

# LO + POSITIVO

Núm. 48 • Primavera 2011

Publicación gratuita sobre la infección por VIH

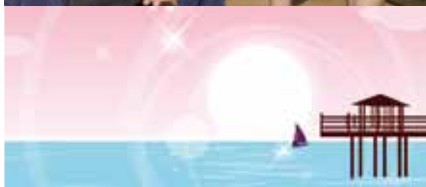
## Centros residenciales para personas con VIH



**Además:**

• Prevención del cáncer anal • Ejercicio al aire libre • El arte como reflexión





## opina

4 El legado Mubarak 5 La brutal represión de China 6 España congela su aportación al Fondo Mundial 7 Un poco de humanidad 8 Una pequeña reflexión, una gran realidad y Un bicho raro 9 ¡Adiós 3 centímetros! ¡Gracias osteoporosis! 10 El arte como reflexión

## en persona

12 Centros residenciales: una segunda casa 15 Atención a las personas con patología dual 17 Todo se puede conseguir 18 Ahora incluso utilizo el ordenador 19 He conseguido independencia 20 Volver a trabajar 21 Te hacen sentir que vales 22 Te acostumbras a vivir 23 Geriátricos para personas con VIH: ¿realidad o ficción?

## cuidarse

27 Recuperar masa muscular 28 Ejercicio físico al aire libre 29 Meditación y VIH

## a ciencia cierta

30 Mejorar la prevención del cáncer anal 33 Nuevas recomendaciones para el inicio del tratamiento contra el VIH 35 EE UU aprueba boceprevir y telaprevir 36 Esperanzadores resultados preliminares de telaprevir en personas coinfectadas por VIH y VHC 37 Un estudio en España evalúa el riesgo de transmisión del VIH en parejas serodiscordantes

## al detalle

38 E E UU: Peligran los programas de provisión de fármacos a pacientes pobres 39 La injusta legalidad de las aseguradoras 40 ¿Por qué no existe todavía una vacuna contra el sida? 42 Sida en el mundo 44 ConTacto 48 Listado de ONG del Estado español y Participa en próximos reportajes



Miembro del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH

**El equipo de LO+POSITIVO somos:** Georgina Fabrés, Jaume Fabrés, Xavier Franquet, Juanse Hernández, Francesc Martínez, Montserrat Moliner, Jordi Piqué, Bárbara Simó, Miguel Vázquez. **En este número han colaborado:** Joan Bertran de Bes, Iratxe Etxebarria, Víctor López Cano, Aldana Menéndez, Joaquim Roqueta, Marc Serena **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. **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:** Gràfiques Cuscó [www.grafiquescusco.com](http://www.grafiquescusco.com) **Depósito Legal:** B-40431-97 **Con el patrocinio de:** Laboratorios Abbott, Boehringer Ingelheim, Gilead Sciences, Janssen, Merck Sharp & Dohme y ViiV Healthcare. **Subvencionado por:** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya **LO+POSITIVO** no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados. **La información científica tiene una validez de tres meses.**

# Hacia la normalización social de las personas con VIH más vulnerables

Según establece la Constitución española en el artículo 47 de su Título I, sobre derechos y deberes fundamentales: "Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada. Los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho". Más adelante, el artículo 50 sostiene: "Los poderes públicos garantizarán (...) la suficiencia económica a los ciudadanos de la tercera edad (...) promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio".

La realidad, sin embargo, queda todavía lejos de este utópico marco legal. En el caso de las personas con VIH, aunque en estos 30 años transcurridos desde los primeros diagnósticos se ha producido un avance incuestionable en el ámbito médico-científico, no se puede decir lo mismo en cuanto a la superación de las desigualdades sociales provocadas por el estigma y la discriminación que se continúan relacionando con el VIH, además de con la homosexualidad, las enfermedades mentales o el uso de drogas. Con el objetivo de que los recursos sociales (pisos de acogida, comunidades terapéuticas, residencias para personas de la tercera edad, etc.) incluyan a las personas con VIH en igualdad de condiciones que el resto de la población, es necesario contar con celeridad con

la Ley de Igualdad de Trato y no Discriminación, que penaliza todo tipo de discriminaciones por razón de raza, sexo, religión u otra circunstancia. Al cierre de esta edición, parecía peligrar su aprobación antes del fin de la actual legislatura, por las trabas de PP, CiU y PNV.

En la actualidad, las necesidades de apoyo social de muchas personas con VIH en una situación de mayor vulnerabilidad, o directamente en una situación de exclusión social, si bien han cambiado con el tiempo, siguen requiriendo de la respuesta de los diferentes actores: Administración estatal, autonómica y local. No basta con las iniciativas que, de forma muy voluntaria pero casi anecdótica, se estructuran con escasos recursos desde la sociedad civil, a través de asociaciones laicas u organizaciones religiosas. Máxime, si tenemos en cuenta que la situación de estas personas continuará agravándose por los condicionantes estructurales (crisis generalizada), políticos (falta de leyes antidiscriminatorias y de inserción laboral) y demográficos (envejecimiento de la población con VIH). Junto a la cronificación de la enfermedad, nos encontramos hoy en día con una 'cronificación a todos los niveles': una cronificación de la pobreza, una cronificación de las desigualdades y una cronificación de la precariedad con la que los profesionales tienen que abordar estas problemáticas.

## Mantenemos el compromiso

Muchas gracias a todas aquellas personas particulares con y sin VIH; a los representantes de organizaciones e instituciones públicas y privadas; a las y los trabajadores sanitarios y de servicios sociales; y, en general, a todas y todos los que nos habéis mandado vuestro apoyo. Hemos recibido cientos de cartas en las que explicáis lo importante que resulta esta publicación para vuestra vida diaria con el VIH o para el trabajo que desempeñáis con personas afectadas. Las hemos trasladado a los financiadores y creemos que han servido para continuar aquí.

Mantenemos el compromiso de seguir adelante con esta vuestra revista que, ahora, cumple 14 años, y que a finales de 2011 publicará su número 50, aunque su sustento económico sea incierto más allá de esa fecha. Si bien hemos recuperado

el mismo nivel de subvención del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, este año los recortes llegarán del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, con una ayuda que, muy probablemente, se verá reducida en un 15%. Las donaciones no restringidas de las compañías farmacéuticas también han mermado en general, cuando no han desaparecido. Entre otros motivos, porque una interpretación cuestionable de sus códigos éticos hace prácticamente ilegal el apoyo a esta publicación. Con todo, intentaremos llegar a los 14.000 ejemplares por número.

Así las cosas, os animamos a que si podéis, os suscribáis a esta revista. Con ello, os garantizáis un ejemplar y, además, contribuís a su continuidad. De nuevo, muchas gracias por vuestro apoyo.

# El legado Mubarak:

## Tortura, detención y deportación de personas con VIH en Egipto

En Egipto, las víctimas de 30 años de gobierno autocrático de Hosni Mubarak no son solo los disidentes del gobierno, sino también lo son las personas que viven con VIH.

A pesar de recibir una considerable cantidad de la ayuda exterior de EE UU, Egipto ha llevado a cabo deportaciones masivas de extranjeros seropositivos, y ha arrestado, torturado y condenado a personas con VIH por el simple hecho de serlo.

“La policía tiene carta blanca para intimidar a ciertas poblaciones”, afirma Joe Amon, director del programa de VIH/sida de Human Rights Watch. “La homofobia es rampante y la policía se ha cebado en estas comunidades. Han arrestado a hombres gays, han escudriñado en sus libretas de direcciones y hasta se han efectuado exámenes anales forzosos”.

El Programa Nacional sobre Sida de Egipto informó de 1.155 personas con VIH en 2007. ONUSIDA, sin embargo, estima que en 2005 el número ya era mucho mayor: 5.300 personas.

Entre 1986 y 2006, Egipto deportó a más de 700 extranjeros con VIH, la mayoría de ascendencia africana. Todos los extranjeros que solicitaban un visado de trabajo o de residencia debían realizarse obligatoriamente la prueba del VIH, y aquellos que daban positivo eran expulsados de inmediato.

### Ofensiva gubernamental

El gobierno utiliza con frecuencia cargos que se usan para tipificar como delito la homosexualidad, a fin de penalizar también la seropositividad.

En 2007 y 2008, el Gobierno egipcio lanzó una ofensiva contra las personas con VIH —consideradas una amenaza para la salud pública— y arrestó por lo menos a doce hombres sospechosos de vivir con el virus. La policía golpeó a varios de ellos, después de someter a las personas detenidas a exploraciones anales para “demostrar” que habían incurrido en una conducta homosexual. Las autoridades los acusaron de “hábitos licenciosos”, un término que según Human Rights Watch emplea el Gobierno de Egipto para castigar la homosexualidad, que no está expresamente sancionada en el código penal del país.

Algunos fueron encadenados a sus camas durante días en un hospital de El Cairo. Las autoridades efectuaron pruebas de detección del VIH a los arrestados sin su consentimiento, y los que dieron positivo fueron condenados a un máximo de tres años de cárcel. “La

Con todo, no sorprende que los informes gubernamentales no digan nada respecto a cómo la brutal represión a homosexuales y personas con VIH contribuye a la propagación del virus. El gobierno también ocultó información relativa al porcentaje de personas que



gente como tú debería ser quemada viva”, habría dicho un fiscal a uno de los hombres, cuando se le informó de que era seropositivo, y añadió: “No mereces vivir”.

### Omisión de los hechos

Aunque Egipto es considerado un país con baja prevalencia del VIH, su propio Programa Nacional de Sida advirtió en un informe de 2009 que “a menos que se mantengan los esfuerzos realizados hasta la fecha, esta situación puede cambiar”. En efecto, el Egipto de Mubarak presenta una serie de factores de riesgo problemáticos que podrían propiciar la expansión de la epidemia, incluyendo el aumento de la pobreza, el escaso uso de preservativos y un número creciente de personas que practican relaciones sexuales prematrimoniales. La educación sobre el sida es escasa: menos del cinco por ciento de mujeres de entre 15 y 24 años tienen un conocimiento amplio del VIH, según una encuesta del gobierno.

han mantenido relaciones sexuales con más de una pareja en el último año. Estos datos, dice el informe, “no son relevantes para la valoración de la epidemia en nuestro país”.

### ¿Se avecinan cambios?

No está claro cómo será el nuevo gobierno en Egipto: podría ser más represivo, lo que implicaría la continuidad de los ataques a personas con VIH; si por el contrario se decanta por extender la aplicación de los derechos humanos, la situación podría ser más llevadera.

“El problema de la brutalidad policial va mucho más allá que la simple experiencia de los hombres que tienen sexo con hombres y de las personas con VIH”, indicó Amon. “Esperamos que las protestas supongan una verdadera erradicación de los abusos que se producían en colectivos que el gobierno veía como una amenaza para la sociedad egipcia”.

Fuente:

- [www.housingworks.org/blogs](http://www.housingworks.org/blogs)



# La brutal represión de China

Justo antes de los Juegos Olímpicos (JJ OO) de Pekín, en 2008, un grupo de jóvenes activistas chinos fue evacuado a EE UU por razones de seguridad. Funcionarios de aquel país hostigaban y detenían a personas que, en su opinión, podían ponerles en aprietos durante el acontecimiento. Tres de ellos viajaron a Filadelfia aquel verano y durmieron en colchones en el suelo de mi sala de estar.

