, se han hecho convivir trabajos procedentes de artistas tailandeses y artistas occidentales, favoreciendo también la integración de Tailandia en el circuito internacional del arte contemporáneo. Amrit Chusuwan, Arin Rungjang, Erich

Weiss, Gerald Van Der Kaap, Kamol Phaosavasdi, Leo Copers, Manit Sriwanchipoom, Noree Thammarak, Nuts Society / Practical Studio, entre otros, presentan sus proyectos pensando el sida para desafiar el estigma de la enfermedad y fomentar su erradicación.

### CENTRO CASA ASIA-MADRID

Palacio de Miraflores  
Carrera de San Jerónimo, 15  
28014 Madrid  
**Fechas:** desde el 17 de abril  
hasta finales de julio de 2010  
Más información:  
[www.casaasia.es](http://www.casaasia.es)



La campaña **Fuck You Sida**, diseñada y realizada por Sui Generis Communicatio para la Coordinadora Gai Lesbiana, fue presentada al XVI Festival Summit International Awards, celebrado recientemente en Portland (EE UU). **Fuck You Sida** ha sido premiada en las siguientes categorías: Not-for-profit Media Campaign y Youth Video.

Los Summit International Awards se dedican a promover la excelencia en la industria de las comunicaciones.

Este reconocimiento a la labor de la Coordinadora Gai Lesbiana es un estímulo para su trabajo de prevención del VIH entre los más jóvenes.

<http://www.fuckyou sida.com/>  
<http://www.summitawards.com/competitions/creative-award/2010-best-of-show.html>

# EL VIH en los jóvenes gays

El VIH sigue avanzando entre los hombres que practican —exclusivamente o no— sexo con otros hombres (los llamados HSH). Ésta es la vía de transmisión de casi el 40% de los nuevos diagnósticos de VIH, según demuestran los últimos datos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS). Pero hay datos todavía más elocuentes: el colectivo de HSH representa, actualmente, el 50% de los infectados varones. Los especialistas se preocupan por el repunte de nuevos diagnósticos en jóvenes hombres gays, quienes no conocieron a la primera generación de afectados por el VIH. ¿Qué está pasando? ¿No era el colectivo gay uno de los más concienciados? ¿El virus gana la batalla? ¿Alguien se relajó?





# Los profesionales opinan

“Hay quien cree que los hombres gays nos hemos relajado, pero no es cierto”, afirma con rotundidad Diego García, coordinador de la asociación Adhara de Sevilla. “Lo que creo es que los mensajes no han llegado bien, hemos querido ser demasiado cautelosos. Tendríamos que haber dejado más claro que, cuando existe una prevalencia del virus tan alta, aunque mayoritariamente te protejas, hay muchas probabilidades de infectarte. Hay que ser muy conscientes de que seguimos siendo un colectivo muy vulnerable”.

« Aquí la gente dice que ha salido del armario pero, en verdad, sólo es gay en el ambiente. Con el VIH pasa algo parecido: hay mucha gente que te asegura que lo lleva muy bien porque se toma sólo una pastilla al día. Pero, si profundizas un poco más, descubres que no lo comparten con nadie. Se genera autoexclusión ».

**Diego García, Adhara (Sevilla)**

Según el Ministerio de Sanidad y Política Social, en España, más del 10% de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres están infectados por el VIH. Pese a ello, incluso entre las nuevas generaciones de hombres gays, falta el hábito de hacerse la prueba rápida del VIH. “Existe mucho miedo al rechazo, a tener problemas laborales, a ser abandonado por la pareja... Hay mucha gente que sigue prefiriendo olvidar toda esta parte”, explica García.

Estos temores son presentes incluso en Sevilla, la cuarta ciudad de España en población. “Aquí la gente dice que ha salido del armario pero, en verdad,

sólo es gay en el ambiente. Con el VIH pasa algo parecido: hay mucha gente que te asegura que lo lleva muy bien porque se toma sólo una pastilla al día. Pero, si profundizas un poco más, descubres que no lo comparten con nadie. Se genera autoexclusión”.

Adhara es una de las asociaciones que realiza la prueba rápida del VIH fuera de un contexto médico. “Hay muchos jóvenes que vienen a nuestra ONG. Se meten en internet, nos encuentran y, enseguida, nos llaman. A las personas mayores, les cuesta más. Prefieren acudir a centros oficiales”.

El médico de cabecera sigue causando temor a muchos hombres gays. “Es difícil que se establezca una relación de confianza, se teme por la confidencialidad. No te ves cómodo hablando de sexualidad. Y prefieren hacerse la prueba con nosotros”.

Cada vez más ONG españolas ofrecen la posibilidad de hacerse la prueba de manera rápida, gratuita y anónima. “Lo que falta es instaurar la costumbre de hacerlo de forma regular. La gente sólo viene porque ha tenido una relación de riesgo y quiere quitarse el susto de encima”, relata García.

Para tener derecho a la prueba, hace falta ser mayor de 18 años: una contradicción, teniendo en cuenta que la edad de la iniciación sexual se sitúa en los 16. “Los menores deberían traer autorización de sus padres para hacerse la prueba. Pero, lo cierto, es que no pedimos DNI. Todos dicen ser mayores de edad. Si tienen 15 años, no hay modo de que lo podamos saber”.

Si bien es verdad que los jóvenes se inician en el sexo cada vez de manera más precoz, también es cierto que disponen de mucha más información que las generaciones anteriores. Pero quizá no sea la más adecuada. “Los jóvenes están regularmente informados”, matiza García. “Al menos, por lo que conozco de Andalucía. En las escuelas de Sevilla, hay gente hablando de sexualidad con unos conocimientos técnicos muy limitados. O, directamente, sin información específica sobre el VIH. La sexualidad sigue siendo tabú. Y sí, es verdad que en internet se pueden

« Los hombres gays no hemos disfrutado de una atención sanitaria adaptada y, aún hoy, en España hay una educación sexual tardía y sesgada. Muchos jóvenes nos siguen diciendo que no hablan de sexo con sus padres. Pensar que con algunos avances sociales como el matrimonio ya basta, es ingenuo ».

**Ferrán Pujol, Hispanosida (Barcelona)**

encontrar muchas cosas, pero también hay que saber buscar en los sitios adecuados”.

## Contra la culpabilidad

Una de las organizaciones con más experiencia en servicios y programas de salud dirigidos a HSH es la barcelonesa Projecte dels NOMS-Hispanosida, responsables del exitoso BCN Checkpoint. Fueron pioneros en España con la prueba de detección del VIH fuera del contexto hospitalario y, en el año 2004, promovieron el Día de la Prueba del VIH, que se celebra cada 20 de octubre.

Desde la asociación, cuestionan a los que afirman que, con la mejora de los tratamientos antirretrovirales, el colectivo de hombres gays se ha relajado. “Esto de ‘bajar la guardia’ aparece incluso en campañas ministeriales y no es cierto. Es casi como si dijeran que lo del VIH es culpa nuestra”, explica Ferran Pujol, que junto con Michael Meulbroek y Jorge Saz lideran este proyecto.

“Divulgar esta idea nos estigmatiza. Sitúa la culpa en las personas en lugar de buscar las causas reales de la infección. Si todo fuera tan fácil como ponerse el condón, ¿por qué seguimos desde hace 30 años con lo mismo? Los hombres gays no hemos disfrutado de una atención sanitaria adaptada y, aún

hoy, en España hay una educación sexual tardía y sesgada. Muchos jóvenes nos siguen diciendo que no hablan de sexo con sus padres. Pensar que con algunos avances sociales como el matrimonio ya basta, es ingenuo. Las probabilidades de infectarse en el colectivo HSH son más altas que en la década de 1980 y 1990, y no se actúa en consecuencia”.

La prevalencia “desproporcionadamente alta” que existe en la comunidad de hombres gays sigue siendo una de las principales razones de transmisión. “Pedir que alguien utilice el condón toda la vida es, como mínimo, ingenuo. Aunque se usen de forma sistemática, pequeñas dosis de desprotección son suficientes. Hay muchas personas perfectamente informadas que se infectan porque las probabilidades son altas. No es una cuestión de actitud”.

Lo que la mayoría de organizaciones piden es más apoyo de la administración. “Es muy difícil que el VIH se convierta en una epidemia global en el primer mundo. Pero hay que destinar todos los esfuerzos posibles a los grupos más vulnerables”.

En BCN Checkpoint visitan regularmente a unos 3.000 hombres, pero saben que aún deberían ser muchos más. Por eso lanzan de forma periódica campañas que intentan popularizar la prueba rápida del VIH. La última incide en las parejas que normalmente practican sexo sin condón. Junto a la pregunta ‘¿Sin condón con tu pareja?’ aparecen dos chicos jóvenes que recuerdan que



los resultados de VIH y sífilis aparecen en menos de 30 minutos.

“Es importante crear este hábito. Aprovechamos las pruebas para explorar otros aspectos de la sexualidad en un contexto cómodo y confortable. Queremos que la gente nos consulte todas sus dudas. Porque, ¿a tu médico le vas a poder preguntar algo del ‘pissing’ sin que te mire mal?”.

En los últimos tres años, en BCN Checkpoint han diagnosticado a 250 personas, una cifra nada desdeñable. “Hay que tener muy presente que una

detección precoz es la mejor manera de evitar nuevas infecciones”.

Otro de los pilares de su trabajo es el *counselling*, la atención y apoyo emocional, que en los jóvenes es especialmente importante. “Muchas veces aún no han comunicado a sus padres que son gays y ya tienen el resultado de la prueba del VIH sobre la mesa. El impacto suele ser estrepitoso. ¿Y quién se ocupa de darles apoyo? Nosotros lo hacemos, dedicamos todos nuestros esfuerzos, pero no puede ser que dependa toda la vida de voluntarios. Hay que profesionalizar esta atención”.

Su visión es extremadamente realista. “Si preguntamos a un hombre gay tiene más riesgo de infectarse por VIH que una persona heterosexual, la mayoría nos diría que no. Es lo que hemos aprendido, ésta es la consecuencia de una política bien intencionada y que ha tenido sus efectos colaterales.

Pero se debe trabajar para las nuevas generaciones con nuevas estrategias, con nuevas campañas que tengan más efecto. Consolidar las ONG que están trabajando en esta dirección. Y vivir con alegría”.

Ferran Pujol, activista veterano, es consciente de lo que significa ser diagnosticado joven de VIH. “Siempre pienso que confrontarte con la muerte a los veintipocos tiene una ventaja: envejeces mejor. ¡Yo estoy tan contento que se me arrugue la cara...!”, bromea.

## Jóvenes: ¿más vulnerables?

Otra de las asociaciones pioneras en la lucha contra el VIH es la catalana Stop Sida, una organización sin ánimo de lucro que funciona desde 1986. Trabajan “por la salud sexual de la comunidad LGTB desde la comunidad LGTB”. Entre sus numerosos proyectos destacan los estudios que vienen realizando en el colectivo de hombres gays.

El psicólogo Percy Fernández-Dávila lleva cinco años como investigador de Stop Sida. Relativiza la teoría que afirma que el repunte se debe a un relajamiento de costumbres. “Esto es lo que dicen los epidemiólogos para argumentar sus datos, pero son, más bien, explicaciones de sentido común que

evidencias. El VIH sigue preocupando. Aunque existan tratamientos efectivos, hay muchos jóvenes que todavía piensan que el sida es una enfermedad ‘mortal’ y le tienen miedo. En todos los estudios realizados, después de haber entrevistado de forma individual a más de 300 hombres gays, sólo me he encontrado con una persona a la que, abiertamente, no le importaba infectarse por tener sexo no protegido”.

En el último estudio de Stop Sida con HSH se constata que la mayoría de prácticas sexuales de riesgo ocurren de manera accidental. “Hay la intención de utilizar el condón, pero otras motivaciones, necesidades que llamo no-sexuales (intimidad,

« En todos los estudios realizados, después de haber entrevistado de forma individual a más de 300 hombres gays, sólo me he encontrado con una persona a la que, abiertamente, no le importaba infectarse por tener sexo no protegido ».

**Percy Fernández-Dávila,  
Stop Sida (Barcelona)**

cercanía, conexión emocional, compañía, amor...), nos conducen al sexo no protegido. La mayoría de jóvenes del estudio demostraron actitudes positivas hacia el preservativo, saben que es necesario. Pero emplearlo siempre, es difícil. Puede ocurrir también que se produzca una disociación entre tener sexo y la prevención. Tener presente el VIH en ese momento es 'anti-morbo', rompe el deseo, las ganas; por eso no se es consciente de la necesidad de cuidarse... y es por eso que se producen algunos deslices".

Ser joven puede ser, en sí mismo, un factor de vulnerabilidad. "Por ejemplo, cuando tienes una pareja sexual de mayor edad y de un estatus laboral,

profesional, social o económico superior, se establece una relación de poder, que se traslada al sexo, y si se añade la inexperiencia, puede ser difícil poder negociar el uso del condón. Además, muchos jóvenes siguen suponiendo el estado de salud de la otra persona sólo por su aspecto físico o su apariencia".

### También en pareja

Hay que fijar la atención, también, en las relaciones de pareja. "El amor y la confianza son cegadores. Deberíamos considerar el riesgo de tener sexo sin preservativo si no sabemos el estado serológico de nuestra pareja. Por otro lado, muchos hombres gays se quejan de la dificultad para establecer y mantener una relación estable. Y la soltería puede ser un factor de riesgo. En largos períodos de tiempo sin pareja estable, y sólo teniendo contactos sexuales con parejas ocasionales, es difícil usar siempre el condón de manera consistente. El mensaje de 'utiliza siempre un condón' está, por sí solo, agotado. Tendría que ir acompañado de otros mensajes".

Este psicólogo pide estrategias de prevención más arriesgadas. "Ante la decisión de una persona de tener sexo no protegido, se pueden reducir los riesgos de infección. Por ejemplo, empleando mucho lubricante para evitar heridas, intentar que no eyaculen dentro del ano, asumir el rol activo...". Es cuestión de responsabilidad. Sobre todo, en los puntos clave.

"En todo este marasmo, hay que sumar la necesidad de crear el hábito de hacerse la prueba del VIH cuando se percibe que hemos estado expuestos a algún riesgo de infección. La detección precoz del virus nos permitirá tener un mayor control de nuestra salud".



**Campaña de 2004 de Gais Posi-  
tius y Coordinadora Gai-Lesbiana**

## Joven, gay... e inmigrante: el rostro del VIH

El rostro actual del VIH es el de alguien joven, gay... e inmigrante. "Se suma una edad, en la que se experimenta mucho, a la vulnerabilidad de los recién llegados", nos confirma Rodrigo Araneda, presidente de Acathi, la Asociación Catalana por la Integración de Homosexuales, Bisexuales y Transexuales Inmigrantes. Rodrigo es un psicólogo que fue diagnosticado en Chile en 1998.

"Mi caso es poco habitual, la mayoría de inmigrantes seropositivos han sido infectados y diagnósticos en España. Además, suele ser por la misma razón: cuando llegas aquí, exploras y descubres que el sexo gay es más asequible. Se rompen unas barreras que en el país de uno eran más rígidas. Es entonces cuando uno se relaja y empieza a tener una primera fase de mucho sexo".

En la piel de un inmigrante, los problemas relacionados con el VIH acostumbran a agravarse fácilmente. "Son personas que no tienen una red de

contactos, que desconocen el sistema sanitario, que vienen de países donde la protección es menor... Se apoyan en gente de su país o comunidades religiosas con las que suelen tener miedo de compartir su sexualidad. En los jóvenes existe una abundante relación social distendida, pero el contacto de fondo es más difícil. Hay mucha vida dentro del armario. Además, la falta de trabajo conduce a muchos inmigrantes a la prostitución. Y aún hay clientes que siguen pagando más si no se utiliza el condón”.

Araneda realiza habitualmente pruebas rápidas con Gais Positius, en el local de la Coordinadora Gay y Lesbiana de Cataluña. Detecta muchos diagnósticos de inmigrantes que viven con pareja estable. “Hay gente que viene de otro país y tiene en su mente una estructura de pareja más tradicional. Piensa que no le van a engañar. No se hace nunca la prueba, ni siquiera al entrar en pareja. Aunque parezca mentira, todavía hay quien piensa que el VIH se puede ver”.

El diagnóstico tardío es siempre un gran problema. Sobre todo teniendo en

“Hay gente que viene de otro país y tiene en su mente una estructura de pareja más tradicional. Piensa que no le van a engañar. No se hace nunca la prueba, ni siquiera al entrar en pareja. Aunque parezca mentira, todavía hay quien piensa que el VIH se puede ver”.

### Rodrigo Araneda, Acathi

cuenta que existen estudios que aseguran que, en parejas en las que uno de los miembros tiene el VIH y el otro no, el porcentaje de infecciones cuando el seropositivo estaba siendo tratado y respondía de forma eficaz a la medicación es bajo.

En el caso de los inmigrantes, también hay problemas importantes con las personas que llegan del extranjero con permiso de estudiante. “Deberían tener un seguro de salud, porque las

pruebas del VIH no les entran. No tienen tarjeta sanitaria y no sabes dónde mandarlos”.

En todos los casos, las asociaciones son de una gran ayuda. Su trabajo sigue siendo necesario. “Muchos jóvenes seropositivos vienen para superar el proceso más duro y, luego, se desvinculan. Hay mucha invisibilidad. No es tema de conversación y, por eso, no se saben cosas tan básicas como que existe la profilaxis posterior a la exposición del VIH”.

Sea como sea, la visibilidad, la lucha y el esfuerzo de todas las personas siguen siendo necesarios. “Hace falta normalizarlo en el colectivo gay y bajar esta carga viral comunitaria”, apunta Diego García, de Adhara. “Es importante que en los bares haya preservativos y lubricante a disposición de los clientes tal y como pasa en el resto de Europa. Ya que los hombres gays hemos sido una comunidad mal entendida por la sociedad, vapuleada... Entre nosotros deberíamos tener actitudes solidarias y de confianza, convertirnos en unos abanderados de la tolerancia con el VIH. Recordar que existe, que sigue ahí”.

## Nueva campaña de prevención: Aquí y ahora, hablemos del VIH



La última campaña de prevención de la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) se basa en el testimonio de siete seropositivos. Rafa (protagonista de la portada de este *LO+POSITIVO*), Kike, Marcos, Quim, Joan, Antonio y 'Roberto' [el único con nombre figurado] cuentan, de tú a tú, distintos aspectos de la infección por VIH. Quieren conseguir que se hable del virus, que se prevenga, y fomentar la prueba rápida si se ha mantenido una práctica de riesgo.

El objetivo de la campaña es, según sus promotores, “contrarrestar una visión banalizadora de la infección”, deformada por un “exceso de optimismo” que existe entre una parte de los HSH y la comunidad de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (LGTB) como resultado de la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad. La campaña, bajo el lema ‘VIH/sida aquí y ahora. Hablemos...’, está disponible desde marzo y tiene una presencia importante en internet ([www.vih-hablemos.com](http://www.vih-hablemos.com)).

Muchos jóvenes aún ven el VIH como algo que

**APENAS LES VA A AFECTAR**



Rafa Torres es un madrileño de 29 años, con el pelo corto y voz grave. Habla en un tono relajado, pero incisivo. Es vocal de salud de la Junta Directiva de COGAM, el Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid, una asociación con la que está vinculado desde principios de 2008 y de la que ahora es el responsable de realizar diariamente pruebas rápidas de detección del VIH. Es un hombre valiente, como lo demuestra al convertirse en una de las caras de la última campaña de prevención de la FELGTB con el lema 'VIH/sida aquí y ahora. Hablemos...'

**LO+POSITIVO [LMP]: ¡Felicidades por la campaña!**

**Rafa Torres [RT]:** ¡Gracias! Creo que está muy bien, aunque fue difícil encontrar gente que diera la cara e ir más allá de los activistas históricos. Pero al final lo conseguimos. ¡Veremos qué tal funciona!

**LMP: ¿Te costó dar este paso?**

**RT:** En mi caso, ser aún más visible ha sido fácil. Trabajo desde hace un tiempo en COGAM y mi situación personal no es complicada. Todo mi entorno sabe que soy seropositivo. Bien, menos la familia de mi novio. Pero sólo es cuestión de tiempo...

**LMP: ¿Te fue difícil, en su momento, la doble salida del armario?**

**RT:** Como gay, no estuve en el armario mucho tiempo. Enseguida se lo dije a mi familia y a mis amigos. En el caso del VIH, nunca he estado en el armario. Tuve una infección muy agresiva y me enteré por ingreso hospitalario. El diagnóstico fue rápido y mi familia lo conoció al momento, incluso antes que yo. Me lo comentaron cuando ya estaba recuperado. Por lo tanto, nunca tuve ni la opción de esconderlo. Pero tampoco lo iba a pasar mal callándolo. No estoy dispuesto a estar puteado, ni preocupado.

**LMP: Por desgracia, ser positivo públicamente es todavía poco habitual...**

**RT:** Sigue siendo muy infrecuente. Lo normal es esconderlo, que lo sepa tu entorno más inmediato y ocultarlo en el plano laboral o social. Pero yo me he dado cuenta de que, al dar a conocer que tienes VIH, vas descubriendo otra gente que está en la misma situación, pero que hasta entonces lo tenía callado.

**LMP: ¿Le costó a tu familia aceptar que eras positivo?**

**RT:** En mi familia ya había casos de VIH y, por eso, cuando lo supieron, enseguida preguntaron qué se tenía que hacer. Miraron adelante.

**LMP: ¿Vivir un diagnóstico de joven es más duro?**

**RT:** Lo primero que pensé es que me iba a morir. Si hubiera tenido 40 años, hubiera estado más preparado. Pero, por el resto, todo fue igual que en otras edades. La diferencia, la ponen los demás. En mi caso, las preocupaciones médicas ya casi han desaparecido. Hay que hacer vida normal.

« El rechazo y el estigma empiezan a ser menores, sobre todo en lo referente al VIH. Pero los estereotipos y las discriminaciones no desaparecen. El desconocimiento del VIH sigue siendo el mismo que hace 20 años, y el “yo no me acercaría” sigue vigente ».

**Rafa**

**LMP: ¿En Madrid es todo más fácil?**

**RT:** En Madrid, puedes conservar un cierto anonimato y estar más relajado. Eso conlleva que, para una gran mayoría, las personas con VIH sigan siendo invisibles. Y si pasa en Madrid... ¡imagina en otras ciudades! Hay mucha gente de pueblo que no quiere tratarse en el hospital más cercano por si les reconocen. O que, incluso, se desplazan y van a vivir a otro sitio, porque creen que van a poder ser más libres. Es triste que todo esto siga pasando.

**LMP: Pero supongo que se observa un cierto cambio respecto a épocas anteriores...**

**RT:** El rechazo y el estigma empiezan a ser menores, sobre todo en lo referente al VIH. Pero los estereotipos y las discriminaciones no desaparecen. El desconocimiento del VIH sigue siendo el mismo que hace 20 años, y el “yo no me acercaría” sigue vigente.

**LMP: ¿También entre los más jóvenes?**

**RF:** Entre los jóvenes sigue habiendo mucha vida dentro del armario. Queda mucho camino por recorrer: visibilidad, aceptación en el trabajo, leyes adecuadas... Es un proceso lento, parecido al que se ha seguido para conseguir la aceptación gay. Ahora bien, esto no impide que, a día de hoy, si eres visible, te lleves muchas hostias. Pero cuanto más gente haya, la situación irá cambiando.

**LMP: ¿Y por qué siguen habiendo tantos nuevos diagnósticos?**

**RT:** Entiendo que es una suma de factores. El colectivo de hombres gays ha sido muy activo en sus campañas y sus reivindicaciones. Pero, proporcionalmente, recibimos pocos recursos desti-

nados a la prevención del VIH. Hay una tasa de nuevos diagnósticos del 40% y los recursos destinados son sólo un 8% del total.

**LMP: ¿Las nuevas generaciones son conscientes del riesgo?**

**RT:** En HSH cada relación de riesgo implica mucho más riesgo. Siempre se han hecho campañas que no mostraban la realidad. Hay muchos jóvenes que aún ven el VIH como algo que, muy difícilmente, les va a afectar. Relacionan la enfermedad con una persona de 40 años con mala pinta. Piensan, de manera equivocada, que el virus se puede reconocer y no saltan las alarmas.

**LMP: ¿No te gusta lo del “Póntelo, pónselo”?**

**RT:** El problema es que te piden que te pongas el condón sin hacer hincapié en el porqué. En los años 80, veías con claridad los efectos del VIH, sus consecuencias devastadoras. Pero ahora, muchos jóvenes no se sienten ref ejados en las campañas. Hay que cambiar de estrategia y descubrir que informar ya no es suficiente, aunque también es cierto que nadie conoce la fórmula mágica.

**LMP: ¿Eres de los que consideras que hemos bajado la guardia?**

**RT:** Creo que sí, deberíamos ser más conscientes de que somos una población vulnerable. Hay que hacer auto-crítica y preguntarnos por qué hemos querido cerrar los ojos. Por otra parte, dentro del colectivo de hombres gays y bisexuales sigue existiendo un rechazo muy importante. Tal vez sea porque se da mucha importancia a lo físico, a la imagen. Y el VIH tiene que ver con esto. Tenemos que descubrir qué se ha perdido con las nuevas generaciones.

**LMP: Y en tu caso, ¿tenías toda la información? ¿Qué debería haber sido distinto?**

**RT:** Yo sabía que tenía que utilizar el preservativo y, además, conocía a personas con VIH. Pero no establecía el vínculo entre las dos cosas. El VIH me sonaba tan remoto como la fiebre amarilla. No iba conmigo, veía lo del condón más bien como una cuestión de higiene que de salud. Mira, hace poco descubrí una película absurda, pero divertida, que se titula *Amanece, que no es poco* (1988). En la historia aparece una pareja heterosexual que tienen sexo, y a ella, a los 5 minutos, le crece la barriga, y a los 10 minutos, ya tienen un hijo. Viéndola, pensé que si todas las consecuencias se produjeran a los 5 minutos,

otro gallo cantaría. Cuando pensamos en una relación sexual, nos quedamos en el orgasmo. Pero hay más. En mi caso, a los 26 años, tuve una relación sexual no protegida, me acosté con un chico de 20 y pocos... ¿qué tenía esto que ver con... nada?

**LMP: ¿A qué tiene miedo un joven con VIH?**

**RT:** Supongo que a la "muerte social". Que la gente te diga que 'no'. Que te quedes sin trabajo. Son consecuencias difusas. Pero existe el miedo de que te pase.

**LMP: ¿Tú sufriste esta "muerte social"?**

**RT:** No es lo habitual, pero algo de esto ha habido. Alguna relación sentimental que se ha frustrado al decir la verdad. La primera vez duele un montón, pero luego te acostumbras. Hay mucha gente que sigue pensando aquello de: "yo no tendría relaciones con alguien con VIH".

**LMP: ¿Hay que decirlo en la primera noche?**

**RT:** En mi caso, como está relacionado con mi trabajo, con mucha gente ya sale de forma natural. Pero hay veces que, si no sale, no lo comento. Me protejo y punto, no tengo que dar muchas explicaciones.

**LMP: ¿Notaste, en algún momento, rechazo al sexo?**

**RT:** Sí, al inicio. Después, en pocas semanas, mi cabeza fue cambiando. Dejé de estar obsesionado en que no hubiera ningún resquicio de riesgo. Suavicé las medidas de prevención. Ahora ya las he interiorizado con naturalidad.

**LMP: Rafa, tu trabajas en COGAM haciendo pruebas rápidas del VIH, dando información y apoyo. ¿Qué has aprendido durante este tiempo?**

**RT:** Es una experiencia muy interesante, aunque noto que la gente recién diagnosticada todavía sigue preguntando mucho el "cuánto me queda". Pero todo el mundo va retomando su vida, asume el diagnóstico y lo asimila. Lo peor es el sentimiento de culpabilidad, el "me lo he buscado porque he cometido el error". Pese a que uno no haya sido promiscuo, se siente mal.

**LMP: Un deseo de futuro...**

**RT:** Estoy esperanzado porque mi experiencia ha sido positiva. Creo que



Rafa Torres durante la realización de una prueba de detección rápida del VIH y posterior *counselling* en la sede de COGAM en Madrid.

vamos a mejorar bastante en cuanto a estigma social y calidad de vida. Mi deseo es que haya mucha más implicación por parte de las administraciones públicas. Son responsables de tomar cartas en el tema social y médico. No nos podemos quedar en que la legislación es suficiente, porque sigue existiendo discriminación. A lo mejor, se tienen que hacer leyes nuevas.

**LMP: ¿Y a los médicos, qué les pedirías?**

**RT:** Haría falta que la especialidad en VIH fuera reconocida. No puede ser que

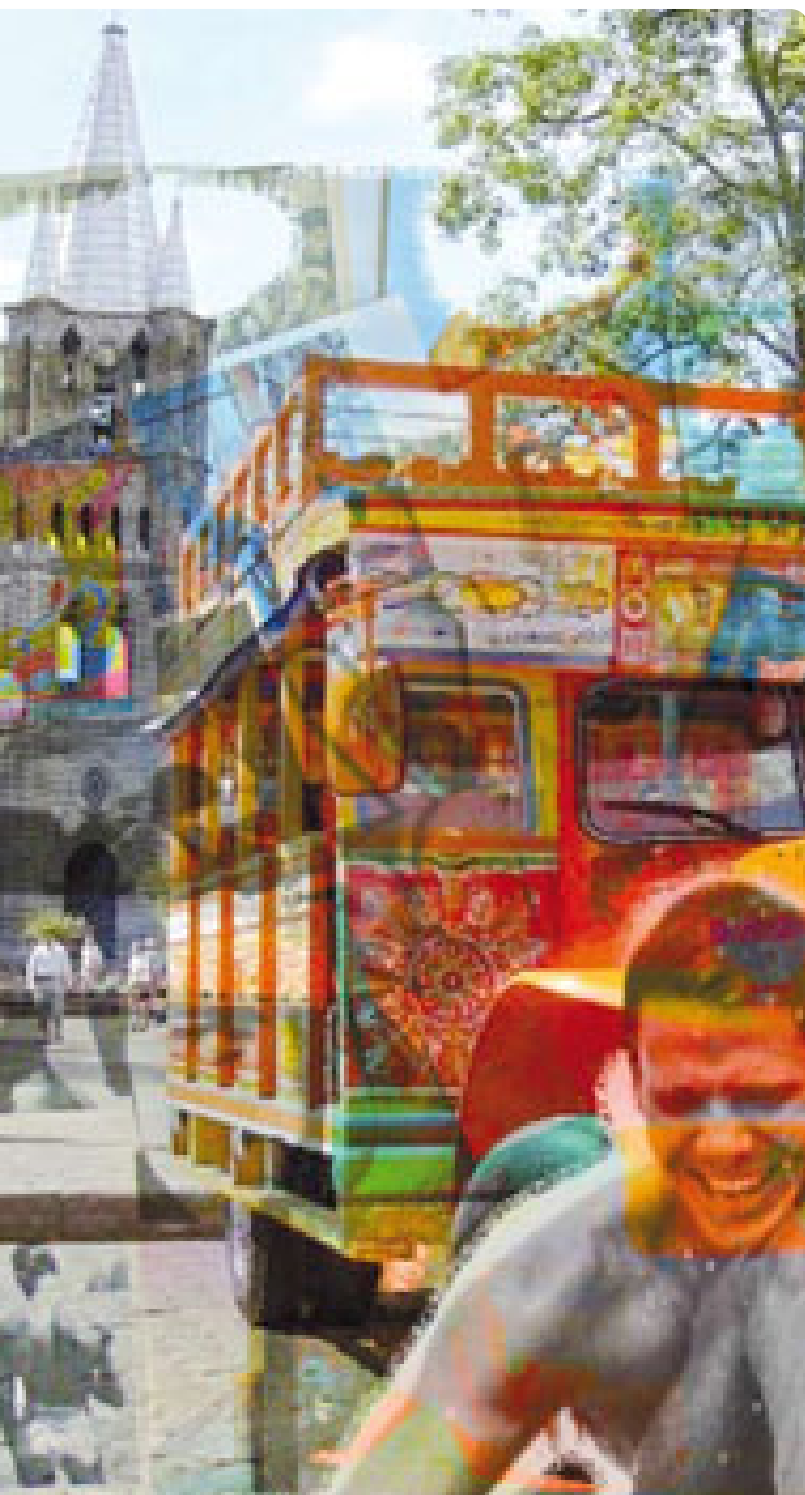
aún nos sigan atendiendo médicos generalistas que, en muchos casos, suelen ser personas con los mismos prejuicios que una parte de la sociedad y que todavía piensan que el VIH es consecuencia de un determinado tipo de vida. En cualquier caso, también tenemos muy buenos profesionales, pero poco reconocidos.

**LMP: ¿Y en las asociaciones?**

**RT:** Hace falta más implicación. Si bien, por suerte, nos encontramos que mucha gente que había desaparecido del activismo, ahora está volviendo.

La gente dice que practica sexo seguro,

## AUNQUE NO SEA CIERTO



Andrés preguntó a su novio si “podía estar tranquilo”. Su novio le respondió que sí, y él se lo creyó. Hasta que descubrió que le había transmitido el VIH. Le perdonó el engaño y continuaron juntos. Al cabo de un tiempo, cansado de su rutina, Andrés decidió abandonar su Colombia natal y desplazarse a Barcelona para estudiar un máster. Dejó su trabajo y su novio de 4 años. Empezaba una nueva vida.

“Fue uno de esos momentos en que te preguntas qué es lo que quieres hacer y cómo alcanzarlo. Siempre había tenido planes de ir a estudiar al extranjero. Y me lancé”, cuenta este joven arquitecto de 29 años, con ojos castaños y barba de unos días.

Ser seropositivo condicionó la elección de su destino. “En Rusia o China no podía viajar, por si me pillaban los frascos de medicamentos. En muchos otros países te pueden denegar el visado por los informes médicos. Pensaba en ir a Holanda. Pero investigué sobre sistemas sanitarios y me decanté por Barcelona: en España había (y hay) una atención médica universal y buenos tratamientos”.

**LO+POSITIVO [LMP]: ¿Te fuiste de Colombia porque eras seropositivo?**

**Andrés [A]:** No, fue más bien porque necesitaba un cambio vital. Pero es cierto que hace 5 años que me diagnosticaron y fue todo muy duro. Sobre todo, que me infectara mi novio. Yo era el único que no sabía que mi novio mantenía relaciones sexuales fuera de la pareja. Fue una sorpresa, yo le era fiel.

**LMP: ¿Qué sentiste?**

**A:** Rabia o risa... yo que sé. Si por lo menos hubiera estado follando por todas partes... pero siempre intenté ser muy responsable. Nunca pensé que nuestra relación era abierta, se suponía que éramos una pareja monógama. Pero mi novio sí, y lo peor es que no se protegía. Cometió un error.

**LMP: Pero pasaste página y seguisteis juntos...**

**A:** Cuando me comunicaron los resultados, me sentí solo, aterrorizado. No sabía qué hacer, y mi novio era la única persona que conocía en la misma situación. Al principio se lo reprochaba, pero luego, poco a poco, lo perdoné. Era la única manera de convivir. No fue fácil, pero estaba muy enamorado. Decidimos seguir y nos fuimos a vivir juntos. Hasta que yo me vine a Barcelona y, hace poco, lo dejamos. Como decimos en Colombia: “Amor de lejos, amor de pendejos; infelices los cuatro, o los ocho”.



**LMP: ¿Qué diferencias hay entre Colombia y España en relación con el VIH?**

**A:** La mentalidad en Colombia es un poco más retrógrada; el VIH no suele ser un tema que se trate abiertamente. Va dejando de ser un tabú, pero aún no hay demasiadas redes de apoyo ni tampoco muchas ONG como las que existen en Barcelona. ¡Y te puedo prometer que busqué! Hay algunos grupos de gente que se juntan; por ejemplo, los que organizaba mi médico. También iba al psicólogo y se creaban grupos muy *heavies*. Se unían historias muy duras, marginales, en las que no me sentía identificado.

**LMP: Pero tú vivías en Bogotá. Parece una ciudad abierta...**

**A:** Yo tenía la información. Pero no era suficiente. No hay tantas campañas y no están en las discotecas. En Bogotá hay mucha más apertura que en los pueblos, pero aún existe temor al rechazo, al señalamiento social... Mi familia sabe que soy gay.

**LMP: Sin embargo, tú ocultas que eres positivo...**

**A:** Es cierto, se lo he comentado a pocas personas. Tengo gente con quien lo hablo para no sentirme solo. Pero, en general, he querido conservar el anonimato. Supongo que es cuestión de tiempo.

**LMP: ¿También lo ocultas en Barcelona?**

**A:** Sí, me gusta ser anónimo y vivir en un lugar donde nadie me conozca. Aunque esto está lleno de colombianos, ¡a la ciudad le llaman Barcelombia! —dice echándose a reír—. Como nadie tiene su familia aquí, se va creando una red de contactos con gente que vas conociendo. Son redes interesantes, que se articulan o por ser gay o por estudios. Pero prefiero vivir 'enclosetado' [en el armario] y no comentarlo.

**LMP: ¿Por qué?**

**A:** Me da temor conocer a un chico y contarle que soy seropositivo. Supongo que es porque, desde que estoy en Barcelona, todavía no he conocido a nadie que me interese lo suficiente. Y por un polvo, no hay necesidad de comentarlo.

**LMP: ¿Hay un triple rechazo por ser gay, VIH e inmigrante?**

**A:** Yo no he tenido ningún problema por ser gay ni inmigrante. Pero, en cambio, he notado una doble moral al

intentar relacionarme con otros hombres homosexuales.

**LMP: ¿Por qué?**

**A:** La gente tiene miedo y dice que practica sexo seguro, aunque no sea del todo cierto. He oído a muchas personas confesar que no les importa si no hay condones.

**LMP: ¿Hay un relajamiento?**

**A:** En los primeros encuentros, cuando estás de fiesta, con dos o tres cubatas que te suben a la cabeza, emocionado, cachondo, y conoces a alguien, son los momentos en los que relajamos nuestros niveles de seguridad. Y me incluyo. Pero entonces hay que tener en cuenta las consecuencias.

**LMP: ¿Se podría decir que el colectivo de hombres gays es más vulnerable al VIH?**

**A:** Siempre pienso que en la cultura gay existe un mercado del sexo muy fuerte. Por ejemplo, en una gran parte de la literatura gay todo tiene que ver con los encuentros casuales, cuartos oscuros, saunas, el sexo en público... En los sitios 'gay friendly', el sexo siempre está ahí. Entre los más jóvenes existe la percepción de que todas las enfermedades de transmisión sexual son curables o tratables. Saber que no te vas a morir de esto, te relaja.

**LMP: Cuando conociste tu diagnóstico, ¿sentiste rechazo al sexo?**

**A:** Al principio de saber que tenía el VIH, sí. Me sentía mala persona, aunque tomara las máximas precauciones. Al llegar a Barcelona, pasé un tiempo sin sexo.

**LMP: Pero ya hace un año y medio que llegaste...**

**A:** Sí, ahora tengo sexo seguro y no me genera ningún problema. También sé que una persona como yo, que sigue de forma eficaz el tratamiento, tiene una carga viral mínima. Pero nunca en mi vida me he atrevido a ir a una sauna. Sólo a algún cuarto oscuro. Pero estoy a gusto en Barcelona. La atención sanitaria es de primera calidad y he conocido a gente muy interesante. Pese a ello, sigo haciendo uso de la atención psicológica que ofrece Gais Positius.

**LMP: ¿Por qué?**

**A:** No es fácil superar el diagnóstico. Al principio, piensas que te vas a morir, no sabes que los tratamientos han avanzado. Por internet, hay datos fatalistas. El primer año fue difícil, pero

« La mentalidad en Colombia es un poco más retrógrada; el VIH no es un tema que se trate abiertamente. Va dejando de ser un tabú, pero aún no hay demasiadas redes de apoyo ni tampoco muchas ONG como las que existen aquí ».

**Andrés**

después te vas informando y te tranquilizas. Es algo que se olvida, que ya no está en mi cabeza todos los días. Sin embargo, creo que la percepción social del VIH debería cambiar.

**LMP: ¿De qué manera?**

**A:** No es tan grave como la gente se imagina. El otro día, estaba en una 'calçotada' con amigos y oía a personas heterosexuales comentar que, si alguien contraía el VIH, no tenía el apoyo de la seguridad social, que quedaba marcado en una lista negra. Yo sé que esto no es así, ni aquí ni en Colombia. Nadie te señala en ese ámbito. Pero lo escuché y me callé. No me atreví a corregirlos por si podían llegar a descubrir que soy seropositivo.

**LMP: ¿Quieres volver a Colombia?**

**A:** Ahora estoy estudiando un máster en Arquitectura y, al terminarlo, me planteo volver. Sé que las administraciones de Bogotá han emprendido programas de sensibilización y apoyo a grupos de hombres gays... pero la gente no es tan abierta. Hay diferencia en los análisis médicos y los fármacos antirretrovirales disponibles. Aquí te dan los originales y no los genéricos. En Barcelona, mi carga viral es indetectable y, en Colombia, no sé si seguirá así. Me gustaría quedarme un poco más; la ciudad es maravillosa y los hombres... guapísimos. Es muy fácil vivir acá. Quizá también porque no tengo que trabajar, sólo estudiar.

**LMP: Andrés, dime una cosa que hayas aprendido gracias al VIH...**

**A:** Que no debemos dejarnos vencer por el miedo. Igual nos encontramos en el hoyo, pero debemos salir. Me repito muchas veces una cosa muy básica pero muy útil: querer es poder.

## Admiro a los que fueron diagnosticados

# EN LOS AÑOS 80



Iván es profesor y tiene 28 años. Vive en Carmona, una ciudad de 30.000 habitantes, a 30 kilómetros de Sevilla. Nadie de su entorno sabe que es positivo, sólo su familia más directa. "Aquí en el pueblo, hay que llevarlo oculto, quiero evitar el doble rechazo". Su red de apoyo es la asociación Adhara de Sevilla, con la que contactó el día siguiente de ser diagnosticado.

"Fue una salvación. Me respondieron a todas mis dudas, me contaron que no me iba a morir. Tenía mucho miedo". Han pasado 5 años y ahora es él quien apoya a personas recién diagnosticadas. El virus ya no le da miedo. "Te digo una cosa: ahora prefiero ser seropositivo que diabético", dice con salero andaluz y una media sonrisa.

**LO+POSITIVO [LMP]: ¿Cuándo supiste que eras positivo al VIH?**

**Iván [I]:** Me encontraba bien de salud, pero me salieron unos ganglios en el cuello. Algo pasaba. Mis amigos

me recomendaron hacerme una prueba. Entonces me vino, por sorpresa, el diagnóstico. Me pilló desinformado, pensaba que me moría en aquel momento. Al enterarme, me fui del médico sin preguntar. Salí de la consulta muy perdido. Me senté en un banco y, cuando me harté de llorar, pensé que lo tenía que solucionar.

**LMP: ¿Te costó más porque sólo tenías 23 años?**

**I:** Es posible. A los 40, ya me hubiera cogido con mi vida hecha. Era muy jovencito y me pilló perdido. ¡Estaba

empezando a vivir! Poco a poco, te vas situando y descubres que hay enfermedades mucho peores. Ahora estoy bien, hago vida normal. Primero, no disfrutaba ni del sexo.

**LMP: ¿Sientes aún algo de culpabilidad?**

**I:** Esto fue más bien al principio. Era una sensación extraña, porque lo del condón lo sabía. Pero me dejé engañar por las pintas. Conocí a un chaval que me enloquecía y me olvidé del resto. Se le veía sano y yo no pensé en nada más ni por asomo.

**LMP: ¿Por qué te sorprendió tanto el diagnóstico?**

**I:** Porque, para mí, era algo desconocido. Si no te toca personalmente, pasas del tema. Además, en la escuela, nunca se habló de manera abierta ni de sexo ni de VIH. La información brillaba por su ausencia. Estoy convencido de que si alguien me hubiera dicho que mejor no fiarse de las pintas, yo hubiera ido con mucho más cuidado.

**LMP: ¿No conocías a nadie con VIH de tu entorno?**

**I:** Aquí, en un pueblo, esto se lleva muy, pero que muy oculto. Incluso ser gay. En el colegio tenía que disimular, para no ser rechazado. Los compañeros de clase pueden ser muy crueles.

**LMP: ¿Nunca lo compartiste con nadie?**

**I:** Se lo conté a dos amigos, porque lo necesitaba. Se lo dije incluso antes que a mis padres. Pero fue la peor decisión de mi vida. Se pusieron a llorar conmigo y, después, si te he visto no me acuerdo. No debían estar bien informados y tuvieron miedo. Yo tampoco me he interesado más por ellos.

**LMP: ¿Y lo compartes con la gente nueva que conoces?**

**I:** Si tengo un rollito, no lo cuento. Pero tomo precauciones.

**LMP: ¿Y a tus padres?**

**I:** Se lo comenté y lo han superado. Al principio, lo pasamos mal. No sabían si debían compartir los vasos, escondían mi cuchilla de afeitar, la pasta de dientes...

**LMP: ¿Has pensado alguna vez en irte de Carmona?**

**I:** He pensado en mudarme a Sevilla, quiero hacer una vida más libre. Lo haré cuando pueda; en el pueblo se conoce todo el mundo. Siempre pienso

que, en Andalucía, la gente es demasiado cerrada de mente. Incluso Sevilla es, muchas veces, un pueblo. Por suerte, estamos bien por lo que respecta a la atención sanitaria.

**LMP: ¿Ves perspectivas de cambio?**

**I:** Ahora ya circula más información, incluso por la tele. Pero, a la vez, la gente le ha perdido el miedo al VIH porque ya no es una enfermedad mortal.

blar y compartir vivencias para que lo superen. Les digo que el VIH es algo que se te cruza en la vida y con lo que tienes de convivir. Siempre les repito que se pasa bien, y les pongo de ejemplo a los valientes de los años 80. Nos llenan de valor.

**LMP: ¿Ves diferencias de comportamiento en las nuevas generaciones?**

« Siempre he admirado y admiro a los que fueron diagnosticados en los años 80, porque realmente lo pasaron mal. Nadie les dio esperanzas de vida. Les trataron mal, había gente cercana que se moría... En cambio, ahora, nuestra generación no ha sufrido todo esto. Y, además, los tratamientos han avanzado mucho ».

**Iván**

Supongo que los hombres gays vamos a estar siempre en el punto de mira.

**LMP: ¿Crees que nos hemos relajado?**

**I:** Sí. Siempre he admirado y admiro a los que fueron diagnosticados en los años 80, porque realmente lo pasaron mal. Nadie les dio esperanzas de vida. Les trataron mal, había gente cercana que se moría... En cambio, ahora, nuestra generación no ha sufrido todo esto. Y, además, los tratamientos han avanzado mucho.

**LMP: Pero, en cambio, muchos seropositivos jóvenes siguen necesitando ayuda psicológica...**

**I:** Sí, como fue mi caso. Antes iba a Adhara todas las semanas. Al principio, encontraba difícil superarlo todo. La medicación era un poco coñazo porque tomaba una pastilla muy fuerte... Me levantaba por la mañana hecho polvo y estaba muy decaído. Ahora también me sigo medicando, pero ya estoy habituado. Sé que si me voy de viaje o de fiesta con mis amigos tengo que llevar conmigo las pastillas y tomármelas a escondidas. Pero ya no me como la cabeza.

**LMP: Y ahora eres tú el que ofreces apoyo psicológico...**

**I:** Así es. Me encuentro a gente que está hecha polvo. Quedamos para ha-

**I:** Sabes qué pasa, que de jóvenes nos pasa a todos lo mismo. Tienes 18 ó 20 años, empiezas a salir del armario y estás siempre pensando en lo mismo: el sexo. En Sevilla hay saunas, discotecas... hay una oferta genial, pero la gente pierde los papeles. Además, las posibilidades se multiplican con internet.

**LMP: ¿Qué te ha aportado de positivo enfrentarte al VIH?**

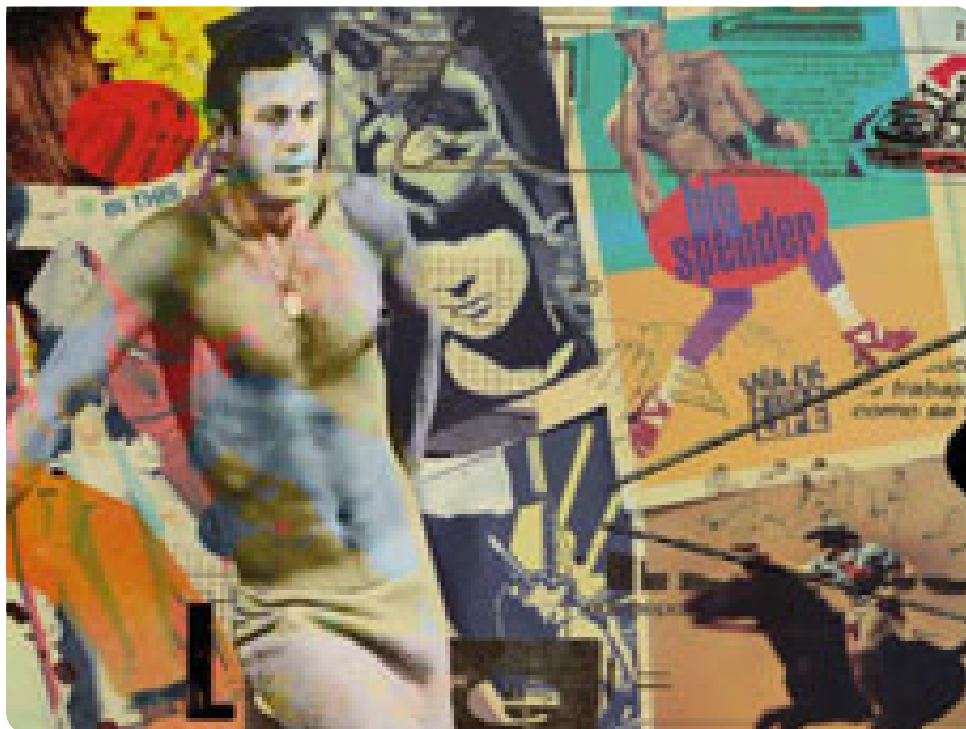
**I:** Lo principal es que he madurado un montón. He conocido a personas que se han convertido en buenos amigos y, ahora, soy capaz de relativizar las cosas. He sacado lo bueno de lo malo.