De manera irónica, trajeron palillos chinos con motivos olímpicos como *souvenir*: "No estamos en contra de los JJ OO; es algo grande para China", aseguró uno de ellos con mucha seriedad. "Estamos en contra de la opresión ejercida por el gobierno".

Uno de mis invitados estaba particularmente ilusionado por visitar América. A Chang Kun, un activista del sida con gran capacidad organizadora en la red, le emocionaba ver Filadelfia, probar la comida americana, conocer a chicas del país e intercambiar ideas con otros activistas.

Chang es seguido por muchas personas en internet. Escribe con indignación y usa signos de exclamación. Su visita a EE UU le causó una profunda

impresión. Lo que describió como una atmósfera de libertad, tolerancia e intercambio cultural le había conmovido. Cuando regresó a la provincia de Anhui, situada al este de China, fundó el Centro Joven AIBO, una pequeña organización de base comunitaria con acceso a internet y biblioteca gratuitos, donde los y las jóvenes podían aprender más sobre otros países del mundo.

Recientemente, durante una conferencia en dicho centro y delante de una multitud de activistas, un grupo de matones entró en la sala en la que Chang estaba hablando, le echaron a golpes del estrado y le propinaron una paliza que le llevó al hospital y de la cual todavía se está recuperando. La policía no hizo nada para frenar el asalto.



Ojalá pudiera decir que eso me sorprendió. Pero después de trabajar junto a activistas chinos durante nueve años, reconozco como algo rutinario el trato del gobierno a Chang Kun. De hecho, China usa la violación de los derechos humanos a gran escala: agresión física, tortura, encarcelamiento de activistas y otras voces críticas; amplia censura de las noticias; y un cada vez más efectivo bloqueo de canales independientes de comunicación. Y aquí no se trata de errores o de áreas donde mejorar, pues son los fundamentos del poder gubernamental. Por mucho que se negocien pequeñas concesiones en derechos, esta ecuación no cambiará.

En 2009 y 2010, en respuesta a una revuelta de musulmanes sometidos a una dura discriminación, el gobierno cortó el acceso a internet en la vasta región de Xinjiang durante diez meses. Ahora, está estrangulando el acceso en toda China, bloqueando sitios web que no puede controlar e intensificando la vigilancia en la red.

El coste humano de esta represión es excesivo. En los últimos meses, las

## Discriminación en los hospitales

Según un informe presentado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el sistema sanitario de China discrimina a las personas con VIH poniendo todo tipo de trabas para atenderlas; por ejemplo, se niegan cirugías haciendo alusión a la falta de medios.

Para elaborar el documento con título *Discriminación contra los pacientes con VIH en el entorno sanitario en China*, se llevaron a cabo entrevistas a más de un centenar de personas con VIH y unos treinta trabajadores sanitarios. Uno de los puntos negros es la existencia de hospi-

tales específicos para tratar esta enfermedad y cuyos estándares son inaceptables. El resto de hospitales del país están obligados a mandar estos pacientes a dichos centros de referencia.

Además, de acuerdo con este informe, entre los médicos existe la creencia de que las personas seropositivas tienen una esperanza de vida muy corta y, por ello, sería mejor que solo fueran atendidas por especialistas en esta infección. Conforme a los cálculos de ONUSIDA, en el gran país asiático un total de 740.000 personas vivirían con VIH.

fuerzas de seguridad del país han detenido a numerosos activistas. Según se ha informado, torturaron hasta la muerte a tres miembros de Falun Gong; arrestaron públicamente al arquitecto y activista Ai Weiwei (resulta irónico que sea la persona que diseñó el llamado 'nido de pájaro', el estadio olímpico de Pekín); detuvieron a cientos de devotos cristianos (mientras rezaban) e incluso irrumpieron en la misa del domingo de resurrección durante la Semana Santa.

Un informe reciente describe 'cárceles negras' a lo largo de todo el país, donde son castigados activistas, sus familias y otros que se oponen al gobierno. Muchas de las personas detenidas son golpeadas y torturadas.

El Departamento de Estado de EE UU, que esta misma semana mantiene el diálogo anual con China sobre derechos humanos, emitió hace poco un informe que describe 'cárceles negras' a lo largo de todo el país, donde son castigados activistas, sus familias y otros que se oponen al gobierno. Muchas de las personas detenidas son golpeadas y torturadas.

Los líderes chinos llevan tanto tiempo en el poder que uno puede olvidarse de que nadie les eligió. Su régimen no es más legítimo que los de Libia o Yemen. Si mañana se celebrasen elecciones, podrían ir todos fuera. Pero no hay elecciones en el horizonte. Durante décadas, el gobierno de EE UU ha salido en ayuda del régimen apoyando las aspiraciones económicas chinas, como mantener unas relaciones comerciales permanentes y normalizadas, lo que ha permitido cosechar grandes beneficios, enriqueciendo al Comité Central y a la élite que nadie eligió.

Muchos observadores piensan que China se está convirtiendo en un centro económico neurálgico, pero que no tiene ninguna intención de convertirse en

una democracia. En veinte años, China se envalentará incluso más a la hora de reprimir a su propia gente con violencia.

Con estos antecedentes, ¿en qué momento dejaremos de ver a China como una nación imperfecta pero dinámica que va en el camino hacia la democracia, y empezaremos a ver a su gobierno como un régimen autocrático, desestabilizador y violento, en la línea, por ejemplo, de Irán? Como ciudadanos americanos, ¿dónde ponemos la línea?

Tenemos que dejar de engañarnos. China está gobernada por un régimen violentamente represivo. Y EE UU, con sus políticas económicas, está ayudando a que eso se mantenga así.

La autora es directora ejecutiva de AIDS Policy Project y ha organizado campañas para la liberación de activistas por los derechos en salud de China. Este artículo fue publicado en 'The Washington Post' el 26 de abril de 2011 en su versión original en inglés.

## España congela su aportación al Fondo Mundial

El pasado mes de enero, trabajadores del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria desvelaron la existencia de una trama de corrupción y malversación de fondos que afectaba a diversas subvenciones por un importe de varios millones de dólares, que dicho organismo internacional había destinado a países africanos como Yibuti, Mali, Mauritania y Zambia.

A pesar de las medidas prometidas por el Fondo Mundial para esclarecer los hechos, diversos gobiernos europeos, como el de España, Alemania o Suecia, anunciaron en su momento que congelarían la aportación económica a este organismo internacional. Recientemente, el Gobierno español ha afirmado que no prevé donar más dinero al Fondo Mundial hasta que se abra una investigación de lo sucedido y se pongan en marcha los mecanismos

adecuados para garantizar una gestión de los fondos que permita la detección y eliminación de los fraudes, a fin de mejorar la credibilidad de esta institución. Entre las medidas que proponen diversos organismos europeos están la realización de una auditoría, así como la creación de un panel de expertos independientes que supervise el uso de las ayudas gestionadas por el Fondo Mundial.

Desde distintos medios, aunque reconocen la necesidad de atajar estos casos de corrupción y malversación, también consideran que los diferentes gobiernos estarían aprovechando la oportunidad para justificar su falta de compromiso debido a sus propias situaciones económicas internas. En este sentido, las organizaciones españolas Tenemos SIDA y CESIDA instan al Gobierno de España a que establezca un diálogo productivo con el Fondo Mun-



dial para aclarar si las medidas tomadas por este organismo le parecen suficientes o, en caso contrario, proponer las acciones concretas que considere oportunas de modo que no se demore más el anuncio del compromiso económico español con esta institución. Asimismo, señalan que los verdaderos perjudicados en todo este asunto son las personas con VIH beneficiarias de los programas que viven en esos países en vías de desarrollo.

**Fuente:**  
• Europa Press.

# Un poco de humanidad

Ante todo, mis más cordiales saludos por estar leyendo mi texto, que narra una historia muy resumida, la mía, sin incluir nombres de personas ni instituciones. Me presento. Me llamo Jordi, soy un empresario, ahora tengo 37 años, y he sido recientemente diagnosticado de VIH/sida. La vida para mí ha sido muy dura. He trabajado de sol a sol siempre. Tengo una fortaleza emocional muy fuerte. He recibido siempre malas noticias y he sorteado en todas las ocasiones los más adversos problemas y situaciones.

## Dos amables minutos

Mi médico de cabecera me dio el resultado, pero antes me había preguntado si era homosexual varias veces: yo le paré los pies por hacer preguntas que no procedían. Entonces me dio el resultado de golpe, con mucho desprecio. Me hizo un poco de interrogatorio arrogante, sin la más mínima intención de ayudar, preguntando a qué me dedicaba, qué hacía, dónde vivía... En ningún momento me preguntó cómo me encontraba. En total, me dedicó unos dos amables minutos hasta que, al final, me dijo que me hacía una derivación para ir a un "médico internista", que allí ya contaría la verdad de todo (aquí terminó el interrogatorio), y que, mientras, me fuera tomando ansiolíticos para calmar mi espera. Me abrió la puerta de la consulta y, gesticulando, me invitó a que saliera de ella. Entregué un papel en un mostrador y me dijeron que, antes de dos meses, me avisarían para darme cita.

Lo primero que hice fue ir a hablar con mi novia y le conté lo sucedido. Se le cayó el mundo encima. Mi novia fue a hablar con mi doctor al día siguiente, y le pidió que, por favor, la cita con el médico internista me la hiciera urgente, y no por la vía normal. La atendió a gritos y le dijo que la vida era muy dura y que las consecuencias se pagan—condenó—. Chillando, la echó de la consulta y la siguió voceando en los pasillos. Le dijo que eso no era ninguna urgencia, al igual que el cáncer, que tampoco era una urgencia.

Desde ese momento, me empecé a poner muy nervioso, me sentí desatendido completamente. Por mi cuenta,

pedí ayuda a una persona que trabaja en un hospital, y me hice una analítica para poder valorar mi actual situación. Los resultados fueron: una carga viral de algo más de 220 millones de copias/mL, y unos CD4 ya muy tocados.

## Sin juzgar ni condenar

Nunca la muerte me había acariado de tan cerca. Mi percepción era ya de pánico, me sentía más solo que nunca. Entonces, delegué en mi novia para que me hiciera todas las gestiones como si fuera su propia vida. Yo necesitaba ya representación ante esas instituciones tan agrias que tenemos. Empezó a llamar a todas las instituciones, una de ellas fue la línea del Sida, ese teléfono 900. La atendieron muy bien, pero con ciertas limitaciones de recursos. Le comentaron que no podíamos hacer nada más que esperar esa cita del médico internista y que había un protocolo a seguir.

Por suerte, una organización no gubernamental nos dio cita pronto: un médico especializado de la ONG nos atendería. Y sí, pasados dos días, fuimos allí. Recuerdo aquel momento en que bajé del tren y crucé andando media ciudad llorando. Allí me atendieron de una manera estupenda, sin juzgarme ni condenarme como hicieron en el ambulatorio. Recibí una ayuda adecuada a mí, unas explicaciones técnicas, y con eso ya me sentí mejor. Fue como si me hubieran "puesto en circulación" de nuevo. Hicieron las gestiones para que entrara en un hospital especializado en VIH/sida. Me cogieron de la mano y me dijeron que no me iba a morir, que me lo quitara de la cabeza. Me ofrecieron apoyo psicológico y emocional. Por suerte, a mí no me ha hecho falta, porque solo necesitaba ayuda especializada y un poco de humanidad, y cómo no, información técnica. Con eso, yo ya me recuperé anímicamente de golpe.