**LMP: ¿Has recuperado tu vida sexual?**

**I:** Sí, sin ningún problema. He vuelto a tener sexo oral sin condón, sobre todo ahora que mi carga viral es indetectable. Más bien me preocupo por otras enfermedades como la gonorrea o la sífilis. Y voy a cuartos oscuros pero, eso sí, teniendo cuidado.

**LMP: La vida sigue...**

**I:** Sí; de hecho, actualmente he conocido a una persona muy especial, con la que creo que puede haber algo. Es un chico seronegativo, no me lo esperaba. ¡Pero qué le vamos a hacer! Te enamoras de quien menos te lo esperas, ¿no?



## GUÍA DE RECURSOS

En España, existe un amplio abanico de asociaciones y ONG que ofrecen servicios dirigidos a dar respuesta a la infección por VIH en sus diferentes ámbitos: prevención, detección, atención y acompañamiento. Estos servicios son anónimos, confidenciales y gratuitos. Algunas de estas entidades se dirigen específicamente al colectivo de hombres gays. Tanto si quieres realizarte la prueba de detección del VIH o buscas información, como si ya vives con el virus y requieres servicios de atención psicológica o el apoyo de otras personas que han pasado por una situación similar a la tuya, la siguiente selección de recursos te podrá resultar útil.

### ANDALUCÍA

#### Adhara

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
Avda. Marqués de Pickman 15, 3ª Planta (Módulo 3); 41005 Sevilla  
Tel.: 954 981 603 / 687 245 264  
Web: [www.adharasevilla.org](http://www.adharasevilla.org)

**Asima (Asociación Antisida de Málaga)**

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
c/ Gaona 2, 1º izq; 29012 Málaga  
Tel.: 952 601 780 / 902 194 169  
Web: [www.asima.org](http://www.asima.org)

#### COLEGA-Málaga

**Público diana:** Población LGTB  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Información y asesoramiento  
c/ Victoria 8 local, 1º dcha  
29012 Málaga  
Tel.: 952 223 964 / 902 118 982 (prueba del VIH)  
Web: [www.colegamalaga.es](http://www.colegamalaga.es)

#### FUNDACIÓN TRIÁNGULO

**Público diana:** Población LGTB  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Información y asesoramiento  
**Direcciones:**  
• Plaza San Leandro 10 (Sevilla)  
Tel.: 954 218 082 y 661 010 173  
• c/ Palos de la Frontera 4, 2º B (Huelva) Tel.: 959 816 716 y 661 010173  
Web: [www.fundaciontriangulo.org/andalucia](http://www.fundaciontriangulo.org/andalucia)

#### COLEGA-Sevilla

**Público diana:** Población LGTB  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Información y asesoramiento  
c/ Cuna 16, 1º; 41004 Sevilla  
Tel.: 954 214 040 / 954 501 377  
Web: [www.colegaweb.org](http://www.colegaweb.org)

### ARAGÓN

#### OMsida

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Atención Psicológica, Prueba de detección del VIH  
c/ Rebolería nº 1, local  
50002 Zaragoza  
Tel.: 976 201 642  
Web: [www.omsida.org](http://www.omsida.org)

### BALEARES

#### ALAS (Asociación de lucha antisida de las Islas Baleares)

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
**Direcciones:**  
• Plaça Cardenal Reig 4, 1ªA  
07004 Palma. Tel. 971 71 44 88  
• c/ Madrid 58, 1º B, 07800 Ibiza  
Tel.: 971 31 23 57  
Web: [www.alas-baleares.com](http://www.alas-baleares.com)

### CANARIAS

#### Cruz Roja Española

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección VIH  
Muelle Deportivo s/n  
35003 Las Palmas  
Tel.: 928 240 144  
Web: [www.cruzroja.es/vih](http://www.cruzroja.es/vih)

### CASTILLA Y LEÓN

#### SIDA Burgos (Comité ciudadano antisida de Burgos)

**Público diana:** Población general

**Servicios:** Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional.  
Prueba de detección del VIH (próximamente)  
c/ Federico Véllez 5, bajo trasera, zona Fuentecillas; Burgos  
Tel.: 947 240 277  
Web: [www.sidaburgos.com](http://www.sidaburgos.com)

#### Comité Ciudadano antisida de Salamanca

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
Plaza Nueva de San Vicente s/n, local; 437007 Salamanca  
Tel.: 923 219 279

#### Comité Ciudadano antisida Zamora

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional.  
c/ Santa Clara, 5, 1º derecha  
49003 Zamora  
Tel.: 980 534 382

### CATALUÑA

#### Barcelona Checkpoint

**Público diana:** Población gay y HSH  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH y otras ITS. Atención psicológica. Apoyo emocional  
c/ Compte Borrell 164-166  
08015 Barcelona  
Tel.: 933 182 056  
Web: [www.bcncheckpoint.com](http://www.bcncheckpoint.com)

## PRUEBAS DE DETECCIÓN RÁPIDA DEL VIH

Son tests de lectura visual que pueden realizarse con un equipamiento mínimo y proporcionan un resultado en menos de 15 minutos, en comparación con la prueba estándar de cribado mediante técnicas de inmunoensayo enzimático (ELISA), de las cuales no se dispone del resultado hasta al cabo de unas horas o días. Tanto el test de detección rápida como la prueba de ELISA detectan anticuerpos específicos del VIH. La prueba rápida determina la presencia de anticuerpos del VIH en una muestra de sangre o saliva, según el test utilizado. En caso de que el resultado sea positivo, se tiene que realizar una prueba confirmatoria (la prueba más usada es la de inmunoelectrotransferencia o Western Blot).



### MÁS INFORMACIÓN:

- Simposium sobre detección del VIH en ONG y otros centros alternativos: [http://www.flside.org/media/symposium\\_deteccio\\_VIH\\_ONG/](http://www.flside.org/media/symposium_deteccio_VIH_ONG/) Pueden visionarse las retransmisiones de las sesiones (webcast) y las diapositivas de las presentaciones de los/las ponentes.
- OLIVA G, ALMAZÁN C Y GUILLÉN M. Prueba de detección rápida de la infección por VIH. Ministerio de Sanidad y Política Social (2007). [www.icoma.eu/adjuntos/PruebadeteccionrapidainfeccionVIH.pdf](http://www.icoma.eu/adjuntos/PruebadeteccionrapidainfeccionVIH.pdf)

#### Gais Positius

**Público diana:** Población gay y HSH

**Servicios:** Prueba de detección del VIH y otras ITS. Atención psicológica. Apoyo emocional  
c/ Violant d'Hongria 156, baixos  
08014 Barcelona  
Tel.: 932 980 642  
Web: [www.gaispositius.org](http://www.gaispositius.org)

#### Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Información sobre el VIH y sus tratamientos. Servicio de consultas sobre tratamientos del VIH (incluida la profilaxis post-exposición)  
c/ Sardenya 259, 3º 1ª  
08013 Barcelona  
Tel.: 932 080 845 / 934 582 641 (servicio de consultas)  
Web: [www.gtt-vih.org](http://www.gtt-vih.org)

#### Stop SIDA

**Público diana:** Población gay y HSH  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH y otras ITS. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
c/ Muntaner 121, entlo 1ª  
08036 Barcelona  
Tel.: 902 10 69 27  
Web: [www.stopsida.org](http://www.stopsida.org)

#### ACAS Girona

**Público diana:** Población general  
Plaça Sant Ponç 9, 4º 2ª  
17007 Girona  
**Servicios:** Prueba de detección del

VIH y otras ITS. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
Tel.: 972 219 282

#### Asociación antisida de Lleida

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH y otras ITS. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
c/ Lluís Besa, 17 baixos  
25002 Lleida  
Tel.: 973 261 111

### EXTREMADURA

#### Comité Ciudadano Anti-Sida de la Comunidad Extremeña (CAEX)

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
c/ Maluquer 10, 1º derecha  
10002 Cáceres  
Tel.: 927 227 613 / 902 106 857 (prueba rápida)  
Web: [www.caextremadura.org](http://www.caextremadura.org)

#### Fundación Triángulo (en colaboración con CAEX)

**Público diana:** Población gay y HSH  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención  
c/ Arco Agüero 20, 1º B  
06002 Badajoz  
Tel.: 927 227 613 / 902 106 857 (prueba rápida)  
Web: [www.fundaciontriangulo.org](http://www.fundaciontriangulo.org)

### GALICIA

#### Comité antisida gallego-Santiago de Compostela

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
Rúa Betanzos 35, baixos  
15703 Santiago de Compostela  
Tel.: 981 573 401

### MADRID

#### COGAM

**Público diana:** Población gay y HSH  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
Puerta del Sol 4, 3º B; Madrid  
Tel.: 915 224 517  
Web: [www.cogam.org](http://www.cogam.org)

#### Madrid Positivo

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
c/ Gamonal, 79 bis, 4º  
28031 Madrid  
Tel.: 912 237 186  
Web: [www.madridpositivo.org](http://www.madridpositivo.org)

### PAÍS VASCO

#### SIDÁLAVA (Comité Ciudadano antisida de Álava)

**Público diana:** Población general  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicoló-

gica. Apoyo emocional  
San Francisco 2, 1º  
01001 Vitoria-Gasteiz  
Tel.: 945 257 766  
Web: [www.sidalava.org](http://www.sidalava.org)

#### Comité Ciudadano antisida de Bizkaia

**Público diana:** Población general y en situación de vulnerabilidad  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
c/ Bailén 4-6; 48003 Bilbao  
Tel.: 944 790 322  
Web: [www.bizkaisida.com](http://www.bizkaisida.com)

### VALENCIA

#### Colectivo Lambda

**Público diana:** Población LGTB  
**Servicios:** Prueba de detección del VIH. Prevención. Atención psicológica. Apoyo emocional  
c/ Vivons 26, baixos  
46006 Valencia  
Tel.: 963 342 191  
Web: [www.lambdavalencia.org](http://www.lambdavalencia.org)

Asimismo, la prueba de detección del VIH puede realizarse también en centros de salud, de atención especializada y hospitales de la red pública; centros de atención de infecciones de transmisión sexual; centros sanitarios de carácter privado y, en algunas comunidades autónomas, en farmacias.

# Fortalecer tus huesos

La pérdida de densidad mineral ósea (DMO) en personas con VIH está generando una preocupación creciente, ya que la capacidad de la terapia antirretroviral de gran actividad [TARGA] para controlar la infección ha incrementado notablemente la esperanza de vida de las personas que viven con el virus; de este modo, ciertos posibles efectos de la TARGA o de la propia infección por VIH —como es el caso de la pérdida de DMO— se solapan con los efectos derivados del envejecimiento, que suele actuar en la misma dirección.



Puedes encontrar la animación gráfica de éstos y otros ejercicios para fortalecer tus huesos en: [http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ies\\_azahar/spip.php?article89](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ies_azahar/spip.php?article89)

El descenso de la DMO puede incluso desencadenar la aparición de osteoporosis, con el elevado riesgo de fracturas óseas que dicha afección conlleva. Entre los factores que han sido relacionados con la pérdida de densidad mineral ósea entre personas con VIH destacan un bajo índice de masa corporal (IMC), bajos niveles de testosterona, déficit de vitamina D [muy importante para el metabolismo óseo], el consumo de alcohol y tabaco, la propia acción del VIH y el uso de determinados antirretrovirales.

Con frecuencia, se ha observado déficit de vitamina D. En algunos estudios se ha concluido que hasta un tercio de las personas con VIH lo presentan. El poco contacto con la luz solar, el empleo de inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN) y tener una piel oscura incrementan el riesgo de padecer dicha carencia vitamínica.

Respecto a la utilización de antirretrovirales, se ha apreciado un descenso de la DMO con la familia de los inhibidores de la proteasa (IP), con algunos

inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) —como zidovudina (AZT, Retrovir® y en Combivir® y Trizivir®) y estavudina (d4T, Zerit®)—, y con el análogo de nucleótido tenofovir (Viread®). En este último caso, la toxicidad renal asociada a tenofovir produce hipofosfatemia, y un déficit de fosfatos puede relacionarse directamente con un descenso de la densidad mineral ósea.

Aparte de los tratamientos específicos para las pérdidas importantes de DMO, la dieta y el ejercicio físico pueden ayudar a revertir la pérdida ósea cuando ésta no ha llegado a estadios avanzados o actuar de forma conjunta con los medicamentos en casos de osteoporosis.

## Ejercicio físico

La actividad física mejora de manera notable la salud ósea tanto desde el punto de vista preventivo como en personas que ya han experimentado un descenso importante de la DMO. El tipo de ejercicio deberá adaptarse a las con-

diciones particulares de cada persona, dado que lo que para algunos puede ser útil, para otros puede ser contraproducente.

Al igual que los músculos, los huesos experimentan un incremento en su fortaleza si se ejercitan con regularidad. Para ello, es útil tanto ejercitar la fuerza [pesas y demás ejercicios de tipo anaeróbico] como practicar ejercicios aeróbicos (especialmente aquéllos que permiten que los músculos y los huesos trabajen en contra de la gravedad, como correr, el *jogging*, caminar o subir escaleras).

En caso de tener problemas de salud como diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, obesidad, una pérdida de DMO importante o una edad superior a los 40 años, es importante que hables con tu médico antes de iniciar un programa regular de ejercicio físico.

Es muy recomendable seguir un programa de ejercicios personalizado y desarrollado por un preparador físico titulado. La duración óptima de cada sesión es de entre 30 minutos y una hora 3-4 veces por semana.

## Ejemplo de tabla de ejercicios

### 1- Elevar la pierna

Tendido boca abajo con las piernas juntas y las manos cruzadas bajo la frente. Comprueba tu inclinación pélvica y tensa los abdominales. Estira la pierna al levantarla mientras la otra permanece relajada sobre el suelo. Levántala unos 10cm.

### 2- Elevación lateral

Tendido sobre el costado, de rodillas, con las caderas formando un ángulo recto y con tobilleras lastradas (adquiribles en tiendas especializadas en deportes). Tensa los abdominales. Levanta la pierna unos 20cm. La rodilla y el tobillo deben estar a la misma altura (no dejes que la rodilla y la cadera se echen hacia atrás).

### 3- Presión de pierna

Con una banda de resistencia [que puedes conseguir en tiendas de deportes] colocada en la planta del pie y sentado en una silla, levanta el muslo hacia el pecho y tensa la banda tirando con las manos hacia las caderas. Presiona el pie contra la banda hasta que quede recta. Estira contando hasta 3 y relaja de la misma forma.

### 4- Flexión de muñeca

Para este ejercicio se requiere el uso de una pesa. Sentado en la punta de una silla, con las piernas separadas a una distancia igual a la anchura de las caderas y las rodillas en la vertical de los tobillos, agarra la pesa por debajo, con la muñeca en posición horizontal y en línea con el codo. Cuenta hasta 3 mientras levantas la pesa sólo moviendo la muñeca y aguanta la posición unos segundos. Bájala lentamente. Repite el ejercicio sujetando la pesa por encima.

### 5- Flexión de brazo

En posición vertical, con los pies separados y las rodillas ligeramente flexionadas. Separa los brazos a una distancia un poco superior a la anchura de los hombros. Coge una pesa con cada mano por debajo, con las palmas mirando hacia delante. Flexiona los brazos hacia los hombros, sin mover el tronco, con los abdominales siempre tensos y sin mover las muñecas (si te cuesta que estén inmóviles, usa menos peso).

Al iniciar una rutina de ejercicios, es importante prestar atención al propio cuerpo. Es normal experimentar dolor y malestar muscular al principio; si el dolor es demasiado fuerte o dura más de 48 horas, es posible que estés esforzándote demasiado y necesites cambiar de rutina.

La ayuda de un preparador físico puede ser útil para aprender a progresar en la actividad física. Así, la correcta realización de los estiramientos y la corrección de malos hábitos posturales o de realización del ejercicio pueden reducir el riesgo de lesiones e incrementar, de este modo, los beneficios aportados por la práctica de deporte.

El ejercicio físico sólo constituye una parte del programa de prevención o tratamiento de la pérdida de masa ósea. El uso de medicamentos —en casos avanzados— y cambios en el estilo de vida o la dieta son tan importantes o más que ejercitarse.

## Dieta

La dieta a seguir de cara al fortalecimiento de los huesos debe apoyarse en tres pilares: el calcio, el fósforo y la vitamina D.

El calcio es el mineral principal en la composición ósea, ya que el 99% del calcio corporal se encuentra en el esqueleto y representa el 2% del peso total de nuestro cuerpo. Hay muchos alimentos que contienen este mineral, pero los productos lácteos (leche, yogur, quesos, etc.) son la fuente principal, puesto que el calcio que llevan es más fácilmente asimilable. Es muy recomendable el consumo de productos lácteos desnatados, dado que la eliminación de la grasa no altera el contenido de calcio —en todo caso, se incrementa su concentración al eliminar la grasa— y, además, es una manera de evitar la ingestión de grasas saturadas y colesterol, que afectan de forma negativa a la salud cardiovascular.

En cuanto a los pescados, el calcio se encuentra principalmente en las espinas, por lo que el consumo de conservas de pescado que permitan consumirlas (anchoas en aceite o salazón, sardinas en aceite o escabeche) favorecerá la ingestión de este mineral. El contrapunto de las conservas suele ser su contenido en sal, a tener en cuenta en casos de hipertensión.

Las hortalizas de hojas verdes como el brócoli, la col rizada, los nabos o la berza son buenas fuentes de calcio vegetales (a tener en consideración por parte de vegetarianos estrictos, aunque en algunos casos es muy probable que, además, sea necesaria la toma de suplementos de este mineral).

### Recomendaciones relativas al consumo de calcio:

#### Bebés:

- 0 - 6 meses: 210 miligramos por día (mg/día)
- 7 - 12 meses: 270 mg/día

#### Niños:

- 1 - 3 años: 500 mg/día
- 4 - 8 años: 800 mg/día
- 9 - 13 años: 1.300 mg/día

#### Adolescentes y adultos:

- Hombres de 14 a 18 años: 1.300 mg/día
- Hombres de 19 a 50 años: 1.000 mg/día
- Hombres de 51 en adelante: 1.200 mg/día
- Mujeres de 14 a 18 años: 1.300 mg/día
- Mujeres de 19 a 50 años: 1.000 mg/día
- Mujeres de 51 en adelante: 1.200 mg/día

El fósforo representa entre el 0,8 y el 1,1% del peso del cuerpo, y forma parte —junto con el calcio— de la estructura mineral ósea. Se absorbe paralelamente al calcio; este proceso se ve favorecido por la vitamina D. Entre los alimentos ricos en fósforo destacan los frutos secos, algunas hortalizas (ajos, cebollas, setas, alcachofas, coles, lechugas, apio, patatas o puerros, entre otros), los cereales, algunas frutas (manzana, fresas, etc.), la carne, el pescado y los lácteos.

Un lactante requiere unos 200mg diarios de fósforo; el requerimiento asciende hasta 900mg al día durante el resto de la infancia y la época de crecimiento, y es de 700mg diarios una vez alcanzada la edad adulta.

La vitamina D se utiliza para enriquecer muchos lácteos, si bien el cuerpo es capaz de sintetizarla en la piel, proceso en el que es necesaria la acción de los rayos solares. La síntesis endógena de esta vitamina puede verse dificultada en algunos países con poca radiación solar o en determinadas épocas del año, por lo que recurrir a alimentos enriquecidos o a los que

contienen vitamina D de forma natural (como el sushi) puede permitir compensar el déficit de la misma en esos casos.

**Fuentes:**

**National Center for Biotechnology Information:**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

**Junta de Andalucía:** [http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ies\\_azahar/spip.php?article89](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ies_azahar/spip.php?article89)

**Medline Plus:** <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002412.htm>

## Cuéntamelo en la cocina

A partir de este número, queremos que vosotras y vosotros, lectores, seáis protagonistas en esta sección. Nos gustaría que nos hicierais llegar vuestras recetas de aquellos platos que guardan un significado especial porque os recuerdan a una persona querida, de los guisos que os encanta compartir con amigos, de aquella sopa o ensalada que alguien os enseñó un día y que nunca olvidaréis. Os ofrecemos compartir vuestras recetas y, sobre todo, vuestras historias.

**Podéis mandar vuestras recetas a:**  
gTt, c/Sardenya 259, 3º 1ª  
08013 Barcelona  
o a [contact@gtt-vih.org](mailto:contact@gtt-vih.org)

Para esta primera entrega, le hemos pedido a Gracia Vernet, una antigua colaboradora de *LO+POSITIVO*, que nos cuente de dónde viene su pasión por los mejillones.

*Hola amigos,*

*El mejillón es un marisco apto para todos los bolsillos: barato y fácil de cocinar. A mí me encanta de siempre, sobre todo el de roca. Antes solía preparar los mejillones solos al vapor y sazonados con unas gotitas de limón. Dejé de tomarlos así, por si acaso, cuando tenía muy pocas defensas, y me aficioné a comerlos un poco más cocidos y con salsa marinera.*

*Por motivos personales, he viajado mucho a Bélgica durante los últimos años, y en una de mis visitas compré un libro de cocina que incluye muchas*

*recetas distintas con mejillones. Además de por el chocolate y la cerveza, los belgas son también conocidos por los mejillones, una de sus comidas más típicas. Eso sí, ellos los prefieren saborear junto a una buena ración de patatas fritas. A tal combinación la llaman Moules et frites. Yo los suelo tomar como un entrante o plato principal, acompañados de una ensalada. Pero en la sopa, con arroz o pasta son igualmente deliciosos.*

*Mi propuesta es una receta para los amantes de la mostaza, que encontré en ese bonito libro belga y que hace poco tuve la ocasión de cocinar para unos excelentes amigos, con los que comparto, además del bichito, muchos buenos recuerdos.*

*¡Que lo disfrutéis tanto como yo!  
Un fuerte abrazo,*

Gracia

### Mejillones con salsa de puerros y mostaza

**Ingredientes para 4 personas**

- 30g de mantequilla
- 1 puerro cortado muy fino en juliana
- 1kg de mejillones lavados y listos para cocinar
- 3 cucharadas soperas de mostaza fuerte
- 1 copa de vino blanco seco
- 2 cucharadas soperas de nata para cocinar
- 1 cucharada completa de perejil picado
- Sal y pimienta

Rehoga el puerro con la mantequilla durante un minuto en una cacerola grande.

Añade los mejillones, la mostaza y el vino blanco. Deja cocer todo junto hasta que se abran los mejillones, agitando la cazuela de vez en cuando para que la cocción sea uniforme.

Desecha todos los que hayan quedado cerrados.

Añade la crema y el perejil y mezcla bien, dejándolo cocer a fuego fuerte durante unos 15 segundos. Salpimienta a gusto, ¡y listo!



Foto: Zakari Garamendi

El mejillón es un alimento muy equilibrado, con pocas calorías —67kcal por cada 100 g de carne, ya que tiene una cantidad inferior al 2% de grasa— y rico en vitaminas, proteínas y minerales.

Cabe destacar su elevado contenido en yodo y también en hierro (4,5mg por cada 100g de carne), superior al de las carnes de cerdo o ternera y fácilmente absorbible por ser de origen animal. Estas características lo convierten en un alimento ideal en caso de anemia.

Otros nutrientes que aporta el mejillón son vitaminas del grupo B (a destacar el ácido fólico) y minerales como calcio, fósforo y magnesio.



## Encuesta sobre el tratamiento antirretroviral

¿Cómo llevas la toma de la medicación?  
 ¿Prefieres tomarla una o dos veces al día, o te da igual? ¿Cómo lo haces para acordarte?  
 ¿Se adapta a tu estilo de vida? ¿Consideras que te han informado correctamente?



<http://gtt-adhesion-2010.questionpro.com>

Desde el pasado mes de abril, está activa en la web de gTt una encuesta anónima y diseñada para que puedas dar tu opinión con total libertad acerca de la toma de la medicación antirretroviral. Los resultados que obtengamos con las respuestas de todas y todos los daremos a conocer en este mismo sitio web y los presentaremos a diferentes instituciones, profesionales de la medicina y empresas farmacéuticas implicados en el desarrollo de fármacos, en su regulación, prescripción y dispensación.

Queremos que nuestras voces sean oídas por parte de quienes toman decisiones importantes que nos afectan.

Aprovecha, ¡di la tuya!

<http://gtt-adhesion-2010.questionpro.com>

## VIH y tuberculosis

### ¿Qué es la tuberculosis? ¿Una enfermedad del pasado?

La tuberculosis está provocada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Los síntomas de la enfermedad incluyen tos, fiebre, sudores nocturnos y una rápida pérdida de peso. En ocasiones también es conocida como tisis.

La tuberculosis ha causado enfermedad y muerte durante miles de años. No obstante, el número de casos de tuberculosis disminuyó de forma drástica a mediados del siglo XX gracias a mejoras en el nivel de vida, a una mejor salud general, a unos fármacos antituberculosos efectivos y a unos programas de vacunación. De hecho, el progreso realizado frente a la enfermedad fue tan importante que, a mediados de la década de 1980, la mayoría de los países creían que podrían erradicar completamente la tuberculosis.

Esta pretensión resultó ser demasiado optimista y el número de casos de

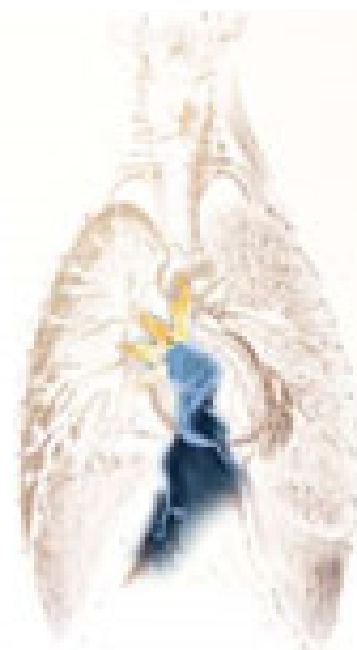
esta enfermedad a escala mundial se ha incrementado, en parte por causa del VIH. La tuberculosis afecta principalmente a adultos jóvenes y a personas de edad avanzada, además de a personas debilitadas por otras enfermedades o desnutridas.

La tuberculosis constituye una enfermedad definitiva de sida en pacientes con VIH y, mundialmente, supone la causa más común de muerte en personas que viven con VIH. En Europa es una de las enfermedades definitivas de sida más habituales, pero en casi todos los casos se dispone de tratamiento.

### Saber más

Si deseas saber más sobre la tuberculosis y el VIH, puedes consultar un nuevo apartado en la web de gTt: [www.gtt-vih.org/aprende/enfermedades\\_y\\_sintomas/vih\\_y\\_tuberculosis](http://www.gtt-vih.org/aprende/enfermedades_y_sintomas/vih_y_tuberculosis). La nueva sección proporciona información básica sobre qué puede suponer para ti la coinfección por VIH y tuberculosis. Incluye información sobre la enfermedad, por qué las personas con VIH pueden ser más vulnerables a dicha infección, cómo puede ser prevenida y tratada, y sobre las interacciones entre

los fármacos antirretrovirales y antituberculosos. Aunque la tuberculosis es la causa más frecuente de mortalidad asociada a sida a escala mundial, tanto la infección por VIH como por *Mycobacterium* pueden ser tratadas con éxito.



# Aceptar la enfermedad

**“Tú no eres accidental: la existencia te necesita. Sin ti, faltará algo en la existencia que nadie puede reemplazar”.**

Osho Rajneesh (1931-1990), filósofo y místico hinduista

Recibir un diagnóstico positivo al VIH puede ser una de las peores noticias con las que pueda encontrarse una persona. Puedes sentir que todo tu mundo se viene abajo y tu vida deja de tener sentido. Es posible que, al principio, niegues el diagnóstico; quizá te llenes de ira, te puedas deprimir, e incluso pienses que se han confundido e intentes negociar para, al final, darte cuenta de que la única salida para volver a retomar tu mundo, tu vida y tu felicidad es la aceptación total de la enfermedad.

A menudo confundimos la aceptación con la resignación, aunque signifiquen cosas bien distintas. Cuando uno se resigna ante un diagnóstico positivo, le está dando un enfoque negativo al problema que le llevará a tomar, tal vez, decisiones erróneas que trabajarán en contra de su salud física, mental y emocional. Resignarse es, en cierta medida, tirar la toalla, aceptar la derrota, dejarse afligir por la sumisión, en definitiva, claudicar y sentirse incapaz de hacer nada para superarlo.

La aceptación, sin embargo, te ayuda a recibir de un modo positivo aquello que viene, lo quieras o no, a tu vida. Aceptar es sentirse responsable de uno mismo, abrir el baúl de los recursos propios y ajenos, y encontrar las herramientas para vencer la batalla. Aceptar es liberarse de las cargas, abrirse a la transformación y empezar un camino nuevo hacia la felicidad. Esto no significa que uno se ponga feliz ante la noticia de que a partir de ese momento vivirá con el VIH, sino que la realidad no se puede cambiar, que no sirve de nada buscar

culpables, que si te deprimes, deprimirás aún más tu sistema inmunitario y no sentirás el ánimo de afrontar la situación y buscar soluciones tanto médicas como psicológicas que te devuelvan el bienestar.

Para practicar la aceptación, hay que dar un paso previo que es la autoaceptación, amarse de manera incondicional a uno mismo tal y como se es. Esto engloba nuestro cuerpo, tanto en la salud como en la enfermedad, nuestra personalidad, nuestras tendencias sexuales y nuestros gustos.

## De la negación a la aceptación

La doctora Elisabeth Kubler-Ross, quien dedicó su vida a cuidar a enfermos terminales y ayudar a los moribundos en el proceso de la muerte, identificó cinco etapas del duelo, que también se pueden aplicar para la aceptación de una enfermedad crónica.

- 1. Negación:** Niegas la enfermedad y no tomas las medidas médicas necesarias para mejorar tu condición.
- 2. Ira:** Estás enfadado con el mundo. Piensas, ¿por qué me ha sucedido a mí?
- 3. Depresión:** Eres consciente de lo que sucede. Ya no sientes ilusión por nada y sólo te apetece llorar. Puedes tener sentimientos autodestructivos.
- 4. Negociación:** Intentas pactar con la enfermedad, pero te das cuenta de que no es posible, no estás en condiciones de negociar.
- 5. Aceptación:** Finalmente, aceptas la enfermedad como una realidad que hay que vivir. Comienzas a tomar una parte activa y comprometida con la nueva condición. La enfermedad se puede vivenciar como una oportunidad para la transformación.



### Manos a la obra

Tanto si has sido recién diagnosticado como si llevas años viviendo con el VIH, aceptar tu situación puede ser muy valioso. Piensa que el VIH es una enfermedad crónica y tienes a tu alcance todas las medidas para mantener tu salud. Si vives en el amor hacia ti, atraerás a tu vida personas, circunstancias y recursos que te apoyarán en cada paso que des. También es posible que algunas personas se queden en el camino, que tus antiguos recursos se queden obsoletos y que entren nuevas situaciones en tu vida; dales la bienvenida. En esta etapa, es muy recomendable que estés abierto al cambio.

Hacer una lista de tus recursos, puede ser un buen comienzo:

- **Ejemplo de recursos internos:** Experiencia, alegría, inteligencia, creatividad, gran capacidad de recuperación física, fortaleza interna, madurez...
- **Ejemplo de recursos externos:** Familia, amigos, pareja, atención sanitaria, medicación antirretroviral, trabajo, dinero, hogar...

También te puede ayudar hacer un ejercicio de autoconocimiento. Respóndete con sinceridad: ¿Quién eres? ¿Cuáles son tus fortalezas y debilidades? ¿Qué es lo que te gusta? ¿Qué es lo que no te gusta? ¿Qué es lo que quieres en tu vida? ¿Qué es lo que no quieres en tu vida?

### Pasos para llegar a la autoaceptación

Para llegar a la autoaceptación, hay que recorrer un camino. Si lo sigues con firmeza, llegarás al amor incondicional, y éste te conducirá a la aceptación de ti mismo y la enfermedad. Estos pasos te pueden ayudar en tu camino:

1. **Canaliza la ira:** Puede ser que estés enfadado y sientas rabia en tu interior. El odio te destruye por dentro y por fuera y amarga el carácter. Un buen modo de canalizar la ira es coger un cojín y golpearlo sin hacerte daño. Deja que salga tu rabia, verbalízala si es necesario y, poco a poco, abandona el resentimiento.
2. **Aprende a perdonar:** Perdonar es sanador; no sólo perdonas a otros, sino que también te perdonas a ti mismo y te permites liberarte del pasado. Perdonar es dejar de emitir juicios negativos hacia ti y otras personas. Las que te hicieron daño actuaron de la única forma que sabían.

3. **Despídete del pasado:** No importa por cuanto tiempo has mantenido una creencia negativa; aquí y ahora puedes cambiar tu vida.

4. **Practica afirmaciones positivas:** Tales como, "me apruebo a mí mismo", "soy importante y soy amado por la vida misma".

5. **Da las gracias:** Todas las mañanas, al levantarte, practica la gratitud y alégrate por todo lo que tienes en tu vida. Visualiza a tus seres queridos, tu hogar, tu trabajo, tu cuerpo, todo aquello que te hace sentir bien y feliz; sentirás como tu corazón se llena de alegría.

6. **Ve al encuentro de tu niño/a interior:** Cierra los ojos, relájate, entra en tu pecho y llama a tu niño/a interior. Dile que le quieres mucho, que eres su amigo incondicional y abrázate a la altura del pecho con ternura y amor. Deja que surja un sentimiento, siéntete como el niño y como el adulto, siente la espontaneidad y la inocencia fusionarse con la madurez y la sabiduría.

7. **Ámate y ama a los/las demás:** El amor sana. Para abrirte al amor, tendrás que deshacerte de tu armadura, dejar de estar a la defensiva, volverte vulnerable, arriesgarte, abandonar tu mente racional y bajar al corazón. Cuando empieces a sentir más que a pensar, habrás perdido el miedo al rechazo. Ese miedo te mantenía alejado/a del amor; ahora ya le has abierto al amor incondicional las puertas de tu corazón. Cuanto más te quieras y cuides de ti mismo/a, más podrás amar y cuidar a los/las demás y más te amarán y cuidarán de ti las y los demás.

8. **Escucha tu voz interior:** Si buscas el silencio en tu interior, escucharás la voz de tu conciencia, que te susurra qué es lo mejor para ti. Tú y sólo tú eres el que debe tomar las decisiones que afecten a tu vida. Escucha a los/las demás, pero decide siempre desde tu interior. Concéntrate en tu respiración durante 5 minutos; así, calmarás tu mente y te será más fácil escucharte.

9. **Elógiate:** Reconoce cada día todo aquello que haces bien.

10. **Practica la autoaceptación:** Eres un ser maravilloso tal y como eres. Recuerda que puedes decir "no" a las demandas ajenas y no necesitas complacer a todos para que te acepten. Mírate diariamente al espejo y di: me quiero.

Tanto si has sido recién diagnosticado como si llevas años viviendo con el VIH, aceptar tu situación puede ser muy valioso. Piensa que el VIH es una enfermedad crónica y tienes a tu alcance todas las medidas para mantener tu salud. Si vives en el amor hacia ti, atraerás a tu vida personas, circunstancias y recursos que te apoyarán en cada paso que des.



Si quieres saber más:

#### Libros

- HAY L. *Usted puede sanar su vida*. Ura-no Ediciones
- TOLLE E. *El poder del ahora*. GAIA Ediciones
- BUCAY J. *El camino de la autodependencia*. Grijalbo

#### Fuentes

- JOHNSON P. *Cómo aceptar y afrontar una enfermedad crónica*. Web Mente Sana, Cuerpo Sano
- BUCAY J. *El camino de la autodependencia*. Grijalbo

## Blog Sanación Positiva VIH

de Raquel Lavado

<http://sanacionpositiva.blogspot.com/>

En este blog encontrarás artículos orientados a conseguir una mejora en la calidad de vida y bienestar tanto físico, mental como espiritual de las personas con VIH/sida. Se tratan temas relacionados con el desarrollo personal, las terapias complementarias, el pensamiento positivo, la comunicación, la sexualidad y la nutrición.

# Especial CROI 2010

Durante el mes de febrero, se celebró en San Francisco (EE UU) la XVII edición de la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas [CROI], una de las citas científicas anuales más importantes en el ámbito de la infección por VIH. En las siguientes páginas os ofrecemos una selección y resumen de los estudios más importantes que allí se presentaron.

alcanzaron la indetectabilidad viral a la semana 24, lo que significa que QUAD se mostró no inferior a Atripla®. Con todo, los participantes que recibieron QUAD redujeron la carga viral de forma más rápida que aquéllos a los que se administró Atripla®; esto puede asociarse al hecho de incluir un inhibidor de la integrasa en el comprimido cuádruple, tal y como ponen de manifiesto otros estudios realizados con raltegravir (Isentress®), otro fármaco de esa misma clase de antirretrovirales. Por ejemplo, después de ocho semanas de tratamiento, cerca de un 80% de las personas que tomaron QUAD tenían la carga viral indetectable, en comparación con un 50% de los que recibieron Atripla®. Por lo que respecta a la seguridad, el comprimido cuádruple consiguió una tasa más baja (35%) de efectos secundarios que Atripla® (57%); la diferencia puede deberse, principalmente, a la mayor frecuencia de efectos adversos sobre el sistema nervioso central asociados al empleo de efavirenz.

## 2. Cobicistat (GS-9350)

El potenciador cobicistat funciona de forma similar a ritonavir (Norvir®), aumentando las concentraciones en plasma de otros antirretrovirales a los que acompaña, pero, a diferencia de éste, no tiene actividad antiviral directa.

Un estudio prospectivo (*abstract 58LB*), doble ciego, doble placebo y con brazo control, en el que participaron pacientes sin experiencia previa en el uso de medicación antirretroviral, comparó 150mg de cobicistat con 100mg de ritonavir, ambos como potenciadores del inhibidor de la proteasa atazanavir (Reyataz®), administrados además junto con tenofovir y emtricitabina (Truvada®).

Los resultados evidencian que cobicistat mostró una eficacia y seguridad similar a ritonavir como potenciador de atazanavir. Las tasas de respuesta virológica fueron muy semejantes en ambos brazos del estudio a la semana 24: en torno a un 85% de los participantes de cada grupo lograron la indetectabilidad viral. Asimismo, las tasas de efectos



## Fármacos en investigación

### 1. QUAD

QUAD es el nombre con el que se conoce un nuevo compuesto, desarrollado por Gilead Sciences, que contiene cuatro fármacos en un único comprimido: tenofovir (Viread®), emtricitabina (Emtriva®), el inhibidor de la integrasa experimental elvitegravir, y cobicistat [antes conocido como GS-9350], un potenciador en investigación de los niveles de elvitegravir. Los resultados de un estudio de fase II (*abstract 58LB*) muestran que QUAD se asoció con tasas elevadas de supresión viral cuando se comparó con Atripla®, el único comprimido comercializado en la actualidad que contiene un régimen antirretroviral completo [efavirenz, tenofovir, emtricitabina].

En este estudio prospectivo, doble ciego, doble placebo y con brazo control participaron pacientes sin experiencia previa en el uso de medicación antirretroviral. El objetivo principal del ensayo fue comparar la tasa de participantes cuyo tratamiento asignado lograba reducir la carga viral a niveles indetectables a la semana 24.

Los resultados revelan que, en términos de eficacia, aproximadamente un 80% de los pacientes de cada grupo



También se expusieron otros enfoques terapéuticos, como por ejemplo los factores de restricción celular: proteínas humanas presentes dentro de las células cuya función es hacer frente a la acción viral a través de diferentes mecanismos.



secundarios fueron bajas y parecidas en ambos brazos: se observó un porcentaje un poco más elevado de náuseas entre los participantes que recibieron cobicistat (10%) en comparación con los que tomaron ritonavir (3%), y una tasa algo más reducida de diarrea en el grupo de cobicistat (6%) que en el de ritonavir (10%). Con todo, los investigadores hallaron que cobicistat tuvo un impacto mayor sobre los marcadores de la función renal, en concreto, se asoció con elevaciones de la creatinina en suero.

Ambos estudios sugieren que cobicistat, ya sea utilizado como potenciador de atazanavir o como potenciador del inhibidor de la integrasa experimental elvitegravir, proporciona tasas elevadas de supresión viral similares a las observadas con el empleo de regímenes estándar. Se espera que todos los aspectos relativos al perfil de toxicidad de cobicistat puedan conocerse mejor en la fase 3 de ambos ensayos clínicos.

### 3. TBR-652

Los antagonistas del correceptor CCR5 son una clase de fármacos antirretrovirales cuyo mecanismo de acción se basa en impedir que el VIH entre en las células CD4 inhibiendo una proteína de la superficie celular conocida como correceptor CCR5. Hasta la fecha, el único medicamento disponible perteneciente a esta familia es maraviroc (Celsentri®).

Los resultados de un ensayo con TBR-652, un antagonista del correceptor CCR5 en investigación, revelan que el medicamento tuvo un efecto antiviral

potente y fue bien tolerado por los participantes (*abstract* 53). El estudio de fase II, de diez días de duración, probó varias dosis de TBR-652. Los descensos más importantes de la carga viral se observaron con la dosificación de una toma diaria de 75mg, que ocasionó, además, un menor número de efectos secundarios.

Por otra parte, este medicamento experimental se mostró prometedor como antagonista del CCR2, un correceptor presente en la superficie de monocitos, células dendríticas inmaduras y células CD4 de memoria. El correceptor CCR2 se ha estudiado y asociado con una variedad de enfermedades relacionadas con procesos inflamatorios, algunas de las cuales son habituales en personas con VIH, como por ejemplo aterosclerosis, síndrome metabólico y resistencia a la insulina. En consecuencia, el equipo de investigadores considera que TBR-652 podría tener unos efectos antiinflamatorios importantes.

### 4. Vicriviroc

Añadir vicriviroc, un antagonista del correceptor CCR5 experimental, a un régimen que cuente al menos con dos fármacos activos no ofrece ningún beneficio adicional. Ésta es la conclusión a la que se llega tras los resultados de un ensayo de distribución aleatoria en el que participaron personas con VIH con una amplia experiencia en el empleo de antirretrovirales (*abstract* 54LB).

En el estudio, un grupo de participantes recibió 30mg de vicriviroc una vez al día en combinación con una terapia de base optimizada (TBO) que incluía un inhibidor de la proteasa y, como mínimo, dos fármacos a los que el VIH de los pacientes fuera susceptible, mientras que a otro grupo de participantes sólo se le administró la TBO y un placebo. Tras 48 semanas de tratamiento, se comprobó que en los dos brazos del ensayo había una cantidad similar de personas que presentaban carga viral indetectable (<50 copias/mL): un 64% en el grupo de vicriviroc y un 61% en el de placebo. La diferencia no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, el antagonista del correceptor CCR5 sí pudo demostrar su eficacia en un grupo de participantes que sólo tenían otro fármaco activo disponible: un 70% en el grupo de vicriviroc y un 55% en el de placebo.

A la vista de estos resultados, Merck, la compañía que en la actualidad desarrolla vicriviroc, ha decidido no solicitar su aprobación en pacientes

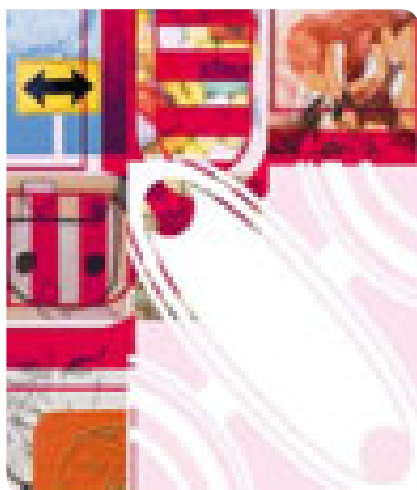
con VIH pretratados a la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EE UU [FDA, en sus siglas en inglés]. No obstante, la farmacéutica continuará con el desarrollo de este inhibidor del correceptor CCR5 en pacientes *naive*, es decir, como parte de un régimen de inicio.

### 5. Nuevos enfoques terapéuticos

Muchos estudios presentados en la CROI coincidieron en el hecho de que con los fármacos actualmente disponibles es muy poco probable la erradicación del VIH. Esto se debe a que los antirretrovirales sólo actúan sobre las células activas y no sobre las células durmientes donde el virus se oculta y permanece en estado latente. Es bien sabido que incluso con una carga viral indetectable después de muchos años de tratamiento, interrumpir la terapia antirretroviral provoca la replicación inmediata del VIH desde las células durmientes donde el virus se oculta, pudiendo alcanzar niveles superiores a las 10.000 copias/mL en el plazo de una semana. Al menos cinco nuevos tipos de fármacos en investigación tienen como objetivo sacar el VIH de las células diana donde permanece en estado latente.

También se expusieron otros enfoques terapéuticos, como por ejemplo los factores de restricción celular: proteínas humanas presentes dentro de las células cuya función es hacer frente a la acción viral a través de diferentes mecanismos, como por ejemplo inhibir genes fundamentales (como *vif*, *gag* ó *vpu*) que el VIH necesita de forma imprescindible para reproducirse o para eludir las defensas celulares. Entre estas proteínas antivirales figuran APOBEC3, TRIM5-alpha y teterina.

Un grupo de investigadores presentó datos sobre un nuevo tipo de inhibidores de la integrasa cuya actividad se basa en la inhibición de una proteína viral llamada LEDGF, que es la encargada de fijar la integrasa al genoma de la célula huésped. El compuesto CX06387 ha proporcionado datos preliminares que revelan una potente inhibición de la interacción entre LEDGF y la integrasa, una baja toxicidad y la ausencia de resistencia cruzada con raltegravir y elvitegravir, dos fármacos de la clase de los inhibidores de la integrasa. Los ensayos con animales ya están en marcha y finalizarán en un año, período tras el cual se contará con mucha más información acerca de CX06387 relativa a su eficacia y seguridad (*abstract* 49).



## Fármacos comercializados

### 1. ACTG 5202: Kivexa® frente a Truvada® y Reyataz® frente a Sustiva®

En esta edición de la CROI, se dieron a conocer los resultados finales del estudio ACTG 5202, un ensayo prospectivo, de reparto aleatorio y a doble ciego, que comparó el uso de las combinaciones de nucleósidos (y nucleótido) tenofovir/emtricitabina (Truvada®) y abacavir/lamivudina (Kivexa®) junto a efavirenz (Sustiva®, y en Atripla® junto a Truvada®) o bien con atazanavir potenciado por ritonavir (Reyataz®/Norvir®) en 1.857 personas con VIH que empezaban por primera vez una terapia antirretroviral, distribuidos en cuatro grupos de tratamiento (*abstract* 59L).

Este estudio ya había proporcionado anteriormente resultados reveladores, siendo el más importante que, en las personas con cargas virales elevadas (>100.000 copias/mL) justo antes de empezar el ensayo, la eficacia virológica [carga viral indetectable] se perdía antes entre las que tomaron abacavir/lamivudina que entre aquéllas que recibieron tenofovir/emtricitabina. Por este motivo, el Comité de Seguimiento de Datos y Seguridad del ensayo decidió que el estudio dejara de ser ciego para esta franja de participantes.

En esta ocasión, se presentaron los resultados de la comparación de Kivexa® y Truvada® entre los participantes que empezaron con cargas virales bajas, así como también la comparación de Sustiva® y Reyataz®/Norvir® en todos los participantes.

La comparación entre abacavir/lamivudina y tenofovir/emtricitabina entre los pacientes que empezaron con cargas virales bajas no mostró diferencias significativas o sustanciales a la hora de reducir la carga viral hasta niveles indetectables tras 96 semanas de tratamiento, tanto si ambas combinaciones se acompañaban de atazanavir/ritonavir como de efavirenz: un 88,3% de los participantes tuvieron carga viral indetectable con Kivexa® y un 90,3% con Truvada® cuando se administraron con Reyataz®/Norvir®; y un 87,4% con Kivexa® y un 89,2% con Truvada®, cuando los participantes recibieron Sustiva®.

La comparación entre atazanavir/ritonavir y efavirenz en todos los pacientes, independientemente de sus cargas virales antes de empezar el estudio, mostró una equivalencia aproximada entre los dos fármacos a la hora de reducir la carga viral hasta niveles indetectables a las 96 semanas de tratamiento: 83,4% con Reyataz®/Norvir® y 85,3% con Sustiva® cuando se administraron junto con Kivexa®, y un 89% con Reyataz®/Norvir® y un 89,8% con Sustiva® cuando los pacientes recibieron Truvada®.