Ahora, recibo atención en un hospital. Ya me he casado, espero una hija, y tengo ganas de tirar para delante de nuevo. Es una lástima no haberle podido contar a nadie que tengo VIH, solo lo sé yo y mi esposa; y eso que tengo muy buenos amigos, pero he comprendido que ellos no me pueden ayudar. En cambio, yo sí puedo ayudarlos y eso



me reconforta más que no la compañía que me puedan ofrecer a mí.

## Un trato digno

Muchas personas necesitan de mi ayuda, que muy gustosamente voy a seguir brindándoles mientras me sea posible. Soy muy activo y muchas personas confían en mí, amigos y clientes. Esto me ayuda a continuar también.

Mi mensaje, lo que quiere transmitir, es la reacción que causa en una persona el hecho de ser mal atendida asistencialmente y las extrañas reflexiones que un individuo puede plantearse cuando le dicen que tiene VIH. Y es que las personas tenemos que ser bien tratadas, tengamos lo que tengamos. Todo el mundo se merece un trato digno. No debe ser en el fondo una cosa tan vulgar como el dinero lo que decida quién se merece vivir y quién no. Yo, hasta ahora, he hecho mucho para la sociedad, incluso para mi país, como empresario y también como persona, y voy a seguir haciéndolo. Estos momentos de crisis son muy difíciles, pero lo son para todos.

Espero y deseo que empresas, médicos, investigadores y también ONG sigan investigando y trabajando en el VIH/sida, porque si empezamos a recortar gastos en este ámbito, entonces, ¿quién va a querer invertir tiempo, dinero y esfuerzo en una cosa tan difícil como es el VIH/sida si al final no hay nada que ganar?

Jordi

## VIH/prisión: una pequeña reflexión, una gran realidad

A través de esta estupenda revista he aprendido mucho, y lo sigo haciendo con todas las experiencias y vivencias de las personas que aportan su granito de arena. Eso ayuda mucho, sobre todo a concienciarnos del problema, a no temerle tanto a la enfermedad y a poder asumirla mejor.

Desde mi experiencia en prisión, he visto y sigo viendo de todo: personas que se lo toman en serio, que son conscientes, y otras totalmente inconscientes, que, conocedoras de la enfermedad, no hacen nada para mejorar su salud, no les importa en absoluto.

En mi caso, soy portador del VIH, asintomático. Mi medicación se reduce a una sola pastilla, "la pastillita de la vida", como yo mismo me digo.

Mi infección se produjo por un error, debido a una transfusión hace aproximadamente diez años. Que te digan con 32 años que eres seropositivo es difícil de encajar, pero tuve suerte, pues el médico tuvo mucho tacto al explicármelo; incluso quiso hacerme una segunda analítica para asegurarse después de escucharme.

No me lo podía creer, ya que no había tenido prácticas de riesgo; sinceramente, estaba desconcertado, le daba vueltas al tema y no encontraba respuesta.

En la cárcel, he ido recopilando mucha información, parte de ella a través de las personas que, valientemente, han contado su experiencia sin miedo. Muchas me han sorprendido; para mí son admirables, no solo por el hecho de plantarle cara a la enfermedad, también por el rechazo que han tenido que vivir, incluso de las personas más cercanas, de la propia familia.

Yo no se lo he dicho a ningún miembro de mi familia; sé que más de uno no lo aceptaría, pero no me preocupa. La única persona a la que sí le afectaría es a mi madre; algún día se lo diré, aunque dada la circunstancia y mi situación personal, ahora no es el mejor momento.

Tener VIH y estar en prisión es duro. La sociedad te juzga, básicamente te aparta. Se fomenta mucho la solidaridad, pero ni siquiera te preguntan: ¿por qué estás aquí?, ¿cómo te infectaste? No les importa. No te dan la oportunidad de poder expresarte, esto es lo que más me duele. Aquí dentro, me resulta imposible expresar y exteriorizar todo cuanto guardo en mi interior, no existe la confianza en este mundo en el que me hallo. Intento salir del círculo, pero me encuentro otro muro todavía más alto.

En prisión, tienes acceso a la medicación que el médico especialista

considera adecuada a partir del resultado de la analítica, que te hacen cada 3-6 meses. Después, cada uno es responsable de tomársela o no.

Para mí, es una satisfacción enorme, después de cada visita, cuando te notifican aquello que esperas: ¡Sigues muy bien! Todo está igual. Eso me da vida.

Cada persona es un mundo; yo sé y puedo convivir bien con mi soledad, pero otra mucha gente, no. Ésta les anula, igual que el rechazo por parte de la sociedad: les hace recaer, volverse inconscientes, compartir jeringuillas, tener relaciones íntimas sin protección, con todo lo que tenemos a nuestro alcance...

La correspondencia es una buena autopista, no te hace sentir tan aislado; es una buena terapia, que junto al trabajo, te dignifica, te hace subir la autoestima y tener mayor confianza en ti mismo.

Vivir con VIH no tiene por qué apartarnos, al contrario, nos debería hacer sentir mejor a todas las personas.

No sé si sirve el símil que hago "VIH/prisión", pero necesitaba exteriorizarlo, y gracias a esta revista, puedo hacerlo y me siento estupendamente.

Javier Sánchez  
C. P. Quatre Camins

## Un bicho raro

Bueno, mi historia es como la de cualquiera. Cogí el bicho por hacer el amor con un chico con el que llevaba nueve años viviendo. En un año, me adelgacé mucho, y después me dio una toxoplasmosis, así que me llevaron a urgencias de un hospital. Allí, en medio del pasillo, me lo dijeron. Lo supo toda mi familia, mis hermanos y mis padres, pero lo entendieron.

Estuve dos años sin salir de casa. Me sentía un bicho raro. Un día, como tenía ganas de hablar, se lo expliqué a una amiga, bueno, una conocida, de cuando teníamos 14 años. Entre tres, ella y dos tíos, me dieron una paliza y llegué a mi casa llena de moratones. Decidí, pues, no contarle nunca más.

Hoy en día, voy a una asociación de Alicante sobre el VIH. Ahora, lo digo siempre. Hay que decirlo: lo que me pasó fue solo cuestión de mala suerte. En mi vida, he encontrado a personas que lo cuentan y desaparecen, pero también a gente que vale la pena conocer y lo entienden.

Podría decir más cosas, un libro podría escribir, pero eso de teclear... pues no es lo mío.

Bien, un saludo a esa peña fuerte.

Maribel



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



# ¡Adiós 3 centímetros! ¡Gracias osteoporosis!



La pérdida mineral ósea es un efecto secundario de la terapia antirretroviral. Además de frecuente, a menudo empeora en nosotros, las personas con VIH, produciendo lo que se llama osteoporosis.

Como algunos de vosotros, yo también tengo esta pérdida de hueso, diagnosticada en 2008. Llevo 21 años viviendo con VIH. Inicialmente, me prescribieron calcio y vitamina D, pero en vista de que la densitometría ósea —un bombardeo de rayos X de cadera hacia arriba durante 10 minutos— mostraba apenas una leve estabilización del calcio, optaron por recetarme ibandronato de sodio (Bonviva®).

Yo soy de los que gusta saber algo más sobre mi huésped permanente, me refiero al VIH, ¡mal pensados! Viendo que sus efectos secundarios eran algo agresivos, a mi parecer, excepto que ese bifosfanato no contiene hormonas (¡con lo a gusto que me siento siendo homosexual!), manifesté a mi doctora que no lo iba a tomar. Pero he aprendido acerca de la importancia de una buena relación médico-paciente. Así que le propuse una alternativa: una dosis semestral intravenosa de zolendronato.

Ella aceptó de buena gana. De paso, quiero dar las gracias a vuestra revista *LO+POSITIVO* y al boletín diario *La Noticia del Día*, pues fuisteis vosotros quienes me proporcionasteis estas herramientas de conocimiento que tanto me han ayudado, como a muchos, a colaborar en el control de nuestro VIH y por tanto, a favorecer una posible mejor calidad de vida.

Hace poco tiempo, tuve mi revisión anual: Las cosas han mejorado en la columna vertebral y la osteoporosis se

ha estabilizado en mis caderas. Como pago de esta mejoría, ahora mido 3 centímetros menos.

Pasar de 1,73 a 1,70cm a mis 55 años, la verdad, no me afecta mucho. Quizá sea porque acepto la responsabilidad de mi enfermedad. He dedicado tiempo y esfuerzo a conocerla por dentro (es decir, en mí) y por fuera (es decir, tratando de colaborar en beneficio de todos nosotros).

Puede que esa sea mi receta, a pesar de mis otras múltiples afecciones. Una sugerencia: Incluid en vuestra dieta alimentos ricos en calcio y, si lo consideráis oportuno, dosis extras de vitamina D, con frecuencia bimestral. En cualquier caso, es bueno hablar con vuestro médico sobre esta cuestión. Una fractura ósea, en nuestro caso, es algo bastante serio que podría complicarnos más la vida de lo que ya la tenemos. ¡Cuidaros y adelante!

Héctor Fortuny (Tenerife)

## 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: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

En 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.



©Santos Román

Han Nefkens creador de ArtAids

La fundación ArtAids es una organización sin ánimo de lucro que utiliza el arte en la lucha contra el sida, invitando a artistas reconocidos a crear piezas que traten sobre la enfermedad y cuestiones relacionadas. Estas obras de arte son usadas para sensibilizar y mejorar la actitud de la sociedad hacia las personas con VIH. Hablamos con el escritor y coleccionista de arte holandés Han Nefkens.

# El arte como reflexión

**Uno de los objetivos de ArtAids es sensibilizar sobre el VIH a través del arte. ¿Cómo nace la idea, la motivación de este proyecto?**

De la práctica. En el año 2004, durante la celebración de la Conferencia Internacional del Sida en Bangkok, conocí al presidente de la organización y le dije que debería haber algo de arte en la conferencia. Me fui a Bangkok, conecté con personas de allí, preparamos una exposición en esa ciudad e invitamos a distintos artistas de Tailandia, Singapur y de países del sureste de Asia para que produjeran obras sobre el VIH y el sida.

Vimos que, para muchos artistas, era la primera aproximación al VIH y que debían pensar de una forma bastante concreta porque tenían que tener un resultado después de ese pensamiento. Ese fue el primer objetivo: los artistas

mismos; después vimos que muchas personas iban a la galería a ver arte, y que para ellas, también era la primera vez que se ponían a hablar de manera abierta sobre el sida, que lo podían ver, que surgían las preguntas.

Por eso pensé en crear la Fundación ArtAids, precisamente para causar este efecto: que la gente pueda hablar del VIH, que las personas se den cuenta, porque hoy en día ya no es tan obvio como lo era en los años ochenta y principios de los noventa. Se sabe que existe, que no hay que excluir a gente que vive con VIH y que hay que tener cuidado, por supuesto.

**¿En qué medida el arte puede ayudar en la respuesta frente al sida?**

Lo bueno del arte es que, con una imagen, se transmite toda una historia; lo mismo ocurre con el VIH.

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

Rellena, recorta (o fotocopias) 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?

Una persona ve una imagen y empieza a preguntarse qué tiene que ver esto con el VIH, qué quiere decir. Comienza a cuestionar cosas. El mero hecho de pensar en el VIH ya es un avance, dado que para mucha gente no existe. Lo hemos vivido en todas las exposiciones que hemos hecho tanto en Tailandia como en Holanda, Francia y España. Las personas empiezan a hablar del tema.

**En vuestro historial figuran artistas de todo el mundo; ¿funcionan las obras igual en un sitio que en otro?**

Quizá no, porque hay países que no tienen tantas oportunidades de ver arte contemporáneo. La gente me pregunta cómo se mira el arte contemporáneo —me parece una gran pregunta—. Les digo: 'lo ves con el corazón, con tu estómago'. Toda obra de arte causa una reacción y no hay ninguna reacción equivocada.

**En perspectiva, en la década de los 80 y 90 del siglo pasado vemos ese arte de la urgencia, por ejemplo, en los libros de Hervé Gibert o en las pinturas de Basquiat. ¿Cómo ves la tendencia del arte actual, en artistas que viven con VIH o que estén implicados en el tema?**

En los años ochenta y noventa era realmente un estado de sitio para las personas con VIH, veíamos a nuestro alrededor a gente que moría de sida. Era una situación dramática y requería un arte dramático, que llamara la atención. Por eso, hubo un gran desarrollo de muchos aspectos relacionados con el VIH. En la actualidad, está médicamente bajo control para los afortunados que vivimos en Occidente, y hemos visto que eso se nota: Ha desaparecido el arte que tenía que ver con el VIH y se aprecia que las obras son menos fuertes que en los años ochenta y noventa; diría que ahora son más estéticas.

**Se habla de la cronificación de la enfermedad, de cierta apatía social; ¿crees que eso se plasma en el arte?**

Tal vez un poquito, es muy diferente ver a la gente enferma, con la cara chupada, que ver a la gente saludable aunque sea seropositiva; es casi una cosa abstracta y se acaba notando también en el arte.

**Respecto a la temática, ¿crees que las reivindicaciones que pueden plantear algunas de las obras están condicionadas por la realidad del país de donde proceden? Es decir, donde no hay acceso al tratamiento**

**o donde hay vulneraciones claras de los derechos humanos, por ejemplo, ¿queda esto reflejado en el arte?**

Sí, y también existe toda una tradición y cultura del arte diferente según el país. Por ejemplo, en África se hacen cosas muy distintas que en Tailandia o que en España, y eso tiene que ver otra vez con la cultura, pero también con la vida que lleva la gente. Está relacionado con una realidad mucho más dura en África que la nuestra.

**Como artista y coleccionista de arte, ¿qué artista te ha impresionado más o qué obras nos recomendarías?**

Me encanta la obra de Félix González-Torres, porque sabe expresar tantas cosas... Me identifico mucho con su obra: su manera de plasmar el vacío después de que muera alguien, como por ejemplo cuando murió su pareja; le dio forma artística a la ausencia con una foto de dos sillas vacías, de los relojes que van juntos. Lo que me gusta también mucho de González-Torres es su generosidad: hace arte que se puede llevar, como las montañas de caramelos, o los pósteres; cada persona se puede llevar un póster. Es arte para compartir y eso me gusta mucho.

**En julio, presentáis en la Fundación Joan Miró de Barcelona la exposición *You are not alone*, que también podrá verse en Vigo; ¿qué vamos a encontrar?**

Vamos a ver nueve obras que hemos encargado a diferentes artistas de diferentes sitios del mundo. Hay artistas de origen vietnamita, marroquí, inglés... lo que supone tener un amplio abanico cultural y unas formas de expresión muy diversas. Y luego tenemos obras que ya formaban parte de mi colección y que tenían que ver con el VIH. Yo creo que se concentra una gran variedad, hay diferencias culturales, de edad, de artistas, de enfoque, y todo ese conjunto pienso que puede constituir una experiencia muy enriquecedora para las personas que se acerquen a ver la exposición.



Elmgreen and Dragset  
New Blood, 2011  
Copyright de los artistas

**Si algún artista nos está leyendo y quiere colaborar con ArtAids, ¿cómo puede hacerlo?**

En general, no trabajamos así, tenemos un proyecto y nosotros mismos escogemos a los artistas: los elegimos por nuestras experiencias previas o porque ya los conocemos, pero no hacemos una convocatoria abierta.

Buscamos un artista cuya trayectoria nos resulte conocida; también, que sea una persona a la que le guste trabajar siendo comisionado. Que le agrade estar en exposiciones con otros artistas y, de esta forma, colaborar con colegas y, sobre todo, que se sienta involucrado con la temática; esto no suele ser así en todos los artistas.

**¿Cómo crees que el arte puede utilizar las nuevas tecnologías de la comunicación?**

Pienso que, gracias a estas nuevas tecnologías, el arte se vuelve más cercano a la gente, porque si quieres ver una obra, no hace falta que vayas a un museo o a una galería, lo puedes ver en tu ordenador o en tu teléfono, y en el momento que quieras. Incluso puedes reaccionar y dar tu opinión, puedes dejar tus comentarios. Podríamos decir que, de este modo, hay más diálogo entre artista y espectador/a y el arte se hace más cercano.



# Centros residenciales: una segunda casa



Al menos un 15% de las personas con VIH carecen de los recursos económicos más básicos para poder llevar una vida digna y obtener los cuidados médicos que requieren. Hay personas sin trabajo, que además padecen adicción a algún tipo de droga, las cuales conviven con situaciones personales muy críticas que se prolongan en el tiempo y que necesitan ayuda profesional para ser superadas. ¿Cómo evitar estas situaciones de marginalidad? ¿Qué papel desempeñan los centros residenciales que se convierten en hogares para los momentos más duros? ¿De qué manera han evolucionado en los últimos años? ¿Cómo les afectan los recortes? LO+POSITIVO ha hablado con profesionales del sector y, sobre todo, con los usuarios de estos servicios.



**E**n los años 80, los centros residenciales para personas con VIH se centraban en ofrecer asistencia sanitaria y humana para personas en una situación de desamparo que buscaban una muerte digna en lo que podían ser los últimos meses de su vida. Con la aparición, en los 90, de los tratamientos antirretrovirales, se incrementa la esperanza de vida de las personas con VIH, y lo que era una enfermedad mortal pasa a ser crónica.

Este cambio replantea el funcionamiento de muchos recursos residenciales, que cada vez más se preocupan para encauzar la vida de las personas en situación extrema y conseguir reforzar su autonomía. Se trata de que, en la medida de la posible, solo sean un lugar de paso. Este nuevo modelo se ha ido afianzando en los últimos años, hasta que la crisis ha hecho acto de presencia y amenaza el funcionamiento de algunos centros.

Es el caso de ACLAD, una ONG sin ánimo de lucro que nació para apoyar a personas con drogodependencia y que trabaja en distintas ciudades de Castilla y León. Disponía de dos casas de acogida específicas para personas con VIH hasta que, hace poco, cerraron la que tenían abierta en León y centraron sus esfuerzos en la que hay en Valladolid.

« Ahora que la enfermedad se ha cronificado es más importante que nunca proporcionar este apoyo, especialmente porque el 90% de los ingresados tienen una patología dual. Son personas en una situación crítica pero que, con un seguimiento adecuado, pueden mejorar muchísimo. »

### María Gutiérrez-Cortines

“Es un servicio vital y queremos que pueda seguir funcionando”, explica María Gutiérrez-Cortines Corral, presidenta de la asociación. “Estamos ofreciendo un servicio muy importante. Ahora que la enfermedad se ha cronificado es más importante que nunca proporcionar este apoyo, especialmente

porque el 90% de los ingresados tienen una patología dual. Son personas en una situación crítica pero que, con un seguimiento adecuado, pueden mejorar muchísimo”.

Su servicio está vinculado a una comunidad religiosa, las Hijas de la Caridad, que apoyan otras casas como la de San Sebastián, gestionada por Cáritas. “Ponemos el máximo de nuestra parte, pero solas no podemos”, expone Merxe Iturralde, la hermana responsable. “El año pasado, ya casi tuvimos que cerrar por la falta de subvenciones. Tenemos miedo, y con los cambios políticos recientes, todavía más. Aunque también es verdad que, después de 15 años, siempre ha habido problemas económicos y hemos seguido adelante”.

Defiende la necesidad de ayudar a estas personas que se encuentran en una situación tan delicada. “Tienen problemas económicos y de salud, con el agravante del VIH, que sigue cerrando muchas puertas”. En Valladolid disponen de 11 plazas y, en los últimos años, habían estado ocupadas en el 95%. Actualmente, la ocupación es del 100%. “Los servicios están copados”.

Hay quien les critica por ofrecer un servicio de estas características dada su vinculación religiosa. “Existe una falsa percepción sobre esto. Nuestro trabajo es aconfesional, en nuestro centro no cerramos las puertas a nadie, sea cual sea su confesión u orientación sexual. Lo que pedimos es que no se consuma ni alcohol ni drogas dentro de la casa, si bien la metadona se permite”, detalla la hermana. “El otro día vino un usuario que salió de fiesta y se tomó alguna cerveza de más. Somos flexibles, pero le leímos la cartilla y le pedimos que fuera la última vez. Los compañeros también se lo recriminaron”.

### Casas llenas de vida

Quienes también suman unos años de experiencia son la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava, Sidálava, una organización no gubernamental, sin ánimo de lucro, que funciona desde 1987. Gestionan una casa de acogida para personas con VIH, un piso para presos, pisos tutelados, un centro de día, un piso de apoyo, inserción y vinculación.

“Las cosas han cambiado mucho”, confirma Diego de Cristóbal, que trabaja como educador social. “En 1995, cuando empezamos, la gente entraba en la casa con una perspectiva de vida corta. Con la evolución de la medicación esto cambió y, ahora, fomentamos la autonomía. Se trata

« Hay que ser flexible. En muchas casas, si una pareja pide entrar, ya no les dejan. En nuestra casa, se ha formado una pareja y no ha habido problema. Con el consumo, igual: tratamos de tener mano izquierda. En la casa no se puede consumir heroína ni cocaína, pero sabemos que algunos, cuando salen, se fuman algo de hachís o se beben un par de cervezas. »

### Diego de Cristóbal

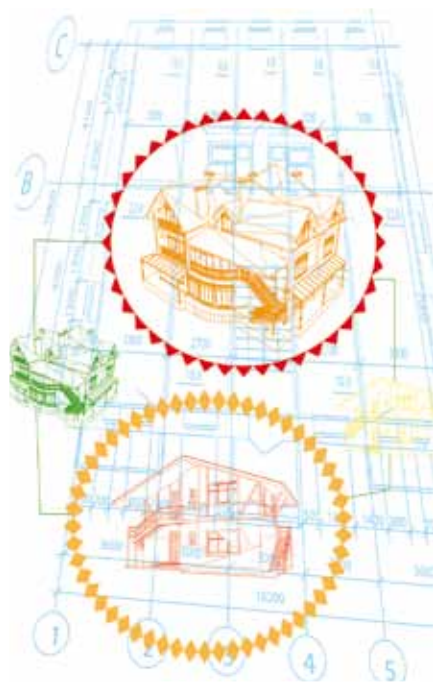
de que cada persona crezca para que pueda vivir por su cuenta”.

Tienen buenas intenciones, pero también son realistas. Saben que hay personas que difícilmente podrán volver a vivir solas. “Jugamos con distintos objetivos. Sabemos que las personas sin familia que solo conocen entornos en los que se consume... es difícil que puedan volver a ser autónomas. Por esto, tenemos a gente que entra y sale, o que está con nosotros un buen tiempo”. Pide recursos más adaptados a cada situación. “Echamos en falta más espacios intermedios, entre una casa con atención las 24 horas y la independencia total”.