Como era de esperar, la proporción de pacientes que desarrolló mutaciones de resistencia fue bastante más elevada en los grupos que recibieron efavirenz que en los de atazanavir/ritonavir, independientemente de la combinación de análogos de nucleósido/nucleótido utilizada. Se observaron tasas más altas de efectos secundarios entre los participantes que tomaron Kivexa®, probablemente como consecuencia de las reacciones de hipersensibilidad a abacavir.

### 2. ACTG 5224s: Análisis metabólico de ACTG 5202

ACTG 5224s es un subestudio del ACTG 5202 que midió los cambios en la densidad mineral ósea [DMO] de la cadera y de la columna lumbar y la presencia de lipoatrofia [definida como pérdida de grasa igual o superior al 10% desde el inicio del estudio] en un grupo de 296 participantes, que fueron seguidos durante 96 semanas (*abstract* 106LB).

En los cuatro brazos del estudio se observó una pérdida de DMO, que fue peor durante el primer año, para estabilizarse después. Los brazos con la combinación de Truvada® fueron los que registraron una mayor pérdida de densidad mineral ósea tanto en la co-

lumna lumbar como en el hueso de la cadera. Las combinaciones con Reyataz®/Norvir® se asociaron a una mayor pérdida de DMO en la columna lumbar en comparación con Sustiva®, pero esa diferencia no se observó, sin embargo, en el hueso de la cadera.

En cuanto a los cambios en la grasa corporal, en todos los brazos se dieron incrementos de grasa subcutánea en las extremidades a la semana 96, también en todos se produjeron incrementos de grasa en el tronco, lo que, según los investigadores, se interpretó como una vuelta a una cierta normalidad en la distribución de grasas.

Se vieron algunos pocos casos de lipoatrofia en extremidades, con reducciones del 10-20% en el nivel de grasa (5%), que se estabilizaron y no fueron clínicamente significativas. En opinión de los autores del estudio, se trata de una gran noticia, pues para que la lipoatrofia sea perceptible por la propia persona deben darse pérdidas de grasa subcutánea superiores, del orden del 25 al 50%. No se registró ningún caso de lipoatrofia facial que fuera considerado importante. En cualquier caso, este subestudio proporcionará más datos próximamente.

### 3. Darunavir una vez al día en pacientes con experiencia en tratamientos

Darunavir (Prezista®) es un inhibidor de la proteasa cuya dosis recomendada en personas pretratadas es de 600mg junto con 100mg de ritonavir (Norvir®), ambos tomados dos veces al día. No obstante, una serie de pacientes con experiencia en tratamientos que no presentan mutaciones de resistencia asociadas a darunavir podrían beneficiarse de una pauta de dosificación menor: 800/100mg una vez al día, la misma que se utiliza en pacientes *naive* (*abstract* 57).

Ésta es la conclusión a la que llega el estudio ODIN (TMC114-C229), un ensayo abierto, de fase IIIb y de distribución aleatoria, que comparó la eficacia, seguridad y tolerabilidad de 800/100mg de darunavir/ritonavir una vez al día con 600/100mg dos veces al día a la semana 48 en pacientes con VIH pretratados que no presentan mutaciones de resistencia asociadas a estos inhibidores de la proteasa. Los participantes recibieron, además, una terapia de base optimizada (TBO), formada por dos o más análogos de nucleósido. El objetivo principal de este estudio fue demostrar la no inferioridad de la dosificación de una vez al día respecto a la

El estudio no proporcionó datos de eficacia estratificados por mutaciones de resistencia basales a los IP, una información que ayudaría a entender mejor cómo aplicar esta estrategia de cambio de pauta de dosificación de darunavir en la práctica clínica.

de dos veces al día a la semana 48 en esta población de pacientes.

Un 45% de los participantes nunca habían tomado inhibidores de la proteasa, la mayoría no tenían mutaciones primarias de resistencia a estos inhibidores y un 85% presentaban sensibilidad a ocho fármacos de esta clase de antirretrovirales. Aproximadamente un 70% contaban con dos o más fármacos activos en su terapia de base optimizada. Los resultados muestran que, a las 48 semanas, un 72,1% de los participantes que tomaron Prezista®/Norvir® una vez día y un 70% de los que lo hicieron dos veces al día lograron reducir sus cargas virales hasta niveles indetectables (<50 copias/mL).

Esta similitud de los resultados puede ser debida a que la mayoría de participantes pretratados incluidos en este ensayo no tenían mutaciones de resistencia a los inhibidores de la proteasa antes de empezar el estudio. En la vida real, probablemente, las personas que presentan tal tipo de resistencia son las que tendrían más dificultades para reducir la dosis del fármaco y la pauta de dosificación en términos de respuesta virológica. El estudio no proporcionó datos de eficacia estratificados por mutaciones de resistencia a los inhibidores de la proteasa antes de iniciar el ensayo, una información que ayudaría a entender mejor cómo aplicar esta estrategia de cambio de pauta de dosificación en la práctica clínica.

Por lo que respecta a la seguridad, la dosificación de darunavir/ritonavir una vez al día se asoció con tasas más bajas de efectos secundarios gastrointestinales y de elevaciones lipídicas y de enzimas hepáticas.

#### 4. Raltegravir (Isentress®)

Los responsables del STARTMRK, un ensayo multicéntrico, a doble ciego y de distribución aleatoria que compara el uso de raltegravir (Isentress®) con efavirenz (Sustiva®), ambos administrados junto con tenofovir/emtricitabina (Truvada®), ofrecieron los resultados de un análisis que examinó los cambios metabólicos y en la composición corporal observados en los participantes del estudio a las 96 semanas de tratamiento (*abstract 720*).

Los resultados revelan que, a la semana 96, raltegravir mostró un impacto inferior a efavirenz sobre los niveles de glucosa y lípidos sanguíneos, tanto en lo que respecta al colesterol total, LDL (o colesterol 'malo'), HDL (o colesterol 'bueno') y los triglicéridos.

Los cambios en la composición corporal, evaluados mediante escáneres de absorciometría dual de rayos X [ó DEXA, en sus siglas en inglés] en un subgrupo de participantes de ambos grupos, evidenciaron un perfil similar de los dos fármacos a la semana 96 de estudio. La mayoría de pacientes experimentaron un ligero incremento de grasa, y sólo tres de los 37 evaluados en el grupo con raltegravir y dos de los 38 examinados en el grupo con efavirenz presentaban una pérdida de grasa de más del 20% en la zona apendicular.

Estos datos ponen de manifiesto que Isentress® tiene un perfil metabólico favorable, un poco mejor que Sustiva®, y que ambos antirretrovirales se asocian con mínimos cambios en la composición corporal.

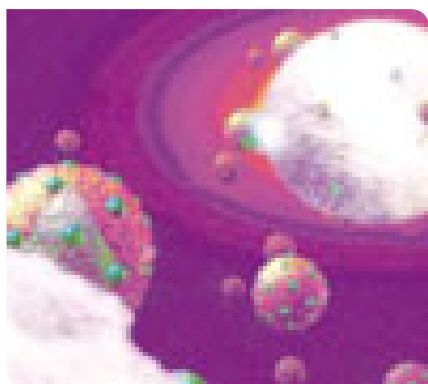
Por otro lado, los resultados del estudio STARTMRK muestran tasas parecidas de carga viral indetectable (<50 copias/mL) a las 192 semanas en ambos grupos de tratamiento. El cambio en el recuento de CD4 se relacionó con la reducción de la carga viral en la octava semana del estudio, lo que constituiría un factor de predicción. Cada logaritmo de disminución de la viremia en la semana 8 se correspondió con un incremento de 145 células/mm<sup>3</sup> en el grupo con raltegravir y con uno de 131 células/mm<sup>3</sup> en el de efavirenz. La tasa de efectos secundarios entre los participantes que tomaron raltegravir fue de un 55% en comparación con un 76% observado entre aquéllos que recibieron efavirenz. Los efectos secundarios neuropsiquiátricos fueron menos habituales en el grupo con raltegravir (38%) que en el de efavirenz (63%). No se advirtieron acontecimientos adversos graves en el grupo que tomó Isentress® (*abstract 514*).

En otro orden de cosas, se dieron a conocer los datos sobre eficacia y seguridad de raltegravir en personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis B (VHB) y/o C (VHC) que participaron en los estudios STARTMRK —en pacientes sin experiencia previa en el uso de tratamientos— y BENCHMRK 1 y 2 —en pacientes pretratados— (*abstract 662*). Los resultados de este análisis a 96 semanas revelan que raltegravir se mostró eficaz tanto en coinfectados por VIH y VHB y/o VHC como en mono infectados sólo por VIH. Sin embargo, se observaron elevaciones de grado 2, 3 y 4 de las enzimas hepáticas con más frecuencia en los pacientes coinfectados que en los mono infectados, aunque esta diferencia se pudo apreciar tanto en el grupo que recibió raltegravir como en el que tomó el fármaco comparador.

Con todo, los datos apuntan a que Isentress® puede ser una opción terapéutica apropiada también para las personas coinfectadas por el VIH y las hepatitis virales.



## Replicación viral e intensificación del tratamiento



Es bien sabido que la terapia antirretroviral funciona realmente bien reduciendo y manteniendo la carga viral en niveles indetectables (por debajo de 50 copias/mL) en la mayoría de personas con VIH. Se calcula que, del total de pacientes que alcanzan este bajo nivel de viremia, sólo un 5% podrían experimentar un rebote de la carga viral al año.

Los investigadores se han preguntando si podría reducirse todavía más la viremia y, en caso afirmativo, cuál sería el enfoque terapéutico más apropiado. Asimismo, otro interrogante que se plantean es cuál sería la importancia clínica de los repuntes pasajeros de la carga viral.

Algunos estudios que han examinado a fondo el comportamiento de la viremia en personas con niveles muy bajos de replicación viral han proporcionado hallazgos interesantes que podrían responder estos interrogantes.

Primero, aunque es probable que la carga viral de la mayoría de las personas fuese detectable utilizando un test con una sensibilidad de 1 copia/mL, existen indicios que apuntan que, probablemente, alrededor de un 50% de los pacientes tienen un nivel de viremia inferior a 5 copias/mL, lo que significa que, hasta empleando una prueba ultrasensible, existe todavía un grado de replicación del VIH muy bajo en el organismo. Segundo, en estos bajos niveles de carga viral, el virus de un paciente es estructuralmente igual al que tenía antes de empezar el tratamiento, lo que parece indicar que, incluso después de haber transcurrido muchos años, el VIH no ha evolucionado o mutado durante ese tiempo.

Estos hallazgos han llevado a los investigadores a pensar que el virus que se replica a niveles muy bajos en

personas con carga viral indetectable en plasma procede, probablemente, de la activación de las células latentes donde el VIH permanece oculto, y no de ciertos compartimentos del cuerpo humano en los que el virus no ha dejado de replicarse y a los que no pueden acceder los antirretrovirales hoy en día disponibles.

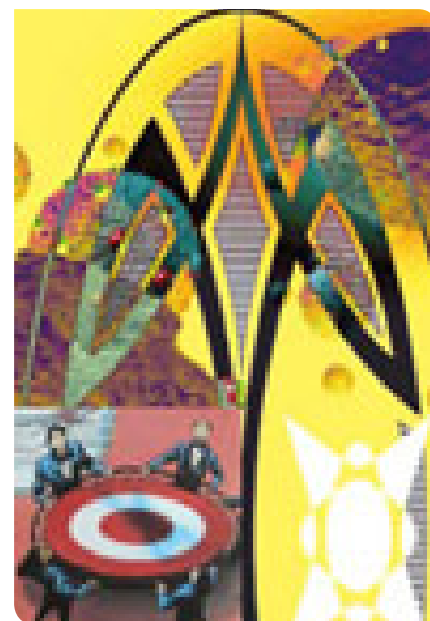
Por otra parte, los resultados de algunos estudios muestran que intensificar el régimen antirretroviral añadiendo un fármaco más no proporciona ningún efecto en personas con niveles de carga viral inferiores a 5 copias/mL. El resultado fue el mismo independientemente del fármaco agregado: efavirenz (Sustiva®), lopinavir/ritonavir (Kaletra®), maraviroc (Celsentri®) o raltegravir (Isentress®); o del medio analizado: la sangre, los fluidos genitales o el líquido cefalorraquídeo. Por ello, los expertos consideran que la terapia antirretroviral disponible en la actualidad ofrece el máximo nivel de potencia. Podrían confeccionarse regímenes que quizá actúen con mayor rapidez (como por ejemplo incluyendo un inhibidor de la integrasa), mejorarse las formulaciones (por ejemplo, combinaciones a dosis fijas en un solo comprimido) o reducirse los efectos secundarios, pero la terapia antirretroviral actual, pese a que no logre eliminar el VIH del organismo, no necesita ser más potente.

Se requiere más investigación que dilucide qué sucede con niveles de carga viral entre 5 y 50 copias/mL. Dado que las mutaciones de resistencia rara vez se desarrollan con niveles de viremia por debajo de 50 copias/mL, es poco probable que los resultados que puedan obtenerse de futuros estudios logren tener una implicación clínica relevante.

Merece la pena destacar algunos estudios que examinaron el papel de los repuntes transitorios de la carga viral (*blips*) en personas con viremia indetectable en plasma. Un estudio realizó un seguimiento durante dos años de pacientes con VIH y los clasificó en cuatro grupos: 1. Pacientes con supresión de la carga viral completa (<50 copias/mL, durante los 24 meses); 2. Pacientes con viremia detectable pasajera (inferior a 50 copias/mL durante  $\geq 75\%$  de los 24 meses y entre 50 y 1.000 copias/mL el tiempo restante del seguimiento); 3. Pacientes con viremia detectable a corto plazo (<50 copias/mL durante 25-75%

de los 24 meses y carga viral detectable el tiempo restante de seguimiento), y 4. Pacientes con carga viral detectable a largo plazo (inferior a 50 copias/mL durante  $\leq 25\%$  de los 24 meses y viremia detectable el tiempo restante de seguimiento).

Los resultados revelan que los pacientes que experimentaron repuntes pasajeros de la carga viral (entre 50 y 1.000 copias/mL durante menos del 25% del período de seguimiento) tuvieron el mismo riesgo de complicaciones graves que los participantes que habían mantenido la carga viral indetectable durante todo el tiempo de estudio. Y a la inversa: cuanto más frecuentes y elevados fueron los repuntes, mayor fue el riesgo de rebote duradero de la viremia, de complicaciones y de muerte, lo que subraya, en este escenario, la importancia de modificar el tratamiento para alcanzar y mantener la indetectabilidad viral.



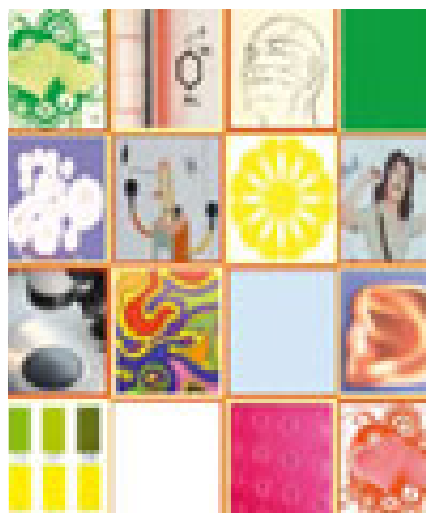


## Enfermedad cardiovascular y cáncer

La enfermedad cardiovascular ha sido uno de los principales motivos de preocupación durante los últimos diez años. La noticia más optimista al respecto es que el tratamiento, en su conjunto, tiene un efecto protector sobre el desarrollo de esta enfermedad. Sin embargo, dado que la terapia también aumenta algunos factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (como por ejemplo los niveles de colesterol), las estrategias sobre cómo reducir el riesgo se han centrado más en recomendar cambios en el estilo de vida [del mismo modo que se hace en la población general: dieta, ejercicio, dejar de fumar, y el uso de medicamentos para reducir los niveles de lípidos], y no tanto en un posible cambio de los medicamentos antirretrovirales que más se asocian con el riesgo cardiovascular.

Un estudio transversal (o de prevalencia) examinó los factores precoces de riesgo funcional de enfermedad cardiovascular en 80 hombres con viremia indetectable que estaban tomando tratamiento antirretroviral (*abstract 707*). Los participantes formaban parte de la cohorte SCOPE, un estudio que evalúa a pacientes con VIH que empiezan a recibir tratamiento con recuentos bajos de CD4 en la fase crónica de la infección por VIH, y de la cohorte OPTIONS, un ensayo que examina a pacientes que inician la terapia antirretroviral en la fase aguda de la infección. El riesgo cardiovascular se evaluó a través de la rigidez arterial (haciendo uso de un análisis de la onda del pulso) y de la velocidad de la onda del pulso carótida-femoral. Tras ajustar tanto por factores tradicionales de riesgo cardiovascular como por covariables asociadas al VIH, un recuento de CD4 nadir (el más bajo alcanzado) inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> se asoció de forma independiente con un incremento significativo de la rigidez arterial y de la velocidad de la onda del pulso, lo que implica un aumento del riesgo cardiovascular. Un análisis multivariable reveló que, entre otros factores significativos de un aumento de la velocidad de la onda del pulso, figuran: la edad, la presión arterial sistólica y diastólica y la diabetes. Un dato que merece la pena destacar es que la rigidez arterial no se vio afectada por la duración del tratamiento anti-VIH, por el empleo de la familia de fármacos de los inhibidores de la proteasa ni por el uso de abacavir, que algunos estudios han re-

lacionado con un incremento del riesgo cardiovascular. Estos hallazgos parecen sugerir que retrasar el comienzo de la terapia antirretroviral de gran actividad [TARGA] podría aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria arterial, a pesar de la posterior utilización de una terapia antirretroviral eficaz.



### Células de los vasos sanguíneos

La disfunción endotelial es un fenómeno que suele producirse cuando las células de los vasos sanguíneos (las células endoteliales) no trabajan de forma adecuada, lo que podría dificultar el flujo de la sangre a través de las venas. Esta afección se da con frecuencia antes del endurecimiento de las arterias o aterosclerosis. Un estudio evaluó la función endotelial, a través de la dilatación de la arteria braquial mediada por flujo y de los niveles de la proteína C reactiva de alta sensibilidad —un marcador de inflamación—, en 98 personas con VIH con carga viral indetectable que estaban tomando tratamiento antirretroviral y 32 personas sin VIH, en calidad de controles (*abstract 708*). Los resultados muestran que en los participantes con VIH se halló disfunción endotelial y que los niveles de proteína C reactiva de alta sensibilidad fueron más predictivos del deterioro de dicha función que los factores de riesgo tradicionales. Este ensayo indica que las personas con VIH, incluso las que están tomando una terapia antirretroviral eficaz y tienen la carga viral indetectable, presentan un riesgo incrementado de enfermedad



cardiovascular, que podría ser consecuencia de la inflamación crónica producida por la infección por VIH y exacerbada, tal vez, por el uso de ciertos fármacos antirretrovirales.

El estudio D:A:D (*abstract 124*), que contiene los historiales médicos de más de 33.000 personas con VIH seguidas durante un período de siete años, encontró que un nivel elevado de triglicéridos se asoció con un mayor riesgo de padecer un ataque cardíaco. Se registraron un total de 580 ataques al corazón y se comprobó que el riesgo de sufrirlo se incrementó al aumentar los niveles de triglicéridos. Esta relación entre unos mayores niveles de triglicéridos y el aumento del riesgo de sufrir un ataque cardíaco se mantuvo incluso después de que los investigadores tuvieran en consideración factores tradicionales de riesgo de padecer una cardiopatía, como tener antecedentes familiares, el hábito de fumar y los niveles elevados de colesterol. Cada vez que se duplicó el nivel de triglicéridos, se registró un aumento del 11% en el riesgo de sufrir un ataque al corazón. No obstante, el equipo de investigadores no estaba seguro de que el empleo de medicamentos para disminuir los niveles de triglicéridos [como los fibratos] produjera una reducción sustancial del riesgo de ataque cardíaco.

Otro análisis del estudio D:A:D (*abstract 124*) halló que, en personas seropositivas, dejar de fumar proporciona un efecto similar en términos de reducción del riesgo cardiovascular al observado en aquellas personas sin VIH. Y lo que todavía es más llamativo, los resultados evidencian que dicha reducción del riesgo se produjo tan sólo a los 2-3 años después de dejar el tabaco.

Continúa en pág. 42

Asimismo, otro estudio que examinó los efectos del tabaco en las personas con VIH (*abstract* 30) concluyó que, en esta población de pacientes, fumar constituye un factor de riesgo de desarrollar cáncer de pulmón mucho mayor que el propio virus. Los autores compararon las tasas de cáncer de pulmón en personas con VIH con las observadas en pacientes sin el virus, del mismo sexo y edad. Aunque el propio VIH pareció incrementar el riesgo de sufrir cáncer de pulmón, este aumento fue pequeño en comparación con el relacionado con el hábito de fumar.



Por otra parte, los resultados de tres estudios son contundentes respecto al mayor riesgo de que las personas con VIH —que viven más tiempo gracias al tratamiento antirretroviral— acaben desarrollando, a lo largo de su vida, algunos cánceres no relacionados de forma directa, hasta ahora, con el sida; es decir, que no figuran en la lista de enfermedades definitorias de este síndrome. Además del sarcoma de Kaposi —incluido en esta lista desde el principio de la epidemia—, el cáncer de ano, de boca y garganta, de pulmón o el linfoma de Hodgkin se suman a la lista de enfermedades posiblemente relacionadas con la inmunosupresión asociada a la infección por VIH (*abstracts* 27, 28 y 30).

Sobre la base de todos estos resultados, los enfoques terapéuticos para prevenir éstas y otras enfermedades no asociadas a sida precisarán tomar en consideración la necesidad del inicio temprano del tratamiento para controlar la viremia y la inflamación producidas por la infección, la selección de antirretrovirales que no aumenten los riesgos de desarrollar dichas enfermedades y, probablemente, el uso de medicamentos adicionales para tratar la inflamación subyacente que persiste a pesar del uso eficaz de la terapia anti-VIH.

## Complicaciones óseas

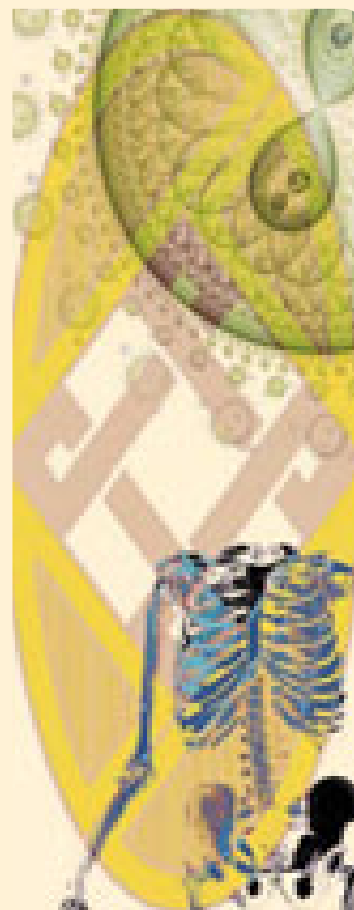
La osteopenia (densidad mineral ósea [DMO] reducida) y la osteoporosis (evolución de la osteopenia, de mayor gravedad) son afecciones que están apareciendo con frecuencia entre personas que tienen VIH. La infección crónica por el virus de la inmunodeficiencia humana y el empleo de determinados antirretrovirales han demostrado una influencia directa en su desarrollo. El envejecimiento de la población con VIH está, además, contribuyendo al aumento de la incidencia de estas enfermedades, ya que la menopausia y la edad son factores que incrementan el riesgo de padecer osteopenia y osteoporosis.

Aunque la reducción de la densidad mineral ósea se ha observado en muchos ensayos clínicos, dicha disminución no se había asociado con un aumento real en el riesgo de fracturas. Sin embargo, en esta edición de la CROI varios estudios han encontrado que la relación entre el VIH y el riesgo de fracturas es distinta en hombres y mujeres.

Un ensayo de EE UU que contó con hombres veteranos del ejército mostró que aquéllos que tenían VIH presentaban un riesgo ligeramente superior de sufrir fracturas (*abstract* 129). No obstante, una investigación que contó con mujeres más jóvenes encontró que la infección por VIH no supuso ninguna diferencia real en cuanto al riesgo de fracturas (*abstract* 130).

En el primer estudio, un equipo de investigadores estadounidenses comparó el riesgo de fracturas por fragilidad (las vinculadas a una baja densidad ósea) entre 40.000 hombres con VIH y otros 80.000 sin el virus. Se vio que los varones con VIH tuvieron una probabilidad un 38% superior de presentar dichas fracturas. Entre los factores de riesgo se incluyeron una edad mayor, un peso corporal reducido, el consumo de alcohol y el daño cerebral. Sin embargo, unos recuentos de CD4 más elevados estuvieron relacionados con un riesgo menor de sufrir fracturas.