En Sidálava hacen especial hincapié en dar cobertura a la población ex-reclusa. “Son personas que igual deberían estar en prisión, pero que fruto de su situación de salud grave salen en libertad condicional. Allí no quieren que se les mueran. Y nosotros les abrimos las puertas”.

Su casa de acogida, Besarkada Etxea (‘la casa de los abrazos’) es, con 14 plazas, la única en Álava, y las peticiones de entrada las gestionan a través de la Diputación, el titular del recurso. “Tenemos muy buena relación con ellos, vamos en la misma dirección. Hay confianza mutua”.

Suelen estar siempre al máximo de capacidad, pero se preocupan para ofrecer un trato lo más personalizado posible. “¡No son fichas!”, se queja De Cristóbal. “Hay que ser flexible. En muchas casas, si una pareja pide entrar, ya no les dejan. En nuestra casa, se ha formado una pareja y no ha habido problema. Con el consumo, igual: tratamos de tener mano izquierda. En la casa no



se puede consumir heroína ni cocaína, pero sabemos que algunos, cuando salen, se fuman algo de hachís o se beben un par de cervezas. Nuestro principio es la normalización. Las normas y los límites son los necesarios para poder tener una convivencia. Pero no vamos más allá. No podemos estigmatizar más”.

Ofrecen un antiguo caserío rehabilitado, en las afueras de Vitoria. La apariencia es la de una casa rural con vacas y establo, pero su interior está adaptado como equipamiento residencial. Hay doce profesionales trabajando a jornada completa y cuatro voluntarios que también animan a los usuarios con una conversación, un paseo o acompañándolos al médico.

“Algunos centros que conozco son muy fríos. Nosotros buscamos todo lo contrario. Por eso, tenemos cuidado de un jardín, un huerto, hay perro... Son puntos que, además, nos ayudan a fomentar la responsabilidad, la autonomía”, añade Diego de Cristóbal.

### Agrupados en Cataluña

Quienes también tienen tomates, lechugas y berenjenas son los usuarios del piso de soporte que gestiona la ONG ABD (Asociación Bienestar y Desarrollo) de Barcelona. Están situados en el centro de la ciudad, pero disponen de un amplio patio donde cultivan un creciente huerto urbano. Les ayuda a crear un ambiente más distendido y una mejor convivencia.

“Queremos que pueda ser íntimo, acogedor. Que la enfermedad pase a

ser una cuestión muy natural. En los 90, éramos un lugar para que la gente se muriera dignamente, pero ahora somos un piso de soporte para personas con VIH. Tenemos claro que debe ser un recurso temporal, para personas autónomas”, detalla Aldana Menéndez, responsable de los programas de VIH de la ABD.

“Primero, trabajamos la salud, y después, buscamos la inserción y la plena autonomía. El tiempo de estancia es de un año de media, aunque paulatinamente nos encontramos con más personas en una situación administrativa irregular, y entonces los procesos son más largos. Cada vez lo tienen más complicado”, se lamenta.

Ofrecen ocho plazas y hay cinco profesionales trabajando. Un médico visita a todos los usuarios cada día durante dos horas para supervisar sus pautas médicas. Por la mañana, tienen una trabajadora social, y por la tarde, una psicóloga. Una voluntaria les proporciona terapias alternativas como masajes y kinesiología. Otro voluntario les apoya en la cocina, si bien son ellos mismos los que preparan la comida por turnos.

En Cataluña, hay once entidades que trabajan en esta misma dirección y, desde hace un año y medio, se han unido en una comisión que funciona dentro de ECAS (Entidades Catalanas de Acción Social). Así, se coordinan para conocer qué plazas libres hay en cada momento. “Ha dado muy buen resultado”, asegura Menéndez. En total, disponen de 134 plazas, pero reclaman más recursos. “Sería interesante un soporte a la vida autónoma. Poder, por ejemplo, acompañar un cierto tiempo a estas personas una vez nos abandonan. Lo acabamos haciendo, pero sin recursos”.

Hay también personas que no quieren acogerse a una casa o piso. “Entonces, intentamos buscarles un alberge o una pensión. Es importante encontrar un modelo ajustado a cada necesidad: un piso con soporte mínimo, más intenso, un centro sociosanitario... Es prioritario saber qué quiere hacer cada persona. Y hay quien quiere vivir en la calle”.

### Con ayuda de los voluntarios

En la casa de acogida de la asociación Siloé de Cádiz dan una relevancia especial al papel de los voluntarios. “Hacen falta unos profesionales que trabajen en el servicio, pero también unos voluntarios que aporten algo más, un plus de calidad”, afirma su director, Antonio Barrones.

Hace años que se mueven en esta dirección, disponen incluso de dos médicos que acuden al centro de manera altruista. Los voluntarios ayudan tanto en el mantenimiento de las instalaciones como apoyando a los mismos cuidadores o, si hace falta, hacen de chóferes para ir al hospital. Lo importante es que todos se encuentren bien atendidos, sobre todo sabiendo que el 70% tiene una gran dependencia.

« Primero, trabajamos la salud, y después, buscamos la inserción y la plena autonomía.

El tiempo de estancia es de un año de media, aunque nos encontramos con más personas en una situación administrativa irregular, y entonces los procesos son más largos. Cada vez lo tienen más complicado. »

### Aldana Menéndez

Empezaron con 16 plazas y las ampliaron a 25. Están en una casa de 2.000 metros cuadrados, en una parcela de 12.000 en las afueras de Jerez de la Frontera. Antonio Barrones hace 11 años que es el director, desde el inicio. “He aprendido a respetar y entender a cada una de las personas que han convivido con nosotros. Cada uno merece las mismas posibilidades, aunque en la vida no hayan tenido tanta suerte como otros”, asegura.

Entre las mismas cuatro paredes han convivido muchos andaluces, pero también personas de varios puntos de la Península e inmigrantes que han atravesado el Estrecho con patera. La edad media es de 40-50 años y hay muchas personas procedentes de la prisión o de la calle. Sus responsables afirman que nunca ha habido grandes problemas de convivencia.

“Es un recurso grande y nos gustaría ofrecer más plazas. Pero no disponemos del dinero necesario; además, hay organismos que se retrasan con sus pagos. No somos como otras casas que conozco, que al principio del año ya tienen la financiación para los siguientes doce meses”.



## Atención a las personas con patología dual

“Existen nuevos patrones en lo que se refiere al consumo de drogas”, explica el psicólogo Raúl Izquierdo. “Ya no se utiliza tanto la jeringuilla y el VIH se transmite más por otras vías. Pero se consume muchísima cocaína y esto conduce a trastornos mentales graves”. Él es uno de los responsables de la asociación Dual ([patologiadual.com](http://patologiadual.com)), que trabaja con personas doblemente diagnosticadas: con un trastorno adictivo y un trastorno mental.

“Los afectados por una patología dual muchas veces no encuentran su lugar en los recursos para personas con problemas de salud mental o de drogas, debido, sobre todo, a la naturaleza específica de cada una de las redes”, lamenta el psicólogo. Es por eso que, desde el año 2000, se impulsan recursos diseñados para estos pacientes.

Ahora, están a punto de abrir un piso con ocho plazas para personas con patología dual, que funcionará con capital privado. Para los que no necesitan una atención continuada, ofrecen un piso con tres plazas, con la supervisión de un educador y un psicólogo, que gestionan mediante solicitud de subvenciones.

La asociación también es responsable del Centro de Rehabilitación Clínico y Psicosocial de Patología Dual con 99 plazas. “Se trata de un recurso

ambulatorio que combina la asistencia clínica y psicosocial en un mismo espacio”, detalla su responsable.

En su catálogo de servicios añadieron, en 2004, un Servicio de Información y Orientación para afectados, familiares y profesionales. También han formado a 600 profesionales que trabajan en el circuito de la red de drogas y en el de salud mental.

En alguno de sus proyectos reciben apoyo institucional, pero se lamentan de que sea irregular. “Si dependes de capital público, es difícil planificar. Más ahora, con las dificultades económicas. Esto nos preocupa mucho”.

Ellos trabajan para personas que necesitan un seguimiento constante e individual. “El piso tradicional destinado a personas con VIH no es el adecuado si se padece un trastorno dual. En muchos recursos asistenciales se hace lo que humanamente se puede y más. Pero no suele existir un programa específico para esta situación, ni el personal adecuado. Disponemos de un estudio que demuestra que el 53% de los pacientes atendidos en estas redes presentan un cuadro compatible con una patología dual”.

Izquierdo es crítico, asimismo, con los centros que funcionan con personal voluntario. “Muchas veces, son profesionales no remunerados”, denuncia.

“Nos hemos acostumbrado a funcionar con lo mínimo. La Administración deja de hacer los deberes si no le exigimos”.



Aboga para que el usuario disponga de toda la información y sea consciente. “Hay pacientes con trastornos graves, por ejemplo, en el grupo de psicosis, que no tienen consciencia del problema. No quieren ir a un sitio donde traten ‘locos’ porque no creen necesitar un tratamiento que implica unos efectos secundarios. No se puede rehabilitar a alguien que no sabe lo que tiene. Defender esto no es ideológico, es un fundamento médico”.

Ante todo, están orgullosos de los resultados que han cosechado y del cambio que han hecho muchas personas. Pese a todo, les gustaría tener que cerrar, pero no por falta de dinero. “Nos gustaría que la casa dejara de tener sentido porque la enfermedad ya no fuera motivo de rechazo. Este sería nuestro mayor éxito”.

### Un centro libre de homofobia

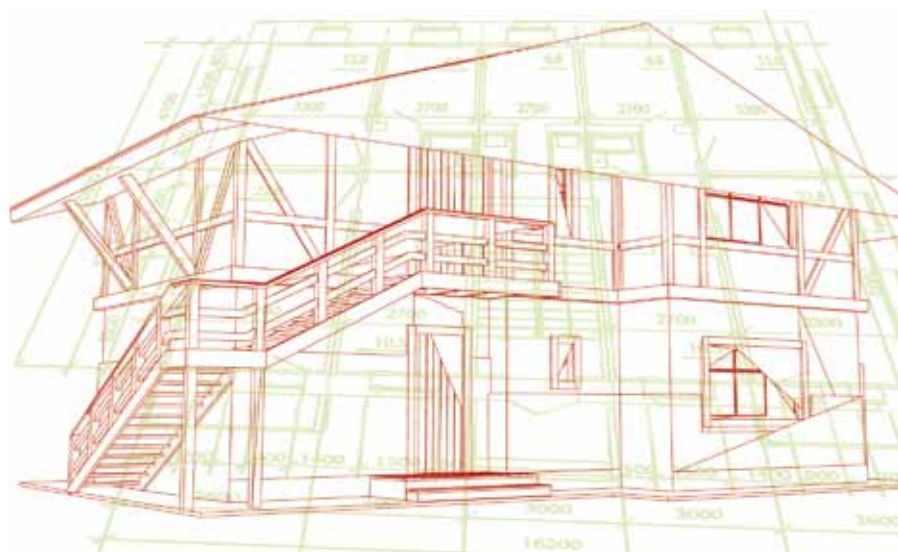
Mención aparte merece el piso de acogida para hombres gais con VIH que gestionan la asociación catalana de y para población gay seropositiva Gaispositius y la Fundación Arena. Abrió en 2005 con el objetivo de dar cobertura a personas sin recursos para poder acceder a una vivienda. Ofrecen cinco plazas en el céntrico distrito del Eixample de Barcelona.

“Nuestro lema es claro: lavado, centrifugado y fuera”, dice Quim Roqueta, presidente de la entidad. Su piso de acogida es temporal. La intención es que sus usuarios pasen allí un tiempo limitado, necesario para recuperarse y volver a encauzar su vida.

“Nos encontrábamos con personas en situaciones de marginalidad, sin un entorno familiar o de amistades, sin trabajo... En aquel momento, había mucha homofobia en los recursos. La mayoría no quería entrar en un sitio con normas muy estrictas, donde les hubiesen discriminado por su sexualidad. Había incluso quienes preferían estar en la calle. Fue entonces cuando pensamos en crear un recurso más adecuado, con un ambiente agradable”, recuerda Quim Roqueta. “Fue una apuesta valiente porque no resultó fácil. Entonces,

« Nos encontrábamos con personas en situaciones de marginalidad, sin un entorno familiar o de amistades, sin trabajo... En aquel momento, había mucha homofobia en los recursos. La mayoría no quería entrar en un sitio con normas muy estrictas, donde les discriminarían por su sexualidad. »

Quim Roqueta



se nos acusó de 'guetización', recibimos críticas desde dentro y desde fuera del colectivo LGTB”.

La idea nació de dos voluntarios, Víctor y Alejandro, que se implicaron en el proyecto y que, inicialmente, la asociación impulsó sin ayuda institucional. “Al principio, éramos unos novatos e íbamos de buena fe: en el piso no había ningún tipo de regulación. Después, vimos que no podíamos funcionar así. Decidimos aceptar a los inquilinos tras un proceso de selección y hacerles firmar un contrato con unas obligaciones mínimas”.

A las personas que quieren entrar se les exige que no tengan dependencia ni de alcohol ni de drogas y que dispongan de unos recursos económicos mínimos, para que solo una tercera parte de sus ingresos vayan destinados al piso y puedan ahorrar. Su intención es que pasen en el piso únicamente un tiempo determinado. “Que sea un trampolín para rehacer su vida”, añade Roqueta.

En la asociación hacen un buen balance del servicio y ya piensan en extender sus servicios. Al alargarse la vida de las personas con VIH, meditan la posibilidad de impulsar una residencia para la tercera edad. “Hay casos de personas que, al entrar en una residencia, son discriminadas otra vez, por ser gays y seropositivos. Existen algunas que incluso ni te aceptan y que te devuelven al armario. Debemos hacer algo. Este puede ser el siguiente paso”.

### Los pioneros, en Bilbao

Los primeros recursos residenciales específicos para personas con VIH que aparecen son las casas de acogida. Estas nacieron con ánimo caritativo para proporcionar algunos cuidados básicos

(alojamiento, higiene, alimentación, atención sanitaria y cuidados paliativos) a personas que estaban muy afectadas por la enfermedad y que carecían de recursos tanto personales como sociales para afrontar la vida y, en muchos casos, la muerte, con dignidad. Eran unos momentos difíciles, porque todavía había muchas lagunas en cuanto a conocimiento médico, y tanto las personas, como estos recursos, eran duramente estigmatizados.

El primer centro de titularidad pública que surgió en España fue en Bilbao, Bietxeak, en el año 1988. Fue a partir de las peticiones que en marzo de aquel año llegaban al Departamento de Bienestar Social de la Diputación de Bizkaia. La residencia, vinculada a las Hijas de la Caridad, se inauguró oficialmente en 1990 y se convirtió en una referencia. Actualmente, atiende a un máximo de diez usuarios. El nombre, “dos casas”, hace referencia a su estructura, dos casitas comunicadas por un jardín y situadas en el centro de la ciudad.

El otro recurso con más trayectoria de Bilbao es el Centro de Acogida de Beata María Josefa, que cumple ahora sus primeros 15 años. “Queremos ser un hogar para todas estas personas. Respetando las creencias de cada uno”, remarca sor Angélica. Atienden a 13 personas y, desde el 2006, trabajan de manera conjunta con la Diputación.

Más tarde, en 2007, distintas entidades de la zona y el hospital de Basurto en Bilbao elaboraron un estudio sobre la necesidad de actualizar, segmentar, refundar y especializar esta atención desde la perspectiva laica, sociosanitaria, y añadiendo al modelo de intervención la reducción de riesgos y daños, hasta esa fecha no contemplada.

Así, en Bizkaia, hoy en día funcionan cuatro servicios residenciales socio-sanitarios distintos. Todos están situados en Bilbao:

- Para la persona con un alto grado de dependencia, con necesidad de cuidados continuados y específicos (paliativos, en muchos casos), hay el Centro de Acogida de Beata María Josefa, gestionado por las Siervas de Jesús. Es religioso, para no consumidores de sustancias, y de estancia indefinida.
- Para personas no consumidoras, o en proceso de deshabitación, con posibilidades de recuperación y necesidad de estancias medias-largas, está la residencia Bietxeak, vinculada a las Hijas de la Caridad.
- Para personas con necesidad de períodos cortos de convalecencia sociosanitaria, por enfermedades asociadas al VIH, cuya finalidad principal sea la finalización de tratamientos prescritos y que se les proporcione una atención integral, contemplando la posibilidad de consumo, está Atsedena (“descanso”). Es de carácter laico y surgió en 2008.
- El más reciente, que funciona desde 2009, es Aukera (“oportunidad”), también laico. Está pensado para personas con necesidad de estancia indefinida, con posibilidades de mejora en la autonomía, iniciando o continuando procesos de acompañamiento social. Respeta la libertad de consumo de sustancias y contempla cuidados sociosanitarios.

### ¿Se trata de reinsertar? ¿De controlar?

Hay asociaciones, como T4 de Bilbao, que han borrado de su diccionario la palabra reinsertión. “Las personas que viven día a día junto a nosotros forman parte de la sociedad. Lo que pasa es que, muchas veces, están relegadas a un segundo plano”, afirma con rotundidad Iratxe Etxebarria, coordinadora de los centros residenciales Atsedena y Aukera.

“Lo que intentamos es que estas personas puedan, por sí mismas, volver a ocupar el lugar que les corresponde y que un día perdieron. Lo importante es entender que la persona tiene derecho a acceder a sus derechos, y que es consciente de las obligaciones que le atañen”.

Su trabajo no es siempre fácil. “Muchos de esos derechos son difíciles de entender y respetar, como el derecho a consumir, a cuidar de su salud y a la vez vivir en la calle, a asumir un tratamiento

médico y después tomar alguna sustancia. Intentamos que la persona decida habiendo sido informada, formada y apoyada. La última palabra, la última responsabilidad es individual. Es cada uno quien elige dónde y cómo quiere estar. Lo interesante es que la persona cuente con las herramientas para hacerlo en las condiciones adecuadas”.

La asociación T4 trabaja desde el año 1992 para mejorar la esperanza y calidad de vida de las personas con VIH. Iratxe entró en 2003 y dice que desde entonces aprende “alguna cosa nueva” cada día. Aunque a veces le resulta “duro” que sus deseos no coincidan con los de las personas que acompañan. “Pero hay que respetarlos”.

En sus casas de acogida tampoco son muy partidarios de ‘controlar por controlar’. “Intentamos trabajar más bien con la información, la sinceridad, la confianza. También la prevención, la alta tolerancia con una alta intensidad

de apoyo, la escucha y el diálogo. Procuramos que sean estas las herramientas de nuestra intervención diaria”.

Más que ser supervisores, tratan de ser un referente. “Intervenir no es controlar: es apoyar y fomentar el autoapoyo en aras de una sociedad más justa, más solidaria y más auténtica. En la medida en que nos apoyemos, nos acompañemos y nos prevengamos, desaparecerá ese ‘control’. Hay que devolver la responsabilidad a quien le corresponde: a la persona que tenemos enfrente. Este es, en gran parte, el éxito de nuestro recurso: llegar a este consenso, a este acuerdo en la forma de entender el acompañamiento social”.

Están satisfechos, pero aún les quedan asignaturas pendientes, como mejorar en coordinación. “De momento, trabajamos con el Hospital de Basurto, de referencia en Bilbao. Pero deberíamos mejorar en la coordinación con el resto de hospitales de Bizkaia, avanzar

en la atención de las personas con enfermedades psiquiátricas graves y conseguir la consolidación de los equipos de trabajo: que sean sólidos y estables”.

« Las personas que viven día a día junto a nosotros forman parte de la sociedad. Lo que pasa es que, muchas veces, están relegadas a un segundo plano. Lo que intentamos es que estas personas puedan, por sí mismas, volver a ocupar el lugar que les corresponde y que un día perdieron. »

**Iratxe Etxebarria**

## Haciendo las cosas bien,

## todo se puede conseguir



Ana lleva unos días estudiando duro. En la casa, todos lo saben y la ayudan en lo que pueden. Viven ocho personas juntas y, durante el día, tienen el apoyo de un equipo de profesionales. Ella se prepara para el acceso a un grado medio: quiere ser técnica auxiliar de curas de enfermería. “Hoy he presentado la preinscripción; después, los estudios son de un año más las prácticas”. Quiere estudiar y así poder encontrar un empleo, aunque sea a media jornada. Después de poco más de un año en una casa de acogida, le llega su oportunidad para, por fin, tener una vida mejor.

**LO+POSITIVO [LMP]: ¿Lista para salir de la casa?**

**Ana [A]:** Pues sí, ya he completado mi tratamiento en cuanto a salud y reinserción. He conseguido recuperar la relación con mi familia y mi autoestima. ¡Me encuentro perfectamente! En este momento, necesito un trabajo para poder vivir fuera del piso.

**LMP: ¿Has recuperado a tu familia?**

**A:** Sí, mi relación familiar estaba muy mal. Mi hija no me hablaba, tenía problemas con mis padres... Esto me hacía sentir fatal. Ahora, he recuperado la relación, ya vuelvo a tener confianza. Tengo también una nieta y la quiero muchísimo. Antes de entrar aquí llevaba tres meses ingresada, pero tenía claro que yo quería continuar. Me han ayudado a conseguirlo, me he sentido muy arropada. Haciendo las cosas bien, todo se puede lograr.



**LMP: ¿Habías estado en algún otro piso antes?**

**A:** Sí, había estado en un piso para personas con drogodependencia, en una comunidad terapéutica. Pero no me sirvió, porque el día en que salí volví a consumir. Allí solo te enseñaban a trabajar todo el día, a limpiar. Éramos unos 30 y la convivencia era muy difícil. No teníamos libertad. Necesitaba otra cosa.

**LMP: ¿Y ahora?**

**A:** Aquí podemos salir o, por ejemplo, ver la televisión. Allí no se podía ver todos los días. Aunque hace unos años, quizá ha cambiado. Aquí estoy a gusto. Casi que ni me iría, porque no tengo prisa. Pero sé que hay personas que ya lo necesitan más que yo.

**LMP: ¿La convivencia ha sido fácil?**

**A:** Hombre, sí que es cierto que el baño a veces está muy a tope y que hemos tenido nuestros roces. Pero es lo mismo que si vives en familia. He compartido siempre habitación, ahora con Sílvia, y muy bien. Preferiría tener mi cuarto propio, pero la soledad también me incomoda. Me gusta porque siempre puedes hablar con alguien y compartir tus cosas. O si quieres ver una película, lo haces con gente. Pero si los chicos quieren ver fútbol, pues fútbol.