El estudio, que monitorizó las tasas de fracturas a lo largo de cinco años en mujeres más jóvenes con y sin VIH, puso de manifiesto que dichos valores fueron esencialmente similares entre ambos grupos de mujeres (9% y 7%). Entre la población femenina seropositiva, tener un historial de enfermedades graves asociadas al VIH y una edad mayor fueron factores relacionados con un aumento del riesgo de fracturas.



## Problemas renales

Los resultados de un análisis del estudio EuroSIDA han evidenciado que las personas con VIH que incluyen tenofovir (Viread®, y también en Truvada® y Atripla®) en su régimen antirretroviral tienen más probabilidades de desarrollar problemas renales crónicos (*abstract 107LB*). Se sabe que entre las personas con VIH se observan tasas más elevadas de enfermedad renal que en la población general, y que el VIH sin tratar constituye un factor de riesgo de desarrollar patología en los riñones.

Se ha producido mucho debate acerca de la contribución de los medicamentos antirretrovirales en el desarrollo de esta dolencia. Con el fin de arrojar un poco más de luz sobre este asunto, los investigadores de la cohorte EuroSIDA decidieron realizar un seguimiento de la función renal en 16.500 pacientes con VIH, a lo largo de un promedio de cuatro años. Durante este tiempo, algo más del 3% de los participantes desarrollaron problemas renales.

Las tasas de disfunción renal fueron más elevadas entre las personas tratadas con tenofovir. El equipo de investigadores también descubrió que las tasas de problemas de riñón fueron superiores entre los pacientes que recibieron atazanavir (Reyataz®) e indinavir (Crixivan®). Asimismo, en relación con los problemas de riñón también desempeñaron un papel importante los factores de riesgo tradicionales de sufrir enfermedad renal, tales como la hipertensión y la diabetes. Tener un estado más avanzado de la infección por VIH también constituyó un factor de riesgo.

Uno de los grupos de pacientes a los que se anima especialmente a iniciar el tratamiento antirretroviral de forma temprana es el formado por las personas que presentan factores de riesgo de sufrir problemas renales. Dado que en la actualidad se dispone de más de veinte medicamentos antirretrovirales distintos, es posible adaptar el tratamiento y evitar el uso de aquéllos que presentan el mayor riesgo de provocar dolencias renales, en el caso de que el paciente muestre signos de disfunción renal.



## Trastorno neurocognitivo

Los resultados del estudio CHARTER han revelado que los problemas neurocognitivos (como pérdida de memoria, mala concentración y lentitud de reacciones) son más habituales en personas que tuvieron unos recuentos de CD4 muy bajos antes de empezar el tratamiento (*abstract 429*).

Con el fin de evaluar si el inicio temprano de la terapia antirretroviral podría prevenir los trastornos neurocognitivos asociados al VIH, los investigadores de este estudio examinaron la correlación entre tales desórdenes y el recuento de CD4 nadir [el recuento más bajo alcanzado]. De los 1.525 pacientes con VIH que recibieron una valoración neurofisiológica, se halló que 799 personas (52,4%) tenían trastornos neurocognitivos, de las cuales 603 no mostraban ningún otro factor que pudiera contribuir a tal deterioro (como por ejemplo, otras infecciones o enfermedades oportunistas). Un total de 1.089 pacientes (71%) estaban tomando tratamiento antirretroviral, de los cuales 589 tenían carga viral indetectable (<50 copias/mL). Entre los 799 pacientes con daño neurocognitivo asociado al VIH, la mayoría (71,0%) tenían un daño asintomático, el 24,5%, un desajuste neurocognitivo de poca importancia, y sólo un 4,5%, demencia relacionada con el VIH.

Los análisis revelan que un nivel más alto en los recuentos de CD4 nadir fue el único factor asociado con unas menores tasas de desajustes neurocognitivos. No se observó dicha relación con los recuentos de CD4 actuales. El daño fue significativamente menos habitual en los pacientes con unos recuentos de CD4 nadir  $\geq 350$  células/mm<sup>3</sup>, en comparación con aquéllos que los tuvieron por debajo de 50 células/mm<sup>3</sup>. La relación entre recuentos nadir y daño siguió siendo significativa después de tener en cuenta la carga viral, la edad, el sexo, el origen étnico y la duración de la infección por VIH.

El deterioro neurocognitivo persistió en muchos participantes, a pesar del uso eficaz del tratamiento antirretroviral, que se constató por la indetectabilidad de la carga viral y una buena respuesta inmunitaria.

Como este estudio se basó en datos retrospectivos, el equipo de investigadores declaró que sería necesario llevar a cabo un ensayo clínico con control para confirmar estos hallazgos. Sin embargo, los resultados sugieren claramente que iniciar la terapia antirretroviral antes de que los recuentos de CD4 desciendan por debajo de 350 células/mm<sup>3</sup> puede proteger frente a la aparición posterior de desajustes neurocognitivos relacionados con el VIH, los cuales, en muchos pacientes que los desarrollan, no son reversibles con el empleo de un tratamiento eficaz.

## Coinfección por VIH y VHC



Un buen número de estudios presentados en la CROI nos permiten conocer mejor aspectos relativos a los mecanismos de infección, tratamiento y manejo de la infección por el virus de la hepatitis C en personas con VIH.

Los resultados de un ensayo mostraron que las jeringuillas pueden contener niveles detectables del virus de la hepatitis C (VHC) hasta 63 días después de haberlas usado, lo que subraya la importancia de no compartir jeringuillas y de realizar un uso de drogas más seguro. (*abstract* 168).

Es bien sabido que la infección por VIH modifica la historia natural de la infección crónica por VHC, provocando una progresión más rápida de la fibrosis y el desarrollo de cirrosis y enfermedad hepática terminal. Varios estudios han mostrado con anterioridad que, en personas coinfectadas por VIH y VHC, conseguir una respuesta virológica sostenida (RVS) al tratamiento contra la hepatitis C reduce a medio y largo plazo el riesgo de desarrollar complicaciones hepáticas y de muerte asociadas al hígado. En esta edición de la CROI, un equipo de investigadores españoles ha presentado los resultados de un estudio que evaluó el impacto a largo plazo de la erradicación del VHC a través del empleo de interferón pegilado y ribavirina sobre la progresión del VIH y la mortalidad no asociada a enfermedad hepática (*abstract* 167).

De las 1.428 personas coinfectadas por VIH y VHC incluidas en el estudio, un 36% (n= 520) lograron una RVS al tratamiento para la hepatitis C frente a un 64% (n= 908) que no consiguieron responder a la terapia. Después de una mediana de seguimiento de 46,6 meses tras la interrupción del tratamiento, los investigadores encontraron que, en comparación con los pacientes que habían alcanzado una RVS, en los no respondedores se daba no sólo una frecuencia significativamente más elevada

de complicaciones hepáticas y de muertes asociadas al hígado, sino también una frecuencia más alta desde el punto de vista significativo de nuevos acontecimientos definitorios de sida y mortalidad relacionada con hepatopatía.

A pesar de que ambos grupos de pacientes coinfectados (no respondedores y respondedores) consiguieron inhibir de forma completa la replicación del VIH durante el período de seguimiento, la proporción de participantes con inmunosupresión grave fue más elevada en el grupo de no respondedores que en el de pacientes que habían tenido una RVS al tratamiento anti-VHC.

Según los investigadores, sus hallazgos sugieren que la erradicación de la hepatitis C después del tratamiento con interferón pegilado y ribavirina en personas coinfectadas reduce no sólo las complicaciones y la mortalidad asociada al hígado, sino también la progresión del VIH y la muerte no relacionada con enfermedad hepática. En su opinión, estos hallazgos podrían ser consecuencia tanto de una respuesta inmunitaria más pobre que no depende del control del VIH como de las complicaciones derivadas de la detectabilidad del VHC en los pacientes que no logran una respuesta virológica sostenida a la terapia con interferón pegilado y ribavirina.

### Mejores factores pronóstico

Es probable que pudiera utilizarse una prueba genética para predecir qué personas tienen más probabilidades de responder al tratamiento con interferón pegilado y ribavirina. El uso de esta prueba podría tener importantes implicaciones en la práctica clínica: dado que la respuesta a la terapia anti-VHC es más baja en personas coinfectadas que en aquéllas que sólo tienen VHC, y como los pacientes toleran con dificultad el tratamiento actual, es crucial la identificación de mejores factores pronóstico de respuesta al tratamiento que ayuden a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre al inicio de la terapia anti-VHC.

En este sentido, hace poco se descubrió que la presencia de un polimorfismo genético localizado cerca del gen IL28B (rs12979860) se asocia estrechamente con la respuesta al tratamiento en personas mono infectadas por el genotipo 1 del VHC. Los estudios espuestos en esta edición de la CROI han explorado si la presencia de este poli-

Según los investigadores, sus hallazgos sugieren que la erradicación de la hepatitis C después del tratamiento con interferón pegilado y ribavirina en personas coinfectadas reduce no sólo las complicaciones y la mortalidad asociada al hígado, sino también la progresión del VIH y la muerte no relacionada con enfermedad hepática.

El polimorfismo predice también la respuesta a la terapia en personas coinfectadas por VIH y VHC, independientemente del genotipo viral.

Un estudio presentado por investigadores españoles (*abstract* 165LB) evaluó a un grupo de 198 pacientes coinfectados que completaron el tratamiento anti-VHC, de los cuales 106 obtuvieron una respuesta virológica sostenida y 92 no respondieron al tratamiento. La tasa general de RVS en este grupo de pacientes fue de un 46%. Los participantes dieron su consentimiento informado para que se les pudiera realizar la prueba genética que identifica la presencia del polimorfismo. De los 198 pacientes, se incluyeron 164 en el análisis final (90 con RVS y 74 no respondedores). La distribución de genotipos del VHC fue la siguiente: genotipo 1 en un 58% de los pacientes, genotipo 3 en un 31% y genotipo 4 en un 11%. Los resultados ponen de manifiesto que la tasa de respuesta virológica sostenida fue significativamente más elevada en personas que presentaban el polimorfismo (CC) que en aquéllas que no lo mostraban (CT/TT) para todos los genotipos del VHC.

Los autores señalan que un análisis multivariable reveló que el genotipo CC fue un factor pronóstico claro de respuesta virológica sostenida, independientemente de otros factores pronóstico bien conocidos, como por ejemplo el genotipo 3 del VHC, una carga viral del VHC antes del tratamiento por debajo de 600.000 UI/mL y un estadio de fibrosis inferior a F3-F4. Sobre la base de estos resultados, el equipo de inves-

tigadores indica que el empleo de una prueba genética que detecte la presencia de este polimorfismo podría desempeñar un papel fundamental a la hora de tomar decisiones clínicas acerca del manejo de la hepatitis C en personas coinfectadas.

En el pasado, diversos estudios han mostrado la presencia significativa de interacciones y de acumulación de toxicidad entre algunos fármacos antirretrovirales de la clase de los análogos de nucleósido (ITIN) y el tratamiento anti-VHC [interferón pegilado y ribavirina].



Como consecuencia de ello, en la actualidad, didanosina (ddl, Videx®) está contraindicada en pacientes con cirrosis y se debería evitar en personas con enfermedad hepática menos grave.

Estavudina (Zerit®) y zidovudina (AZT, Retrovir®; también en Combivir® y Trizivir®) tendrían también que eludirse en la medida de lo posible como consecuencia del riesgo de desarrollar lipodistrofia y anemia. Más recientemente, algunos estudios habían sugerido que la toma conjunta de abacavir (Ziagen®; también en Trizivir® y Kivexa®) y ribavirina —dado que ambos fármacos utilizan la misma vía, y por tanto compiten para activarse en el interior de las células— podría comprometer la eficacia del tratamiento para el VHC.

Con el fin de arrojar un poco más de luz en torno a esta cuestión, en esta edición de la CROI se presentaron los resultados de un estudio español que analizó el efecto de los fármacos antirretrovirales sobre la respuesta virológica sostenida al tratamiento contra la hepatitis C en 1.701 personas coinfectadas que habían recibido interferón pegilado y ribavirina (*abstract 663*).

En total, 641 pacientes (38%) lograron una respuesta virológica sostenida. Tres factores se asociaron de forma independiente con un incremento de la probabilidad de alcanzar tal respuesta: genotipos 2/3 del VHC, una carga viral del VHC inferior a 500.000 UI/mL y ausencia de enfermedades definitivas de sida. Un 43,7% de los participantes que estaban tomando tratamiento antirretroviral lograron una RVS en comparación con un 36,9% de los que no recibían TARGA; la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Los resultados sugieren que, a excepción de los regímenes que incluyeron zidovudina, los fármacos antirretrovirales (incluido abacavir) no tuvieron un efecto significativo sobre la respuesta virológica sostenida a interferón pegilado y ribavirina en personas coinfectadas por VIH y VHC. Tampoco los investigadores hallaron que abacavir tuviese un impacto negativo sobre la respuesta al tratamiento anti-VHC incluso en pacientes con peor factor pronóstico, como por ejemplo los portadores de los genotipos 1/4 y las personas con niveles de carga viral del VHC elevados.

Los resultados del estudio PARADIGM (*abstract 664*) también muestran tasas más elevadas de anemia entre los efectos secundarios comunicados por los pacientes que recibieron tratamiento anti-VHC y que además estaban tomando zidovudina (AZT) como parte de su terapia antirretroviral. Como consecuencia de ello, el uso concomitante de AZT se asoció con un incremento en la tasa de ajustes en la dosis de ribavirina: un 45% de las personas que recibieron la dosis de 1.000/1.200 mg/día de ribavirina tuvieron que modificar la dosis, frente a un 25% de los que tomaron la dosis de 800 mg/día del mismo fármaco.

En conclusión, ambos estudios subrayan que la toma conjunta de AZT y ribavirina debería evitarse. Por otro lado, abacavir o tenofovir junto con lamivudina (3TC) o emtricitabina (FTC) no parecen tener un efecto significativo sobre la respuesta virológica sostenida al tratamiento contra el VHC.

## Esperanza de vida

Dos estudios pusieron de manifiesto que, con el tratamiento y la atención adecuados, muchos pacientes con VIH pueden esperar disfrutar de una esperanza de vida normal, o casi normal.



Un equipo de investigadores holandeses realizó el seguimiento de la tasa de mortalidad entre 1998 y 2008 de más de 4.000 pacientes con un diagnóstico reciente de VIH (*abstract 526*). La tasa de muerte fue de aproximadamente de un fallecimiento por cada 150 persona-años de seguimiento. A partir de este dato, los autores del estudio calcularon la esperanza de vida general. Se concluyó que si una persona era diagnosticada de VIH con 25 años de edad, su esperanza de vida era de otros 52, siendo la edad de fallecimiento prevista de 77 años. Este dato fue casi idéntico al de la esperanza de vida de una persona sin VIH en la población general holandesa.

En otro estudio, un equipo de investigadores europeos efectuó el seguimiento de la tasa de mortalidad de más de 80.000 pacientes (*abstract 527*). Se comprobó que los hombres que tenían un recuento de CD4 superior a 500 células/mm<sup>3</sup> y que no eran usuarios de drogas inyectables presentaron una tasa de mortalidad idéntica a la de sus iguales sin VIH. En el caso de las mujeres con VIH, se detectó una tasa de muerte más alta, pero los responsables del ensayo consideran que esta observación estuvo relacionada con factores sociales, económicos y conductuales.

## Tratamiento como prevención del VIH

Uno de los temas que cada vez gana más peso en las conferencias es el papel que está desempeñando el tratamiento antirretroviral a la hora de reducir la transmisión del VIH. Los resultados de varios estudios ponen de manifiesto que las personas con VIH que están tomando un tratamiento eficaz son menos infectivas o, dicho de otro modo, tienen menos probabilidades de transmitir el virus a otras personas.

La carga viral es, probablemente, el factor de riesgo más significativo en cualquier tipo de transmisión. Ya se produzca ésta por vía sexual, por compartir material de inyección de drogas, durante el embarazo, el parto o la lactancia, o por exposición sanguínea de cualquier tipo, cuanto más elevada sea la carga viral, mayor es el riesgo. La toma de una terapia antirretroviral disminuye la carga viral tanto en sangre como en los fluidos genitales; esto implica que la capacidad de infección de una persona puede ser menor. Aunque la transmisión puede darse incluso con niveles muy bajos de viremia, existen claros indicios de que, cuanto más baja es ésta, menor es el riesgo.

Los resultados de un ensayo de larga duración que contó con la participación de 3.381 parejas heterosexuales serodiscordantes en África mostraron que tomar tratamiento antirretroviral reduce el riesgo de transmisión del VIH en un 92% (*abstract* 136). Durante el transcurso del estudio, 349 personas iniciaron la terapia anti-VIH.

Se registraron 151 casos de transmisión del VIH, pero sólo uno de ellos implicó a una persona que estuviera tomando el tratamiento antirretroviral. En consecuencia, se determinó que el uso de la terapia anti-VIH disminuyó en un 92% el riesgo de transmisión del virus. Los autores señalaron que era un resultado mejor que la reducción del

riesgo del 85% relacionada con el empleo del preservativo.

Los miembros de la pareja con VIH que no recibían tratamiento tuvieron más probabilidades de transmitir el virus cuando presentaban un recuento bajo de células CD4. La única transmisión que se produjo cuando la persona con VIH estaba bajo tratamiento fue la de un hombre que había estado siguiendo la terapia antirretroviral durante menos de tres semanas.

Asimismo, se comunicó una mayor utilización del preservativo entre las parejas cuyo miembro con VIH estaba recibiendo terapia. El equipo de investigadores destacó que las parejas deberían seguir manteniendo relaciones sexuales seguras, aunque la persona con VIH estuviera tomando los fármacos antirretrovirales.

Otro estudio llevado a cabo en San Francisco (EE UU) con hombres gays ofreció un modelo teórico y algunos resultados de la vida real (*abstract* 33). Dicho modelo proporcionó estimaciones de la carga viral comunitaria, es decir, un promedio de la carga viral sobre la base de los resultados reales de personas recién diagnosticadas y aquéllas que ya estaban tomando tratamiento. Los resultados muestran que, desde 2004 a 2008, cada año los niveles de la carga viral comunitaria se redujeron a un ritmo constante. Durante el mismo período, se ampliaron las intervenciones basadas en educación sobre la infección y en la prueba de detección del VIH. La extensión de la prueba del VIH no supuso un aumento de los nuevos diagnósticos: éstos disminuyeron de forma regular desde cerca de 800 en 2004 a un poco más de 400 en 2008. Tampoco este descenso pareció relacionarse con un mayor uso del condón, dado que para el mismo período se observó un incremento de otras infecciones de transmisión sexual.

Todos los *abstracts* mencionados en el texto pueden consultarse (en inglés) en la web oficial de la conferencia ([www.retroconference.org/2010](http://www.retroconference.org/2010)), así como también retransmisiones de las sesiones (*webcast*) y diapositivas de las presentaciones de los ponentes.

También pueden ser consultados informes en español de la CROI 2010 en detalle en la página web del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH ([www.gtt-vih.org](http://www.gtt-vih.org)).



SI TIENES **dudas** sobre el *uso de medicamentos* para tratar el **VIH**, puedes LLAMAR a:  
**Consultas gTt Tel: 934 582 641**

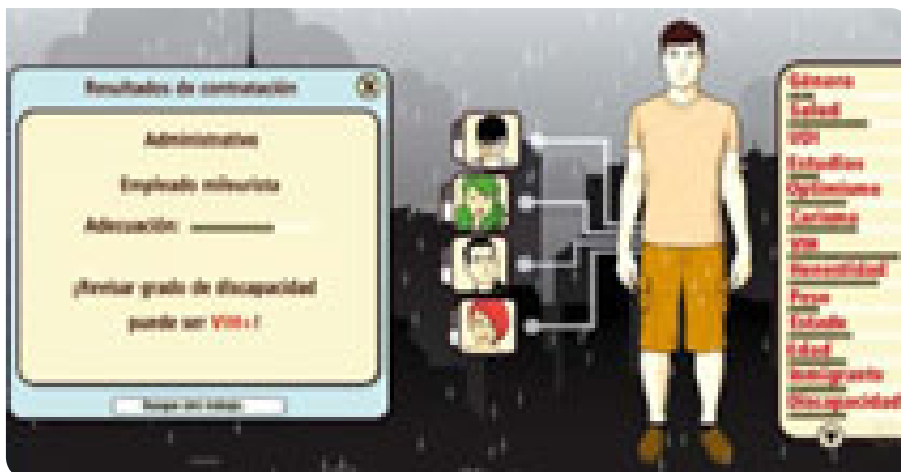
O FORMULAR TU CONSULTA EN:  
**[www.gtt-vih.org/consultanos](http://www.gtt-vih.org/consultanos)**

# Sensibilidad empresarial y VIH

La búsqueda de empleo se ha convertido, lamentablemente, en una de las actividades más habituales entre las miles de personas españolas que engloban la tan temida tasa de paro. Si en la actualidad encontrar un trabajo resulta difícil para cualquier ciudadano, todavía lo es más si el candidato o candidata es portador del VIH, una infección que todavía hoy provoca miedo y rechazo en el ámbito laboral. Ésta es la conclusión a la que llegaron empresarios, sindicatos y mutualidades en las Jornadas sobre "Sensibilidad Empresarial y VIH", que, organizadas por la Federación Trabajando en Positivo, se celebraron en Madrid el pasado mes de febrero.

Además, los despidos injustificados, la violación de la intimidad y el *mobbing* son las aristas de un problema social que sigue afectando a muchas personas con VIH y colocándolas en una situación desigual ante el resto de la población. La situación no parece mejorar con el tiempo y los datos al respecto son reveladores: Según el último informe del Observatorio de Derechos Humanos y VIH de la RED2002, en el año 2009 el 32% de las consultas atendidas por la asesoría jurídica de esta ONG fueron por cuestiones relacionadas con el empleo frente a un 30% en 2007.

De acuerdo con la Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), en España la tasa de desempleo en personas con VIH se eleva a un 57%. Muchas de ellas desearían encontrar un trabajo, sin embargo, no son pocas las barreras que dificultan su incorporación al mundo laboral. La discriminación es uno de los motivos fundamentales, y los prejuicios y la ignorancia respecto al VIH "perpetúan un estigma que infunde miedo a la sociedad y dificulta a las personas con VIH revelar que viven con el virus en determinados entornos



como el laboral", declararon en un comunicado la Federación Trabajando en Positivo y el Observatorio de Derechos Humanos y VIH de la RED2002 con motivo del Día Internacional del Trabajo, el pasado 1 de mayo.

## Estado de salud y nivel educativo

Con todo, las probabilidades que tienen las personas con VIH de encontrar un trabajo varían entre diferentes grupos de población. Según un estudio publicado en la revista *Health Economics* y realizado por Juan Oliva, del departamento de Ciencias Jurídicas de la Universidad de Castilla-La Mancha y del que se hacía eco el portal de internet Servicio de Información y Noticias Científicas (SEINC), el género —junto con la vía de transmisión del virus, el estado de salud y el nivel educativo— es una variable "estadísticamente significativa" para predecir la situación en el empleo de las personas con VIH.

Los resultados de este estudio, que hizo un seguimiento de 3.376 personas con VIH de edades comprendidas entre los 16 y los 64 años desde 1996 a 2004, muestran que las mujeres tienen un 13,4% menos de probabilidad que los hombres de estar empleadas. Asimismo, el estudio sugiere que las personas que adquirieron el virus a través del uso de drogas inyectables (UDI) tienen una probabilidad significativamente menor de conseguir un trabajo que las que contrajeron la enfermedad por otras vías.

Para prevenir y poner freno a la discriminación de las personas con VIH en

el ámbito laboral, las y los participantes en las Jornadas sobre "Sensibilidad Empresarial y VIH" acordaron como propuesta de acción la creación de una comisión de trabajo liderada por el Ministerio de Sanidad y Política Social y con la participación de agentes sociales, como ONG, sindicatos, empresas, trabajadores/as, mutuas y servicios de prevención. Dicha comisión tendría como misión la elaboración de campañas formativas e informativas dirigidas a todo el sector laboral, diferenciando el personal directivo empresarial, delegados/as sindicales y de prevención, trabajadores/as en general y personal sanitario y no sanitario de mutuas y servicios de prevención, con el objetivo de lograr la implicación de todos los actores involucrados y conseguir, de este modo, una igualdad efectiva y real de los derechos de las personas que viven con VIH.

Con este mismo propósito, el Ministerio de Igualdad está trabajando en la Ley de Igualdad de Trato y no Discriminación, un conjunto de leyes y directrices encaminadas a evitar las situaciones discriminatorias y garantizar la igualdad de trato de todas las personas —entre ellas las que viven con VIH— en los diferentes ámbitos.

Sería deseable que toda esta suma de esfuerzos empiece pronto a dar frutos y contribuya a eliminar definitivamente las barreras actuales que colocan a las personas con VIH en una situación de desventaja tanto para acceder al mercado laboral como para mantener su puesto de trabajo.