**LMP: ¿Por qué entraste en la casa?**

**A:** Venía de una situación dura muy prolongada. Me casé con 16 años recién cumplidos y tuve una hija. El matrimonio duró muy poco y me metí en las drogas. Entré cuando pasaba el peor momento: estaba ingresada en un hospital, había perdido a mi familia y no tenía ni esperanza ni fuerza para seguir adelante. Quería morirme. Pero allí hablé con el psiquiatra y la asistenta social. Me di cuenta de que la muerte no era la solución.

**LMP: ¿Qué viste?**

**A:** Que quitarme la vida era ser cobarde por no querer asumir lo que padecía. Me iba a perder la niñez de mi nieta, a mi hija y mis padres. Además, no quería hacer sufrir a nadie más. Tampoco a mí misma. Vi que tenía que continuar y me metí en la cabeza que debía salir del hospital. Mis padres me vinieron a visitar y empecé a ver la luz.

**LMP: Entonces te hablaron del piso...**

**A:** Exacto, nos reunimos con ellos y, al cabo de una semana, me dijeron que estaba aceptada. Ingresé y fui avanzando. He ido a mejor.

**LMP: ¿Qué papel ha jugado en todo eso el VIH?**

**A:** A mí me lo diagnosticaron en 1986. Entonces fue un palo, porque no había nada de información y la gente se moría como moscas. Mis amigos para salir de fiesta están muertos o por sobredosis o por VIH, queda muy poca gente.

**LMP: ¿Y la familia?**

**A:** Mis padres también se pensaban que les infectaría y me marcaron los cubiertos, la ropa... Pero eso ha ido cambiando, y ahora, con los antirretrovirales, tengo la carga viral indetectable y me encuentro bien. Tuve otra pareja y se lo dije, y nunca me rechazó por esto.

**LMP: ¿O sea que todo bien?**

**A:** Aún no lo voy diciendo a los cuatro vientos porque todavía es un tema tabú. El rechazo persiste, especialmente en el mundo laboral. Es triste, porque hay mucha más información.

## Ahora incluso utilizo

### el ordenador



En las afueras de Vitoria funciona Besarkada Etxea. “Estamos en un barrio periférico, pero moderno y bien equipado”, explica Andoni por teléfono. Es su ciudad y se siente a gusto. “Tenemos buena relación con los vecinos, pero hay algún bar donde son reticentes a abrirnos sus puertas. Pero ellos se lo pierden”. Lleva ocho años viviendo en la casa y ya no consume, aunque intentó salir hace un tiempo para irse a vivir solo. Dice estar satisfecho con la experiencia, pero le gustaría disponer de más independencia económica.

**LO+POSITIVO [LMP]: ¿Cómo es el ambiente en la casa?**

**Andoni [A]:** Es bueno, nos llevamos bien. Hay paz, “coleguismo”, fraternidad... La alimentación está bien, la casa tiene una buena distribución. Quizá incluiría algún baño más... pero bien. El que se siente mal aquí es porque tiene algún otro problema. Si no se permiten determinadas cosas es con razón: por los problemas que conllevan a la larga.

**LMP: ¿Has notado mejora?**

**A:** ¡Muchísima! ¡Ahora incluso utilizo el ordenador! Antes lo desdénaba... pero me compré un portátil y me bajo música. Leo, aunque depende de la temporada. Una vez al mes, hacemos una salida.

**LMP: Nada que ver con otros momentos...**

**A:** Cuando me diagnosticaron el VIH, en 1982, fue terrible. Creía que me iba a morir y que tendría una agonía de cinco años. Las medicaciones eran, en principio, experimentales. Ahora ha cambiado, es una enfermedad crónica y ya está. Me da la impresión que fue

mala pata, falta de información y muchos pájaros en la cabeza.

**LMP: ¿Te gustaría vivir por tu cuenta?**

**A:** La verdad es que sí. Me gustaría trabajar, sobre todo de lo mío, que es el arte y la decoración. Físicamente me encuentro bien, aunque de vez en cuando tenga algún achuchón. Pero no llevo la cuenta de los males. Vivo el presente y que me quiten lo bailado.

**LMP: ¿Qué te falta?**

**A:** Me gustaría más autonomía económica, pero un alquiler ya me costaría unos 600 euros al mes. No lo veo claro

y prefiero no arriesgarme a ir a peor. Aunque vivir en esta casa también tiene un precio: la aportación la fija la Diputación de Álava y es muy alta. Es el 85% de mi pensión, que es de 780 euros. Alguna vez se organiza algún taller y ganamos algún dinerillo. Pero si encontrara otro recurso que me dejara más libertad económica...

**LMP: ¿Y no te convencen los otros pisos?**

**A:** No del todo. Creo que no hay tan buen ambiente ni tanta libertad. Aquí las cuotas son altas, por lo demás, es un 10. No puedo decir ni mu de ni uno de los trabajadores.

# He conseguido independencia,

## soy más autónoma



Arantxa luce una sonrisa perenne y un pelo intensamente rojo. Hace 17 años trabajaba de cocinera en un restaurante y hacía pinchos en un bar. Vivía con su novio en un piso compartido en Bilbao, hasta que las drogas echaron a perder su relación de pareja y cayó en una depresión. Fue entonces, ya en 2010, cuando entró en Aukera, un centro residencial situado en Bilbao con capacidad para ocho personas.

**LO+POSITIVO [LMP]: ¿Cómo te encuentras?**

**Arantxa [A]:** Ahora, muy bien. Sobre todo gracias a los educadores, que han luchado mucho por mí y, además, me han ofrecido herramientas nuevas para valerme por mí misma. Antes, también había estado un año y medio en la residencia Bietxeak. Fue en 2006, cuando se murió mi hermano y no me valía por mí misma.

**LMP: ¿Qué te gusta de un piso de acogida?**

**A:** Lo bueno es que he conseguido independencia, soy más autónoma. Acudo tres veces por semana al Centro de Día de la Asociación T4. El lunes trabajamos la presencia corporal, el martes hacemos un taller de desarrollo cognitivo, el miércoles uno de autoconocimiento... Además, en la residencia, el lunes por la tarde solemos planificar las citas médicas de la semana y nuestras tareas. Los viernes celebramos una asamblea donde solucionamos los problemas que ha habido. ¡También hay pequeños roces entre nosotros! ¡Convivimos todo el día!

**LMP: ¿Que representa para ti vivir con VIH?**

**A:** Todavía tengo mucho miedo al rechazo. Aunque hoy en día la gente diga que lo entiende, hay muchas personas muy crueles. Es duro saber que, pese a que existe mucha información, ciertas personas te puedan rechazar.

**LMP: ¿Qué te impulsa a seguir adelante?**

**A:** Las ganas de vivir con dignidad y de poder ser, algún día, independiente por mí misma.

**LMP: ¿Qué planes de futuro tienes?**

**A:** Independizarme y hacer todo lo que no he hecho en mi vida y en mis sueños. Hay ilusiones que nunca he podido realizar, por cuidar de los demás antes que de mí misma.

**LMP: ¡Ojalá lo consigas!**

**A:** En la casa he encontrado buenos amigos que estuvieron como yo. Ellos me dan muy buenos consejos para afrontar la vida... ¡con más entusiasmo!

# Quiero prepararme para

## volver a trabajar



Llevaba 15 años en una situación complicada por culpa de las drogas. “Iba a trancas y barrancas”, confiesa. Anduvo en la cárcel, sus padres y su pareja murieron, estaba enfermo, era politoxicómano, sufrió desnutrición aguda... “Lo veía todo muy negro. Estaba en un momento en el que ya no podía ir más hacia abajo. O subía, o allí me quedaba. Y decidí subir”. Su hermano le sacó del agujero. En febrero del año pasado, Ritxar ingresó en Atsedena, y en julio, se trasladó a Aukera, en el centro de Bilbao, con Arantxa. Ahora, habla con ganas de poder contarlo, como si fuera completamente pasado.

**LO+POSITIVO [LMP]: ¿Cómo recuperaste el norte?**

**Ritxar [R]:** Hubo un tiempo en que no lo veía por ningún lado. Prácticamente no salía. Pero con la ayuda de esta gente, de mis compañeros y mía... he mejorado una barbaridad. De haber olvidado las reglas básicas de leer y escribir, pasé a informarme, a hacer talleres... Hoy en día, estoy en un momento bueno, con perspectivas de futuro.

**LMP: ¿A punto de salir?**

**R:** Aún me quedan unos meses. Estoy preparando el terreno laboral y pensando en algunos temas de salud. Tengo la intención de sacarme el graduado escolar; a ver si lo consigo. Tengo que ejercitar la mente... ¡tenía telarañas!

**LMP: ¿Y te has podido apartar de las drogas?**

**R:** Sí, no se puede consumir dentro del centro y conseguí ir reduciendo el consumo. También la medicación psiquiátrica. Ahora solo tomo antirretrovirales... y algo para dormir por la noche.

**LMP: ¿Te has acostumbrado a vivir compartiendo espacio?**

**R:** Sí, aunque lo curioso es que aquí cada persona vive su momento. A medida que te encuentras mejor, tienes más ganas de salir. A los que llevamos más tiempo, nos gustaría tener mayor flexibilidad en el horario.

**LMP: ¿Cómo os organizáis?**

**R:** Tenemos una asamblea los viernes para hablar de lo que nos preocupa. Y también funciona muy bien un buzón de sugerencias donde podemos decir lo que pensamos. Hay gente que nos orienta en el papeleo, enfermería... Durante un tiempo, necesitaba que me ayudaran a salir a la calle.

**LMP: ¿Ves posible volver a trabajar?**

**R:** Soy marinero de profesión y, durante 12 o 13 años, estuve navegando, aunque también he trabajado en la construcción y en otros sectores. Hasta hace poco ni me lo planteaba, pero ahora he cambiado de opinión.

**LMP: Así podrías cobrar un dinero...**

**R:** De momento, cobro por la minusvalía: la tengo del 75%. Pero me da para muy poco. Si quieres pagarte un piso, luz y agua... ya no te llega. Por eso, les pedí poderme quedar un poco más aquí: me quiero preparar para volver a trabajar. Hay varias empresas donde contratan a personas con minusvalía. Quiero hacer un cursillo para trabajar en un almacén, conducir una furgoneta...

**LMP: ¿Y navegar?**

**R:** Lo veo difícil. El sector está muy mal. ¡Ya entonces era difícil! Y tendría que pasar el reconocimiento médico...

**LMP: ¿Te encuentras bien?**

**R:** Sí, lo más inmediato es ponerme una dentadura, que la tenía muy mal. He ahorrado alguna cosa y he pedido unas ayudas. Después, quiero hacer el tratamiento contra la hepatitis C.

**LMP: ¿Y el VIH?**

**R:** Hace 13 o 14 años que soy seropositivo. Al principio, se te cae el mundo encima. Pero la medicina ha avanzado mucho y, ahora, ya es una enfermedad crónica. Y aquí estoy, al día con los nuevos tratamientos. Me han pasado cosas mucho peores, que me han desanimado más. Aunque no le quito importancia. En el piso, la mayoría tienen VIH. Pero tampoco tienes por qué contar tu vida. Te acostumbras a vivir con ello y a lo que los demás puedan pensar. Esto está superado.