# Nuevas tecnologías de la prevención:

## Repaso del 2009

El pasado año fue pródigo en novedades en el ámbito de las nuevas tecnologías de la prevención (microbicidas y vacunas contra el VIH), que probablemente marquen un punto de inflexión en su posterior desarrollo. La gran amenaza que se cierne sobre este campo es, al igual que en el ámbito más amplio del VIH, la escasez de recursos para poder mantener el progreso hacia la consecución de unas vacunas y microbicidas seguros y eficaces.



## Microbicidas

El año 2009 se abrió con una alentadora noticia sobre el microbicida de primera generación PRO 2000 (véase cuadro adjunto). En una presentación realizada en la CROI de febrero de 2009, se informó de que el producto pareció ofrecer a las mujeres una protección del 30% frente a la infección por vía sexual del VIH.

Sin embargo, a finales de año, un estudio de mayor tamaño que probaba el mismo gel microbicida echó por tierra esas esperanzas, al concluir que PRO 2000 no tuvo ningún efecto protector frente al virus para las mujeres que lo emplearon, y que los datos del primer ensayo, en los que se intuía una posible eficacia, fueron debidos de manera fundamental al azar.

Estos resultados acaso signifiquen que 2009 sea el punto final a una línea de investigación en un tipo de microbicidas que hasta ahora sólo ha reunido fracasos [BufferGel, Carraguard, PRO 2000...]. Los investigadores en este campo centran hoy sus esfuerzos en los más prometedores microbicidas de segunda generación (véase cuadro), basados en los mismos fármacos antirretrovirales que ya han demostrado su eficacia en el tratamiento de la infección por VIH y de los que se espera que puedan servir para prevenirla.

Precisamente, en la próxima Conferencia Internacional del Sida, que tendrá lugar en julio en Viena (Austria), se presentarán resultados del ensayo CAPRISA, en el que se prueba un candidato a microbicida que contiene tenofovir.

### Microbicidas de primera generación

Los denominados microbicidas de primera generación actúan contra el VIH de forma no específica, bien adhiriéndose de forma electrostática al virus (por ejemplo, PRO 2000 ó Carraguard), o bien creando unas condiciones de la vagina que inhiban la infección (por ejemplo, BufferGel).

#### Características

- Son los primeros microbicidas desarrollados.
- Actúan sobre el VIH de forma no específica.
- Formulaciones en gel.
- Requieren una aplicación vaginal en las horas previas a la práctica del sexo (dependientes del coito).
- No plantean problemas respecto a la aparición de posibles resistencias.

### Microbicidas de segunda generación

Los microbicidas de segunda generación emplean compuestos antirretrovirales que actúan de forma específica sobre el VIH o sus células diana. Tienen una alta actividad y pueden ser formulados de manera que su liberación sea prolongada en el tiempo, bien en solitario o en combinación.

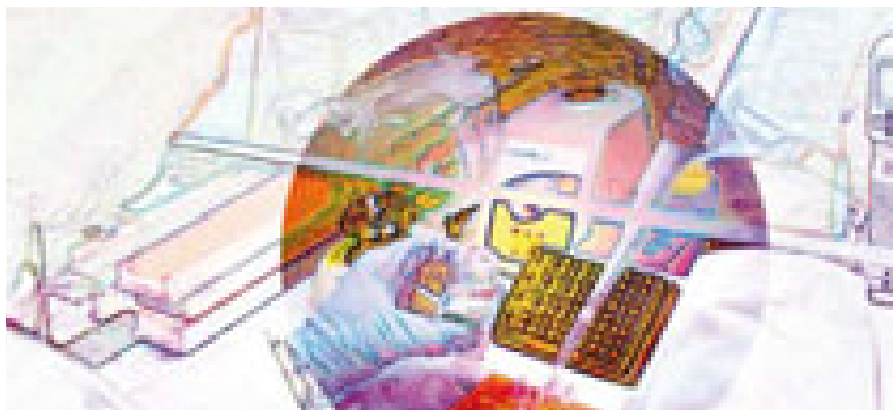
Se está trabajando para identificar qué fármacos son los más adecuados para su uso como microbicidas. Entre los más prometedores se encuentran tenofovir o dapivirina, por ejemplo.

#### Características

- Son productos más novedosos que se hallan en diferentes etapas de ensayos preclínicos y clínicos.
- Actúan de forma específica sobre el VIH.
- Cuentan con diversas formulaciones: geles, películas, anillos y pastillas o supositorios vaginales.
- Su acción es de larga duración (protección prolongada), por lo que pueden aplicarse una vez al día. En el caso de un anillo, puede aplicarse una vez al mes o incluso menos (no dependen del coito).
- Existe el riesgo de que se desarrollen resistencias (en caso de que la persona que emplea el microbicida ya tenga infección por VIH).

Fuente: IPM.





## Vacunas

Por su parte, el campo de las vacunas contra el sida ha inscrito el 2009 en los anales de la historia del VIH, al ser la primera vez que una candidata a vacuna demuestra ser eficaz en un ensayo de fase III con humanos. Se trata de la tercera vacuna que llega a esta fase de ensayos y la única que la ha superado.

En el mes de septiembre, se hicieron públicos los resultados del ensayo RV144, realizado en Tailandia, que reflejaban que el grupo de personas inoculadas con una combinación de dos candidatas a vacuna (en lo que se conoce como régimen tipo inducción-refuerzo) tuvieron un 30% menos de infecciones que el grupo que sólo recibió inyecciones de placebo [una sustancia inocua].

A pesar de la indudable buena noticia que supone, no se trata de una victoria absoluta sobre la infección, y lo más probable es que no se traduzca a corto plazo en una vacuna en el mercado. Los datos obtenidos en algunos aspectos resultan poco satisfactorios:

- La eficacia mostrada es muy baja (muchos expertos consideran que, como mínimo, debería ser del 50% para poder entrar a valorar la posible aprobación de una vacuna).
- Sus efectos parecen desvanecerse con rapidez tras la vacunación.
- Se ha probado en poblaciones con poco riesgo de infección expuestas a cepas del VIH distintas a las predominantes en África. Sería preciso realizar otro gran ensayo similar al RV144 en dicho continente, para ver si esta vacuna resulta eficaz allí donde más infecciones se producen y, por tanto, es más necesaria.

No obstante, como ocurre en el caso de los microbicidas, hay nuevas líneas de

investigación que se están imponiendo, y que superan esta visión más "clásica", que, a pesar de haber permitido que dispongamos de vacunas contra otros patógenos, parece agotada en el caso del VIH.

### Anticuerpos ampliamente neutralizantes

Algunas personas son capaces de controlar la infección de forma natural, sin utilizar fármacos antirretrovirales. Que se den estos casos prueba que existen respuestas inmunitarias de anticuerpos eficaces frente al VIH; una de las nuevas vías de investigación en vacunas se basa en la identificación de estos anticuerpos, con el fin de intentar diseñar vacunas capaces de inducir dichas respuestas en otras personas (lo que se conoce como un enfoque de ingeniería inversa).

En este sentido, el pasado mes de septiembre se dio un gran paso adelante con el descubrimiento de dos anticuerpos ampliamente neutralizantes con la mayor potencia hasta la fecha. Los científicos, además, han comentado que, en el proceso, se han depurado las técnicas que permiten identificar y aislar estas sustancias, lo que facilitará que en el futuro se puedan seguir descubriendo más.

En resumen, 2009 ha sido un año que, probablemente, marque un cambio de tendencia en el ámbito de las nuevas tecnologías de la prevención. Por desgracia, se produce en un momento de inestabilidad económica que puede hacer peligrar la financiación de estos proyectos (entre otros muchos de salud pública), pero esperamos que el campo pueda ofrecernos pronto productos capaces de ayudar a poner fin a la pandemia.

Algunas personas son capaces de controlar la infección de forma natural, sin utilizar fármacos antirretrovirales; que se den estos casos prueba que existen respuestas inmunitarias de anticuerpos eficaces frente al VIH.

### Aprobado un ensayo de vacuna terapéutica

Las vacunas terapéuticas son aquellas cuyo objetivo es potenciar la respuesta inmunitaria frente al VIH, de manera que las personas que ya tienen el virus puedan controlar la infección en ausencia del tratamiento antirretroviral.

El pasado mes de abril de 2010, se anunció el inicio de un ensayo de fase I que probará una de estas vacunas en un grupo de personas con VIH que empezaron la terapia durante su primer año de infección. El objetivo es determinar la seguridad de la candidata, al tiempo que evaluar su capacidad para provocar respuestas inmunitarias protectoras en los participantes con VIH vacunados.

La candidata había demostrado ser muy eficaz en ensayos anteriores realizados con monos, consiguiendo una gran reducción de la carga viral.

### Causas del incremento en el número de casos de tuberculosis ampliamente resistente a fármacos en Sudáfrica

La tuberculosis ampliamente resistente a fármacos (XDR, en sus siglas en inglés) constituye un problema importante en muchos países en vías de desarrollo, sobre todo en aquéllos —como Sudáfrica— con un elevado número de casos de infección por VIH, ya que la inmunosupresión asociada al virus de la inmunodeficiencia humana agrava el pronóstico de la tuberculosis XDR.

Un estudio reciente, llevado a cabo en Sudáfrica tras la infección por tuberculosis XDR de un numeroso grupo de trabajadores de una mina de oro, analizó los mecanismos implicados en el desarrollo de este tipo multirresistente de la infección bacteriana.

Los investigadores concluyeron que la tuberculosis XDR suele aparecer como resultado de retrasos en el diagnóstico, tratamientos subóptimos y un mal control de la infección, más que por problemas de adhesión a la terapia por parte de las personas —fenómeno, sin embargo, muy común en el desarrollo de resistencias en otras infecciones—.

Fuente: Aidsmap.



### China levanta la prohibición de entrada a las personas con VIH

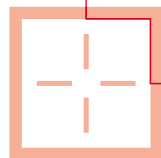
La decisión tuvo lugar, precisamente, unos días antes del inicio de la Exposición Universal de Shanghai, que atrae a millones de visitantes extranjeros al país.

El Consejo de Estado chino afirmó que la prohibición había sido introducida en un momento en el que existían unos conocimientos limitados de la infección por VIH, y que el mantenimiento de dicha ley era un inconveniente para albergar eventos internacionales. De hecho, las autoridades chinas han manifestado que ya sopesaban la retirada de la prohibición antes de las Olimpiadas de Pekín en el 2008, pero que se retrasó por los procedimientos legislativos.

Se calcula que en China hay unas 740.000 personas viviendo con VIH. He Tianian, activista

china por los derechos de las personas con VIH, señaló que "pese a que la decisión supone un gran avance, aún se necesitará tiempo para acabar con la discriminación".

Fuente: Aidsmap.



### Criminalización de la transmisión del VIH

#### La Ley de Salud Pública de Andalucía, a debate

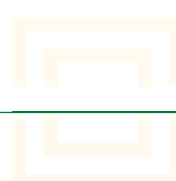
En el mes de noviembre de 2009, se presentó oficialmente el anteproyecto de Ley de Salud Pública de Andalucía. El nuevo documento, y en concreto el artículo 15, dedicado a las obligaciones de la ciudadanía en materia de salud pública, ha suscitado una gran polémica y debate entre las ONG. En el apartado 2 de dicho artículo se dice que es obligación de los ciudadanos: "Respetar y cumplir las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, la protección de la salud o la lucha contra las amenazas a la salud pública, como la violencia, el tabaquismo, las adicciones y los accidentes de tráfico, o las enfermedades transmisibles susceptibles de ser prevenidas mediante vacunaciones u otras medidas preventivas, así como colaborar en la consecución de sus fines". Lo que se traduciría en sanciones para aquellos casos en los que se ocasiona perjuicio a terceras personas en temas como los relacionados con el hábito de fumar y las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH.

Las ONG han mostrado su preocupación ante el contenido sancionador de un texto esencialmente sanitario y por el hecho de que podría incrementar el estigma y el castigo social de las personas con VIH. Con el objetivo de arrojar un

poco más de luz sobre este asunto, FUNSIDA y el Comité Ciudadano Anti-Sida del Principado de Asturias solicitaron a la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) un informe sobre la intencionalidad de la ley que pudiera aclarar los puntos conflictivos del anteproyecto y modificar su contenido, en aras de proteger los derechos de las personas con VIH y mejorar las políticas preventivas y de intervención en esta población.

Según el informe de la SIBI, de la lectura del anteproyecto se deduce que, con su redacción actual, podrían producirse interpretaciones que infringirían principios, garantías y derechos básicos y fundamentales de las personas. Por este motivo, FUNSIDA ha aportado estos informes a los procedimientos en curso relacionados con la tramitación parlamentaria de esta Ley, y solicita de manera expresa la retirada en la Ley de Salud Pública de Andalucía de cualquier referencia sancionadora concerniente a las enfermedades de transmisión sexual, en concreto que se anule el artículo 15.2.

Se pueden consultar los informes de la SIBI en: [www.comiteantisida-asturias.org/noticias.php?IdNoticia=132](http://www.comiteantisida-asturias.org/noticias.php?IdNoticia=132)



## Aumenta la presión sobre los países ricos para que financien una respuesta global frente al VIH

El mundo del activismo insta a los gobiernos de los países ricos a cumplir sus promesas relativas al acceso universal al tratamiento, prevención y atención de la infección por VIH. Los últimos movimientos en este sentido se dieron en un encuentro entre activistas y ministros de países muy afectados por la epidemia que tuvo lugar en Londres (Reino Unido).

La financiación de los proyectos gubernamentales que afectan a la infección por VIH se canaliza a través del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que se enfrenta a una importante escasez de recursos a medida que se incrementa la demanda de atención y tratamiento en los países en vías de desarrollo. Las aportaciones para los próximos años de los diversos gobiernos que colaboran en el Fondo Mundial están en proceso de debate, por lo que la presión del mundo del activismo es esencial para asegurar que se cumpla la voluntad política manifestada por los dirigentes de los países ricos.

Fuente: Aidsmap.

## Sentencia de diez años de cárcel en Escocia en un juicio relacionado con el VIH

Un hombre con VIH fue condenado a diez años de cárcel en Escocia tras haber sido declarado culpable de transmitir el virus a una pareja femenina y de haber mantenido relaciones sexuales sin protección con otras tres mujeres sin desvelar su estado serológico.

La sentencia de diez años se encuentra entre las más duras impuestas en el Reino Unido tras una condena por transmisión imprudente del VIH. Además, se trata de la primera vez en la que una persona con VIH es condenada por no revelar su estado serológico a parejas sexuales sin que tuviera lugar la transmisión del virus.

Esta condena constituirá un precedente legal en el Reino Unido, lo cual es visto con preocupación por las organizaciones que defienden los derechos de las personas con VIH. Dichas organizaciones consideran que las leyes utilizadas para procesar a personas con VIH en Escocia no fueron concebidas teniendo en cuenta las particularidades de la infección, y que se corre el riesgo de aumentar los prejuicios relativos al VIH y la estigmatización de las personas infectadas.

Fuente: Aidsmap.



## Una campaña contra la discriminación de las personas con VIH

La Fundación del Movimiento Ciudadano Anti-Sida (FUNSIDA), una entidad que aglutina a diferentes asociaciones, comités y comisiones de lucha contra esta enfermedad de todo el Estado Español, ha puesto en marcha una campaña que, con el nombre de 'No me toques los derechos', pretende incidir en la no discriminación de las personas con VIH.

Los esfuerzos por dar visibilidad y proteger los derechos de las personas con VIH se han convertido en uno de los objetivos prioritarios de FUNSIDA. En 2008, inició una campaña de reivindicación '¡dVIHsriminación, NO!', que fue el germen de una nueva iniciativa lanzada con motivo del 1 de diciembre de 2009.

'No me toques los derechos' quiere sensibilizar sobre la vulneración de los derechos de las personas con VIH en diversos ámbitos de la vida cotidiana, con el fin de mostrar que la discriminación coloca en una situación de desigualdad a la población que vive con el virus respecto al resto de ciudadanas y ciudadanos. Para tal fin, FUNSIDA ha realizado un calendario para 2010, en el que asigna a cada mes un aspecto concreto de la discriminación existente, como por ejemplo las dificultades en el acceso a la reproducción asistida o a trasplantes de órganos; la exclusión de personas con VIH en las oposiciones públicas o en el acceso a créditos, seguros o hipotecas; y las limitaciones en el acceso a tratamientos y apoyo psicológico dentro de los centros penitenciarios.

Además, FUNSIDA, junto con esta campaña de visibilidad, llevará a cabo una labor de incidencia dirigida a personas e instituciones clave en cada aspecto reivindicado, con la intención de trasladarles específicamente cada mensaje con la propuesta en positivo que desde la Fundación se propone para lograr su modificación.



# Con Tacto

Añade  
Postage  
Here

## Para responder a un contacto:

- 1.º Introduces tu carta dentro de un sobre, le pegas un sello con franqueo suficiente y escribes a lápiz en el sobre el n.º de referencia del contacto que deseas responder.
- 2.º Metes el sobre dentro de otro y nos lo mandas a la dirección de gTt: c/ Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona. Nosotros se lo haremos llegar a la persona interesada.

**Atención:** para aquellos anuncios en los que aparece un E-mail o Teléfono como forma de contacto, por favor, no mandéis cartas; gTt no dispone de los datos postales.



Los contactos más recientes están disponibles en:  
[www.gtt-vih.org/participa/contactos\\_personales](http://www.gtt-vih.org/participa/contactos_personales)

## Para poner un contacto:

- 1º Escribe un texto no superior a 30 palabras junto con tus datos postales, para que podamos enviarte las respuestas.
- 2º Nos lo mandas a la siguiente dirección:  
gTt, c/ Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona
- 3º También puedes mandar un correo con tu texto a:  
[contactos-personales@gtt-vih.org](mailto:contactos-personales@gtt-vih.org)

### Ref: 1147

Transexual, femenina, 43 años, 1,76m, 69kg. Pasiva, atractiva, con principios y valores personales y espirituales. Espero encontrar hombre similar, asintomático y leal. Madrid. Telf.: 649 040 288. E-mail: helenacarrete-ro40@yahoo.es

### Ref: 1148

Gabriel, VIH+ (asintomático), 36 años, 1,80m, 75kg. Pelo castaño, ojos verdes, romántico, detallista, sencillo. Mi mayor anhelo es encontrar a una mujer que sepa amarme y viceversa. Villanueva del Río y Minas. Telf.: 954 747 796/657 083 254. E-mail: gabrieti@hotmail.com

### Ref: 1149

Gay, 43 años, VIH+ (asintomático), 1,84m, 86kg. Rubio, ojos azules, simpático, alegre, sincero, buena persona. Quiero conocer a chico sincero para compartir buenos momentos. Madrid. Telf.: 605 548 593. E-mail: zawidow@ya.com

### Ref: 1150

José Manuel, 44 años, 1,92m, 90kg. Me gusta la sinceridad,

los animales y viajar. Privado de libertad por muy poco tiempo. Fuera de las drogas. Bastante solo. Busco compañera aventurera.

### Ref: 1151

Abel. Quiero hacer amigos en todo el mundo, gente seropositiva o no, sólo que sean humanos y cordiales, sin importar raza, sexo o creencias. E-mail: abel07@princesa.pri.sld.cu

### Ref: 1152

Hombre, 46 años, VIH+ (asintomático). Me gustaría conocer a chica en las mismas circunstancias. Badajoz. E-mail: discreto63@hotmail.com

### Ref: 1153

Me gustaría encontrar a esa persona que me acompañe a llevar mejor el camino que me quede por recorrer. Mayor de 48 años. Barcelona. E-mail: mixi08@hotmail.com

### Ref: 1154

Juan, 45 años, VIH+ (asintomático), 1,66m, 65kg. Guapete. Busco chico de entre 40 y 45 años para relación seria y estable. Norte de

Asturias. Telf.: 655 309 888.

### Ref: 1155

Chico negro, 37 años, VIH+ (asintomático), 1,90m, 100kg. Guapo, deportista y sociable. Busco mujer de entre 18 y 40 años para amistad o relación estable. Francia. Telf.: (0033) 664 501 329. E-mail: yyilango@hotmail.com/wanawa37@yahoo.com

### Ref: 1156

Ramón, 33 años, VIH+ recién diagnosticado, 1,80m, 65kg. Guapo y buena gente. Busco apoyo y amistad que me ayude a reencauzar mi vida. Cantabria. Escríbeme, por favor. E-mail: ramon.vih@gmail.com

### Ref: 1157

Divorciada, 56 años, VIH+. Quisiera conocer a señores de entre 48 y 59 años para amistad o posible relación seria. Abstenerse gente con adicciones. Sólo de Madrid o alrededores. Telf.: 626 506 999. E-mail: marigarciavaz1953@live.com

### Ref: 1158

Javier, 44 años, VIH+ (asin-

tomático), 1,75m, 75kg. Ojos verdes. Busco a chico para amistad o lo que surja. Sin malos rollos. Vivo sólo. Provincia de Barcelona. Telf.: 606 087 789.

### Ref: 1159

Manuel, 45 años, con VIH/VHC. Sincero, amable, cariñoso. Busco conocer a chica como yo. No me gustaría acabar solo. E-mail: manubarraganbcn@hotmail.com

### Ref: 1160

Mujer, 40 años, VIH+, recién jubilada y un tanto perdida en mi tiempo libre. Me gusta pasear, ver exposiciones. Barcelona. E-mail: silviagarciabisuteria@gmail.com

### Ref: 1161

Mujer, 45 años, 1,50m, 45kg. Me gusta pasear, los animales, leer, el cine y la música. Busco amistad y posible pareja. E-mail: mariarcapdet@hotmail.com

### Ref: 1162

Varón, 36 años, muy bien llevados. Estoy abierto a todo. Busco en Donostia, Santander, Bilbao y Pamplona. E-mail: ericpeyros76@yahoo.es

**Ref: 1163**

Peruana, VIH+ (asintomática), bonita y de buenos sentimientos. Busco a compañero que quiera viajar a Perú para conocernos. E-mail: cielo\_moreno@yahoo.es

**Ref: 1164**

Pablo, 41 años, VIH+. Busco a una amiga para compartir buenos ratos, salir, viajar, etc. De edad parecida. Valladolid. E-mail: pablo-val@hotmail.es

**Ref: 1165**

Chico, 34 años, privado de libertad. Desearía ampliar mi número de amigo/as. Anuncio serio, contestaré a todo/as. Toda España.

**Ref: 1166**

Alain, cubano, 34 años. Me gustaría conocer a una persona para relación. Alguien que tenga bellos valores y no mire la distancia. Cuando se quiere encontrar la felicidad, todo es posible. Telf.: 53 53 132 157. E-mail: capricornio72@correodecuba.cu

**Ref: 1167**

Chico, gay, latino, 39 años, VIH+, metafísico y espiritual. Busca amistad con chicos afines y con inquietudes espirituales, para amistad, comunicación y buen rollo. Comunidad Valenciana. E-mail: fosforescente39@gmail.com

**Ref: 1168**

Gabriel, 51 años, VIH+ (asintomático), amante de la naturaleza. Me gustaría conocer a un hombre, de edad parecida, activo o versátil, para amistad o lo que surja. Provincia de Barcelona. E-mail: bustani2009@hotmail.com

**Ref: 1169**

Hombre, gay, 39 años, VIH+ (asintomático), moreno, 1,82m, 75kg. Busco amistad, relación para poder llegar al amor. Madrid y Valladolid. E-mail: conde.1970@hotmail.com

**Ref: 1170**

Mujer, 43 años, extranjera, VIH+, sin vicios, profesional, sincera, espiritual, luchadora. Amo a los animales. Busco a un hombre similar, no fumador y culto, para amistad y posible relación estable. Galicia. E-mail: buscoarmoniy paz@hotmail.com

**Ref: 1171**

Hombre, 46 años, VIH+ (asintomático), estable laboral y socialmente, desearía conocer a una mujer similar, para relación estable. Escribeme, contesto fijo. Las Palmas. E-mail: gpabdue@live.com

**Ref: 1172**

Manuel, 40 años, VIH+ (asintomático), buen estado físico. Busco compañera, para vivir juntos y ser felices. Natural de Castilla. Telf.: 633 131 525.

**Ref: 1173**

Fabio, colombiano, 49 años, 1,84m, 85kg. Sano y deportista. Me gustaría conocer a una persona sincera, que quiera vivir. Amante de las buenas maneras y legal.

**Ref: 1174**

Chico alegre, que desea ayudar y escuchar, privado de libertad, te espera. Prometo contestar a todo el que me escriba. Centro Penitenciario Quatre Camins (La Roca del Vallés, Barcelona).

**Ref: 1175**

Carlos, 48 años, VIH+ (asintomático), 1,67m, 65kg. Pensionista, guapete, sincero y cariñoso. Busco a chico para una relación estable y compartirlo todo; espero lo mismo a cambio. Telf.: 605 718 603.

**Ref: 1176**

Toni, 40 años, VIH+ (asintomático). Busco a una mujer similar, para luchar contra esta enfermedad juntos. De Tarragona o cerca. Telf.: 689 170 697. E-mail: macias9@hotmail.es

**Ref: 1177**

Varón, 51 años, VIH+ (asintomático), 1,70m. Delgado, soltero. Deseo conocer a chicas para posible pareja, preferiblemente del Bierzo (León). E-mail: kaskibelia@gmail.com

**Ref: 1178**

Chico, 32 años. Me gustaría conocer a una chica para amistad, chatear y posible relación. De toda España. Hablo inglés y español. Barcelona. E-mail: william8881917@hotmail.com

**Ref: 1179**

Juan Carlos, 44 años. Enemigo de la soledad, busco a amigas de mi edad que quieran compartir el momento. E-mail: jgomezrebollo@yahooo.com

**Ref: 1180**

David, 36 años, 1,72m, 70kg. Atractivo, deportista, cariñoso y buena persona. Me gustaría encontrar a un hombre de mi edad o preferiblemente mayor, para amistad o formar pareja. Valencia. E-mail: tbuscovallencia@live.com

**Ref: 1181**

Chico, 30 años, VIH+ (asintomático), varonil, sin vicios, educado y con carrera. Privado de libertad, saliendo de permiso. Busco chico de 25 a 40 años, para algo serio. Tengo mucho que dar.

**Ref: 1182**

Juan, 28 años, 1,75m, 80kg. Moreno, simpático y cariñoso. Me gusta la música. Quiero encontrar a una chica que me haga sentir la cabeza. Privado de libertad. Prometo contestar vuestras cartas.

**Ref: 1183**

Mujer maja de Almería. No viajo por tener a mi madre enferma. Quiero ser feliz con alguien a mi lado que se comprometa, de Almería. Escribidme y mandadme foto a mi correo. E-mail: Any39@hotmail.com

**Ref: 1184**

José, 42 años, 1,70m, 75kg. Deportista, simpático, fiel, luchador para lo bueno y lo malo. Preso en Quatre Camins (La Roca del Vallés, Barcelona). Deseo conocer a una chica. Prometo contestar a todas; animaros, que todo se supera.

**Ref: 1185**

Chico, 46 años, 1,75m, VIH+ (asintomático). Practico senderismo y bicicleta. Desearía conocer a una chica similar para amistad o lo que surja. Si resides en la Rioja o cerca, sería lo ideal.

**Ref: 1186**

Paloma, VIH+. Me gustaría conocer a gente de entre 25 y 45 años, para hacer buenas amistades. Barcelona. E-mail: dulcedeleche50@hotmail.com

**Ref: 1187**

Cubano, 38 años, VIH+, mi belleza está en mi corazón. Me gusta la lectura, la naturaleza. Busco a un hombre mayor de 40 años, sincero y honesto, para relación eterna. Soy católico. E-mail: carrillo73@correodecuba.cu

**Ref: 1188**

Óscar, venezolano, 37 años, VIH+ (asintomático), 1,70m, 68kg. Alegre, optimista y afectuoso. Busco una relación estable con chico para compartir mi vida. Barcelona. Telf.: 652 015 328. E-mail: oscarmanzofuentes@hotmail.com

**Ref: 1189**

Eduardo, 54 años, VIH+, gay. Busco amistad con gente que necesite o le guste contar sus cosas y también escuchar. Madrid. E-mail: aulos56@hotmail.com

**Ref: 1190**

Hombre, 44 años, 1,79m. Atractivo, educado y juvenil. Trabajando e independiente. Me gustaría conocer a una mujer culta, simpática, independiente, joven y madura. E-mail: madrid\_44@live.com

**Ref: 1191**

Juan Carlos, 38 años, agradable, simpático y muy divertido. Me gusta pasear y sonreír. Sé escuchar. Me gustaría conocer a una chica similar para amistad y posible pareja. Telf.: 634 275 422.

**Ref: 1192**

Carlos, 45 años, 1,69m, 66kg. Masculino, moreno, simpático y con perilla. Busco a chicos de Madrid con buen rollo, preferiblemente activos. Dadme un toque y nos conocemos. Telf.: 646 337 248.

**Ref: 1193**

Javier, 42 años, VIH+ (asintomático), 1,69m, 60kg. Sincero y honesto. Privado de libertad. Desearía mantener correspondencia desinteresada con señoras de cualquier edad y condición para comentar y opinar sobre cualquier tema.

**Ref: 1194**

Aurelio, 41 años, VIH+ (asintomático). Trabajo y estoy en un piso de acogida. Me gustaría conocer a una chica de entre 30 y 40 años para entablar relación seria y duradera. Barcelona. E-mail: alpunzano@hotmail.com

**Ref: 1195**

Hombre, 45 años, VIH+. Quiero encontrar a chicas similares para sentirnos menos solos, que sean legales como yo. Canarias. E-mail: josuedg@hotmail.com

**Ref: 1196**

Paulo, 38 años, VIH+, portugués, privado de libertad. Me gustaría escribirme con mujeres de entre 30 y 50 años, que vivan con VIH, de toda España, para ver si tengo suerte y encuentro la felicidad. Pontevedra.

**Ref: 1197**

José Francisco, 1,70m, 60kg. Vida sana. Busco a chico para relación estable. Tenerife. E-mail: jafodel@hotmail.es

**Ref: 1198**

Hombre, 53 años. Busca a un

hombre para pareja estable, de entre 53 y 60 años, nada de pluma, seriedad, profesional, lealtad, fidelidad. No sé si pido mucho, pero es lo que me gustaría encontrar en Alicante capital. E-mail: carloszonamiriambiasco@hotmail.com

**Ref: 1199**

Carlos, 38 años, VIH+, culto y trabajador, me gusta la vida sana y los viajes. Quisiera tener contacto con chicos en España, ya sea para amistad o formar pareja. Vivo en París. E-mail: rentaparta@yahoo.fr

**Ref: 1200**

Carlos, 26 años, cubano, 1,86m. Me gusta leer, reír y compartir con los amigos charlas inteligentes. Busco a personas con mis mismos intereses. E-mail: pol124@ijv.sld.cu

**Ref: 1201**

Chavalote, 25 años, moreno, atractivo. Me gustaría conocer a mujer para posible relación. Escríbeme y envíame una foto. Prometo contestar.

**Ref: 1202**

Chico, 27 años, VIH+, 69kg. Busco a una chica de Barcelona de entre 30 y 40 años. E-mail: amit\_satnam@hotmail.com

**Ref: 1203**

Chico, 43 años, 1,82m. Atractivo, sincero y alegre. Me gusta la naturaleza y la vida sana. Quiero conocer a una chica con ilusiones y ganas de vivir. España. E-mail: chovaglas@hotmail.com

**Ref: 1204**

Chico, 30 años, VIH+ (asintomático), gay, guapo, inteligente, deportista, amo viajar. Busco amistad y pareja, que viva con VIH ó sea tolerante. Barcelona.

**Ref: 1205**

Hombre, 47 años, VIH+ (asintomático), gay, 1,70m, 69kg. Generalmente pasivo. Busco amistad, relación, y si surge

algo más, mejor. E-mail: jan-garfe@gmail.com

**Ref: 1206**

Hombre, 49 años, VIH+ (asintomático), 1,80m. Atractivo, músico. Vivo en la llamada Isla Mágica, cerca del mar y rodeado de naturaleza. Busco a mujer afín, sin vicios y con inquietudes espirituales. ¿Existes? Canarias. E-mail: manumix7@hotmail.com

**Ref: 1207**

Hombre, 47 años, VIH+, versátil, sencillo, agradable. Amante de la naturaleza, los animales y el cine. Busco a chico similar, no fumador, de entre 38 y 50 años, para amistad y relación. Tarragona. E-mail: mansuroig@hotmail.com

**Ref: 1208**

Mujer, 40 años, deportista, vital y optimista. Amante de la naturaleza. Quiero conocer a hombres con gustos similares que disfruten de la vida. País Vasco. E-mail: ilargi-1970@hotmail.com

**Ref: 1209**

Acuario, 45 años, VIH+ (asintomático), 1,77m. Emprendedor, atlético, no fumador y leal. Dispuesto a viajar. Busco a una mujer que me complemente y quiera construir un buen presente para tener un digno futuro. Barcelona. E-mail: pope-ye4@hotmail.es

**Ref: 1210**

Patricia, colombiana. Quiero conocer a personas que vivan con VIH. E-mail: paylunas@hotmail.com

**Ref: 1211**

Chico, 35 años, de Costa de Marfil y afincado en España. Buena persona, amable y sincero. Deseo cartearme con chicas de entre 25 y 40 años, para conocernos y entablar amistad o lo que surja.

**Ref: 1212**

Pep, catalán, VIH+, 1,90m. Funcionario, máximo pensionista. Espectacular piso de calidad. Busco mujer

VIH- de Barcelona, bilingüe, no importa que trabaje, para casarnos o adoptarme. Progreso increíble. ¿Preparada? Telf.: 652 842 493. E-mail: vivir1000@live.com

**Ref: 1213**

Julio, VIH+ (asintomático), gay, con buena salud. Me gustaría hacer amistades para salir y me encantaría encontrar una buena relación. E-mail: piton-\_1968@hotmail.com

**Ref: 1214**

José, 49 años, VIH+, soltero, nómina fija, me gusta la playa, el campo. Me gustaría conocer a mi media naranja, ¿te animas? Residente en Gran Canaria. Telf.: 667 971 891.

**Ref: 1215**

Madrileño, 46 años, VIH+ (asintomático), atractivo, atlético, 1,82m. Deseo conocer a una chica afín, sencilla y que desee una relación estable. Barcelona. E-mail: evon64@hotmail.com

**Ref: 1216**

Esperanza. Busco a chicos y chicas de Barcelona y alrededores, para amistad. Que sean buenas personas. Sólo dejo teléfono: 656 715 596.

**Ref: 1217**

Chico, 40 años, VIH+ (asintomático), soltero, sin cargas familiares. Busco a compañera de viaje para trayecto con destino a la felicidad. Interesadas, contactar conmigo. Telf.: 658 382 970. E-mail: tonimc850@msn.com

**Ref: 1218**

Gust, 47 años, VIH+ (asintomático), 1,80m, 73kg. Vida resuelta. Busco tío masculino, activo o activo/versátil, para congeniar, besos, abrazos y un poquito de caña. Busco por Madrid o Tenerife. E-mail: usthar@gmail.com

**Ref: 1219**

Miguel, 55 años, VIH+, pensionista. Me gusta pasear, el cine, la playa. Me gustaría

conocer a alguna mujer, de Murcia o Cartagena. Mandadme SMS o llamadme. Telf.: 649 586 039.

**Ref: 1220**

Varón, 47 años, VIH+ (asintomático). Residente en Madrid. Desearía conocer a personas con el mismo problema. E-mail: fernando-nuniez@gmail.com

**Ref: 1221**

Varón, 37 años, VIH+, gay. Amante de la vida sencilla, el senderismo, la lectura. Soy espiritual y fumador. Busco pareja en Madrid. Telf.: 658 303 455. E-mail: patricioperezmlive.com

**Ref: 1222**

Varón, 65 años, cariñoso, amante de los animales, naturaleza y espiritualidad. Desea similar para pareja, que viva en Madrid, Guadalajara, Burgos, Valladolid, Navarra o Zaragoza. Sólo dejo teléfono: 628 490 569.

**Ref: 1223**

Chico busca chica sincera y cariñosa para amistad, y si

nos entendemos, mantener una seria relación. Tengo casa. Drogas no. Barcelona. Escríbeme ¡no te arrepentirás!

**Ref: 1224**

Cubano, VIH+. Me gustaría mantener contacto con seropositivos de otros países. Saludos desde Cuba. E-mail: osniel04@escobarsite.zzn.com

**Ref: 1225**

Hombre, 44 años, VIH+, gay, pasivo, no afeminado, pensionista, cariñoso, sincero, amante de la naturaleza. Me gustaría encontrar pareja para compartir mi vida. Busco personas serias, románticas y detallistas. E-mail: anzoni40@yahoo.es

**Ref: 1226**

Mujer, 46 años, VIH+ (asintomática); soy muy tranquila. Quiero conocer a un hombre, para amistad y, con el tiempo, llegar a conocernos mejor. Las Palmas de Gran Canaria. E-mail: dacil1963@hotmail.com

**Ref: 1227**

Chico cubano, 24 años, VIH+, gay, pasivo, sincero,

divertido y atractivo. E-mail: yvpereira@uclv.edu.cu

**Ref: 1228**

Mujer, 47 años, heterosexual. Amante de la playa, la sierra y el hogar. Busco a una persona seria para relación. Andalucía. E-mail: cheliconde@hotmail.com

**Ref: 1229**

Carmen, me gustaría conocer a un hombre sincero, cariñoso, y quiera establecer una relación muy seria, con mucho amor, comprensión y pasión, entre otras cosas. E-mail: la\_mas\_chula1518@hotmail.com

**Ref: 1230**

Hombre, 63 años, VIH+ (asintomático), con muy buena salud, 1,68m, 68kg. Valoro la lealtad, sinceridad, comunicación y naturalidad, más que la cultura. Busco amistad o relación. E-mail: sumegomg@gmail.com

**Ref: 1231**

Mujer, 55 años, buena apariencia, vida sana. Me gusta leer, pasear, conversar,

viajar. Quiero contactar con amigos/as, no importa edad, y quizá encontrar el amor en un hombre similar. E-mail: ccsolymer@hotmail.com

**Ref: 1232**

Hombre, 46 años, amante de la naturaleza, la vida sana y muchas cosas más. Busco chica de Madrid o alrededores, para amistad o posible relación estable. E-mail: romario85@hotmail.es

**Ref: 1233**

Madrileño, 44 años, VIH+ (asintomático). Buena presencia, alto, deportista, educado, alegre, licenciado, sin vicios, independiente y trabajando. Desearía conocer a mujer atractiva, seria y cariñosa para relación estable. E-mail: milan677@live.com

**Ref: 1234**

Hombre, 47 años, VIH+ (asintomático). Me gusta el deporte y la ciencia. Desearía hacer amigos y encontrar a una mujer de entre 30 y 45 años E-mail: soyminero2009@yahoo.es

**www.interaccionesshiv.com**

Sitio desarrollado por especialistas del Hospital Clínic de Barcelona, que permite valorar la existencia de posibles interacciones entre antirretrovirales y otros fármacos. La herramienta clasifica la relevancia clínica de las posibles interacciones –contraindicación o posible necesidad de monitorización o ajuste de dosis– y está totalmente en español.

**www.aidsmap.com**

La web de Aidsmap contiene un gran volumen de información referente al VIH. En este caso, destacamos una base de datos que te permitirá buscar ONG sobre el VIH de todo el mundo [muy útil si tienes que viajar y requieres cualquier tipo de ayuda relativa a la infección por VIH]. El buscador permite seleccionar de forma precisa el tipo de organización que necesites (*counselling*, apoyo jurídico, reducción de daños, etc.). Aunque Aidsmap dispone de información en español, la base de datos sólo está en inglés.

**www.hiv-druginteractions.org**

Web del departamento de Farmacología de la Universidad de Liverpool (Reino Unido). Como en el caso de la anterior, la herramienta permite evaluar la relevancia de las interacciones de toda combinación de fármacos [tanto antirretrovirales como no antirretrovirales] en un único paso. La desventaja respecto a la página española es que sólo está disponible en inglés.

**www.immigrationequality.org**

Este sitio web ofrece toda clase de recursos relativos a la entrada de extranjeros a EE UU, ya sea por turismo, estudios o trabajo. A pesar de que la página está en inglés, muchos de los recursos pueden consultarse en español. Cabe destacar un resumen sobre el acceso al país por parte de las personas con VIH. Está disponible en la dirección: [www.immigrationequality.org/uploadedfiles/IE-HIVBan-FAQ\\_Spanish.pdf](http://www.immigrationequality.org/uploadedfiles/IE-HIVBan-FAQ_Spanish.pdf)

# Trabajando en Positivo



La Federación Trabajando en Positivo inició su labor en el año 2007 como una red de trabajo promovida por la iniciativa de quince entidades vinculadas a la lucha contra el sida del Estado Español, interesadas en trabajar de forma específica y conjunta para ser más eficaces y significativas en un ámbito concreto: la inserción laboral de personas que viven con VIH.

Entre sus objetivos figuran facilitar una formación especializada con el objetivo de apoyar la inserción laboral de las personas en situación de exclusión social, y planificar acciones directas que mejoren las condiciones para la inserción de la población que vive con VIH que tiene dificultades para acceder al mercado de trabajo.

El VIH sigue significando desconocimiento y miedo en el mundo laboral; es por ello que la Federación Trabajando en Positivo promoverá la creación de una comisión de trabajo liderada por el Ministerio de Sanidad y Política Social y con la participación de agentes sociales como ONG, sindicatos, empresas, trabajadores, mutuas y otras entidades, con el fin de prevenir el estigma y la discriminación en el ámbito del trabajo mediante campañas formativas e informativas dirigidas a todo el sector laboral.

Cualquier entidad que desarrolle intervenciones de apoyo a la inserción laboral de personas en situación de exclusión social y/o discapacidad puede integrarse en la Federación como entidad socia de pleno derecho o como participante.

## Para más información:

Federación "Trabajando en Positivo"

Julio Gómez Tel.: 914 725 648

Móvil: 660 479 148

[trabajandoenpositivo@yahoo.es](mailto:trabajandoenpositivo@yahoo.es)

[www.trabajandoenpositivo.org](http://www.trabajandoenpositivo.org)

Sede administrativa: c/ Carniceros, nº 10, bajos. 46001 Valencia

Secretaría técnica: c/ General Ricardos, nº 148, esc. C - 1E 28019 Madrid

## Éstas son algunas de las entidades del Estado español que trabajan para las personas que viven con VIH

**Araba:** Vitoria-Gasteiz: Gaitasuna 945257766 C.C.Anti-Sida 945257766 **Ali-cante:** Cips 900702020 Decide-T 600968210 **Benidorm:** Amigos 965862812 **Almería:** Colega 950276540 **Asturias:** Gijón: C.C. Anti-Sida 985338832 **Oviedo:** Xega 985224029 **Badajoz:** Plataforma Diversidad 924259358 **Balears:** Mallorca: Ben Amics 971723058 ALAS 971715566 **Barcelona:** Acas Catalunya 933170505 Actua 934185000 Creación Positiva 934314548 Coordinadora Gai-Lesbiana 932980029 Gais Positius 932980642. gTt 932080845 P.A.I.T 934240400 Projecte dels Noms 933182056 Sida-Studi 932681484 **Granollers:** AUMMO 615681422 **Sabadell:** Actúa Vallès 937271900 **Bizkaia:** Bermeo: Txo-Hiesa 946179171 **Bilbo:** Comisión antisida: 944160055 T-4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **Burgos:** C.C.Anti-Sida 947240277 **Cádiz:** A.Anti-Sida 654580206 Arcadia Cádiz 965212200 **Algeciras:** C.C.Anti-Sida 956634828 **La Línea:** C.C.Anti-Sida 956237146 **Arcos de la Frontera:** Girasol 956717063 **Cáceres:** C.C.Anti-Sida 927227613 **Castellón:** A.C.Contra el Sida (Casda) 964213106 **Córdoba:** Colega 957492779 Convihta 957430392 Prevención

y Solidaridad del Sida 957430392 **A Coruña:** C.C.Anti-Sida 981144151 **Santiago de Compostela:** C.C.Anti-Sida 981573401 **Ferrol:** Lazos 981350777 **Girona:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS **Figueras:** 972672167 ACAS **Sant Feliu de Guixols:** 972324005 **Granada:** AVALON 958210200 Ayuda-Sida 685559034 El Mundo al Revés 690167572 Colega 958263853 NOS 958200602 **Guipúzcoa:** **San Sebastián-Donosti:** A.C.Anti-Sida 943290722 Harri Beltza Oiartzun 943493544 **Mondragon-Arrasate:** Hies-Berri 943792699 **Huelva:** A.C.C.Anti-Sida 959152427 Colega 959284955 **Huesca:** Vihvir 676099749 **Jaén:** Colega 953222662 **Lanzarote:** Faro Positivo 928801793 **Las Palmas:** Las Palmas de Gran Canaria: Amigos contra el Sida 928230085 **Lleida:** A.Anti-Sida 973261111 **León:** C.C.Anti-Sida 987235634 **Ponferrada:** Asociación Caracol 987402551 **Logroño:** C.C.Anti-Sida 941255550 **Lugo:** C.C.Anti-Sida 982263098 **Madrid:** Apoyo Positivo 913581444 COGAM GayInform 915230070 Colega 915211174 FIT 915912019 UniverSIDA 913143233 **Málaga:** A.C.Anti-Sida (ASIMA) 952601780 Colega 952223964 **Murcia:** AMUVIH868931293 C.C.Anti-Sida 968298831 **Cartagena:** C.C.Anti-Sida 968521841 **Ourense:** C.C.Anti-Sida 988233000 **Palencia:** C.C.Anti-Sida 979749451 **Pamplona:**

C.C.Anti-Sida 948212257 SARE 948384149 **Pontevedra:** CCANVIHAR **Vilagarcía de Arousa:** 986508901 Sede **Pontevedra:** 695557373 **Salamanca:** C.C.Anti-Sida 923219279 **Santander:** A.C.Cántabra Anti-Sida 942313232 **Sevilla:** ADHARA 687245264 DeFrente LGTB 693493926 Colega 954501377 Colega **Morón:** 637169671 Federación Andaluza Colegas: 902118982 **Tenerife:** Unapro 922632971 **La Palma:** Info/Sida 922402538 **Valencia:** Col-lectiu Lambda 963912084 Avacos 963342027 C.C.Anti-Sida Comunidad Valenciana: Oficinas y NAIF 963920153 Centro de Día EL FARO 963910254 Centro CALOR Y CAFÉ 605921206 **Valladolid:** C.C.Anti-Sida 983358948 **Zamora:** C.C.Anti-Sida 980534382 **Zaragoza:** C.C.Anti-Sida 976438135 Iberaids 976201686 LYGA 976395577 OmsIDA 976201642.

**Estatales:** Información sobre VIH/SIDA: 900 111 000 Plan Nacional sobre el Sida, gestionado por Cruz Roja Española. **CESIDA:** 902362825 **FUNSIDA:** 947240277 **Plataforma NATC:** 948331023 **REDVIH:** 934584960

Si quieres actualizar los datos o incluir una organización nueva, manda un fax al 932070063 o un correo a [contact@gtt-vih.org](mailto:contact@gtt-vih.org)



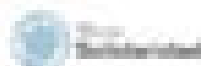
# Alianza *"Unión de personas, entidades o elementos que cooperan para alcanzar un fin común"*



Para afrontar los grandes retos es necesario sumar esfuerzos. Por eso Biotropía trabajamos con la Alianza, para mejorar el bienestar del paciente con VIH. Una iniciativa que abarca todas las perspectivas: Investigación, Farmacia, Actividad, Sorderidad, Tratamiento y Movilidad. Una línea que nace desde la Alianza para ser una ayuda y un apoyo constantes en el VIH. Porque así, entre todos, podemos conseguir mejores resultados.



**Alianza**  
Sumando Esfuerzos en VIH





## aprende

Aprender es un deseo cuya consecución tiene utilidad. Aprendemos para comprender, manejar, tener control, aceptar, modificar y construir. Lo que se aprende sirve para tomar decisiones, y en VIH hay que hacerlo con frecuencia.

## cuídate



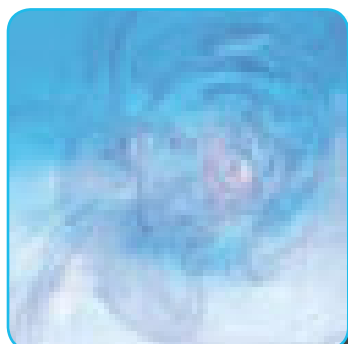
En esta nueva sección encontrarás consideraciones y recomendaciones sobre nutrición, ejercicio, bienestar, salud sexual y uso de drogas. También, cuestiones relacionadas con legislación, discriminación por VIH y recursos legales; por último, una sección dedicada a eventos, encuentros e iniciativas sociales y culturales.



## actualízate

El conocimiento sobre el VIH evoluciona con rapidez. Distinguir lo principal de lo accesorio, dejar atrás visiones ya caducas o incorporar otras innovadoras cuando se han consolidado te puede ser útil para gestionar tu salud o ayudar a otros a hacerlo.

## consúltanos



Puedes hacernos preguntas sobre el VIH, las enfermedades relacionadas, las hepatitis, los tratamientos disponibles y en desarrollo. También puedes leer las preguntas más frecuentes que hacen las personas que usan este servicio.



## participa

Cuéntanos cómo has llegado hasta aquí, cuál es la narración de tu vida, cómo la llevas ahora y qué planes de futuro tienes: alegrías y tristezas, pérdidas y ganancias, aprendizajes y decepciones. Nos interesa.

# www.gtt-vih.org