# Lo mejor es que

## te hacen sentir que vales



**Antonio fue condenado a cuatro años de prisión. “Fue una tontería”, se excusa. A los 30 meses de pena, le trasladaron de Canarias a Sevilla. Allí, preguntó si podía ir a una casa de acogida, y le recomendaron el hogar Siloé, en Jerez de la Frontera. Le dieron la libertad condicional y la aprovechó. “Estoy muy bien gracias a la ayuda del Señor”, suspira. Ahora, ya lleva siete meses allí.**

**LO+POSITIVO [LMP]: ¿Qué vida tenías en Canarias?**

**Antonio [A]:** No tenía medios económicos; en mi familia se peleaban y no me ayudaban. Vivía en la calle y trabajaba como podía, pero cada vez estaba peor. Allí hay pocos centros de acogida. A veces, pienso que es porque se trata de una zona turística y no quieren tenerlos a la vista.

**LMP: ¿Consumías?**

**A:** Sí, y busqué centros de Canarias que me ayudaran a superarlo. En todos me quitaban la metadona y los antidepresivos de golpe. No había manera de que fuera adaptándome gradualmente. Cada vez comía peor y, en la calle, lo pasaba fatal. Hasta que me subí en un taxi y le dije al hombre que me diera el dinero que quisiera. Este fue mi único delito. Entiendo que un trabajador que se había ganado su dinero trabajando no se lo merece. Y entré preso.

**LMP: ¿La vida en prisión fue peor?**

**A:** Mira, es un lugar donde hay mucha tortura psicológica. Dicen que allí reinsertan a la gente, pero solo ayudan a los violadores y a los asesinos. Los presos comunes estamos tirados en el patio. Los funcionarios son corruptos y te tratan muy mal. Los médicos actúan como veterinarios. Pierdes todos tus derechos.

**LMP: ¿No encontraste ayuda en Canarias?**

**A:** Que yo sepa, no hay casas específicamente para personas con VIH. No hay un sitio donde cojan a gente que está en un tercer grado y te ayuden a recuperar el sentido de tu vida.

**LMP: ¿Aún sigues con metadona?**

**A:** Sí, pero lo estoy dejando. El médico me dijo de reducirla poco a poco. También me quito los tranquilizantes. No descanso igual de bien, pero me siento mejor.

**LMP: ¿Con siete meses en Siloé has notado algún cambio?**

**A:** Ahora me encuentro físicamente bien: hago deporte, voy al gimnasio... Se sorprenden de mi mejora. ¡No soy un Schwarzenegger! Pero como bien, descanso y ayudo a mis compañeros con alguna discapacidad. Esto ha sido un regalo del Señor. ¡Estoy maravillado!

**LMP: ¿Tienes perspectivas de vivir solo?**

**A:** En 30 días me van a mandar a un piso de Siloé con una chica que conocí. Para empezar una nueva vida con trabajo. No es que quiera alabarlos, pero me han tratado como una persona, me han dado cariño, amor... Lo mejor es que te hacen sentir que vales. Que no eres un inútil.

**LMP: ¿Cómo lo consiguen?**

- ¡Aquí casi no tengo ni un momento para sentarme! ¡Para poder hablar con mi chica! Siempre estoy trabajando en una cosa u otra. Soy carpintero, estoy soldando cosas rotas... Hubo algún momento en que tuvimos alguna disputa con los compañeros y me llevé mi castigo. Pero fue justo. Y cambié el chip.

**LMP: ¿Has tomado siempre la medicación?**

**A:** Al principio, en la calle, la dejé. Era 2005 o 2006 y estaba con depresión, no quería vivir. La gente me etiquetaba y me señalaba con el dedo. Ahora, quiero cambiar de aires y quedarme en Jerez.

**LMP: ¿Aunque la temperatura sea mejor en Canarias?**

**A:** Exacto (y se ríe). ¡Ahora, de lo que tengo ganas es de seguir en contacto con la gente del piso! Si puedo seguir viniendo los fines de semana a ayudar, lo haré... Es increíble que haya sitios así.

## Te acostumbras a vivir

### aunque parezca difícil



**Merche es de un pueblo de Palencia y trabajaba en geriatría y en una empresa de limpieza. Enrique es vallisoletano y viajaba kilómetros y kilómetros con su camión. Ahora, los dos viven juntos en la casa de acogida que ACLAD tiene en Valladolid.**

**LO+POSITIVO [LMP]: ¿Qué os trajo aquí?**

**Merche [M]:** Un consumo de cocaína brutal. Estaba viviendo en Ourense y tuve una recaída muy fuerte. Me echaron del piso y estaba hecha polvo. Una de mis hermanas me animó a entrar en una casa de acogida. Estuve dos meses en la que ACLAD tiene en León. La cerraron por motivos económicos y me vine aquí. Llevo 8 meses y prefiero esta. ¡Es más grande!

**Enrique [E]:** Yo estaba muy mal, en la calle. Tenía una vida muy descolocada, por consumo. Hace unos nueve años ya vine, pero recaí. Ahora, llevo cinco meses y he vuelto a poner un orden.

**LMP: ¿Qué hacéis cada día en la casa?**

**M:** Por la mañana, gimnasio. Por la tarde, siesta y más actividades. Tenemos un huerto con lechugas, berenjenas, tomates, cerezas y cebollas. A mí, se me da bien. Estamos en una finca muy grande, apartada de la ciudad y esto es una ventaja. Hay mucho terreno y se puede ir a dar un paseo. Sola, con un compañero...

**E:** Aquí te acostumbras a vivir. Me faltaba hacer lo más básico. En la calle es todo muy difícil porque no te dejas aconsejar. Tienes una autoestima muy baja y se vive fatal. Estás mal considerado y tienes muy pocas oportunidades de salir. En un centro como este aprendes a ser más de acuerdo con lo que la sociedad pide de ti. No te sientes tan solo.

**LMP: ¿Y de salud, qué tal vais?**

**M:** Yo estoy rebajando la metadona desde que entré.

Debo de estar en nada. Tengo muchas ganas de dejarlo. Estar siempre pendiente es un rollo. También tengo que cuidarme por lo del VIH: ya llevo 15 años con el virus, pero siempre me he tomado la medicación. Es peor la hepatitis C; hace 20 o 21 años que la adquirí y ahora quiero probar el tratamiento.

**E:** El VIH forma parte de mi vida desde hace unos 10 años. Siempre he sido muy consecuente. Lo tengo muy claro y tomo la medicación. Esto me ha salvado. Hay quien lo pasa peor, con problemas mentales y de movilidad. Yo solo he tenido problemas en las articulaciones, pero nada tienen que ver con el VIH. Y mentalmente estoy bien.

**LMP: ¿Qué planes de futuro tenéis?**

**M:** He hecho un curso de geriatría y estoy haciendo las prácticas cada tarde. En unos días termino y quiero probar de vivir por mi cuenta en mi piso. A ver si encuentro un trabajito. Si fuera de lo mío, mejor.

**E:** En los últimos años, no he tenido trabajo. Soy camionero y, con esta situación, no puedo conducir. Debería reciclarme, lo sé, pero no puedo. Este tiempo sin empleo ha sido lo peor. He tenido mucho tiempo libre y lo he pasado mal. Si no fuera por la casa de acogida, no sé donde estaría. Ahora he mejorado mucho, tengo ganas de hacer cosas y trabajar. A ver si con tres o cuatro meses...

**LMP: No hay presión...**

**E:** Aquí no me presionan. Esperan a que estés preparado. Yo tengo un piso propio en Valladolid. Solo hace falta que me acostumbre a vivir, aunque parezca difícil.

**M:** Reconozco que entré con la cabeza agachada. Estaba muy mal y tenía que salir. Aquí me han dado vitalidad, me han reforzado. Tenía muy poca autoestima.

**E:** Yo lo hago por mí. No tengo a nadie a quien agarrarme. Pero mantengo las facultades. No me quejo.



# Geriátricos para personas con VIH: ¿realidad o ficción?

Existe consenso sobre la llegada de una nueva realidad que, afortunadamente, parece inevitable. Médicos, trabajadores sociales y responsables de residencias para personas mayores han asumido que, en los próximos años, se incrementará el número de personas con VIH que soliciten ingresar en centros geriátricos y poder, así, disfrutar de los servicios en plena igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos. El avance que han experimentado los antirretrovirales de última generación, con mejores resultados y menos efectos secundarios, hace posible que las personas con VIH alcancen edades avanzadas en óptimas condiciones de salud. Sin embargo, ¿están las residencias y los Servicios Sociales preparados para responder a las necesidades de estos nuevos usuarios, aun cuando la sociedad les rehúye todavía por el estigma social que causa esta enfermedad?

Carlos acaba de cumplir de 70 años. Siempre se ha considerado autosuficiente, pero admite que la salud comienza a jugarle malas pasadas. "Cuestiones de la edad —reconoce—, pero no como consecuencia del VIH". Se lo detectaron

« No resulta necesario crear un espacio específico para personas con VIH, lo fundamental radica en tener presente la existencia del virus a estas edades, tanto en su cronicidad como en su fase primaria, y conocer los síntomas que produce, con el fin de que no pasen desapercibidos al coincidir con otros procesos orgánicos derivados del propio envejecimiento. »

**Alberto López Rocha**



hace ya 30 años, aproximadamente, si bien el hecho de seguir a rajatabla el tratamiento que desde entonces le impuso su médico, le ha permitido frenar el avance del virus. Su pareja falleció hace dos años. Siempre pensó que él moriría antes, aunque lo cierto es que ha podido llegar a "viejo" en unas condiciones más o menos estables. Pero la edad empieza a pesarle. No tiene hijos que le cuiden, ni ningún otro familiar cercano que pueda ayudarle en su cada vez más creciente situación de dependencia. Ha asumido que necesita la ayuda de profesionales porque, entre otros aspectos, le preocupa que su mente le falle y se olvide de tomar la medicación. Un descuido que podría costarle muy caro.

Alberto López Rocha es presidente de la Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER). Esta asociación, en concreto, se ha convertido en un referente en nuestro país por el intenso trabajo que, desde hace años, realiza para profundizar en las claves de la sexualidad en el anciano y analizar las nuevas necesidades que muestran los mayores homosexuales o los que viven con VIH. Para López Rocha, no hay duda: "La expectativa de vida entre las personas con VIH ha mejorado" y, por tanto, al igual que sucede con el caso de Carlos y con el de otros muchos, estarán en condiciones de acceder a los mismos servicios sociosanitarios que

se ponen a disposición del resto de la población. "No resulta necesario crear un espacio específico para personas con VIH —precisa el presidente de SEMER—, lo fundamental radica en tener presente la existencia del virus a estas edades, tanto en su cronicidad como en su fase primaria, y conocer los síntomas que produce, con el fin de que no pasen desapercibidos al coincidir con otros procesos orgánicos derivados del propio envejecimiento".

Sin embargo, López Rocha va más allá y advierte de que no debemos centrarnos de manera exclusiva en aquellos que, en la actualidad, ya viven con VIH. "También se puede contraer el virus a estas edades porque, en muchos casos, se carece de educación sexual", subraya. Parece ser, según apunta este experto, que en el colectivo de gente mayor empieza a arraigar la creencia de que, "para lo que me queda de vida, si adquiero el virus, posiblemente moriré de otra cosa antes de que pueda llegar a desarrollar la enfermedad". Craso error.

Desafortunadamente, y volviendo al ejemplo de Carlos, a pesar de los avances que se han producido, existen geriátricos que prefieren no saber nada de las personas que viven con VIH. "En ocasiones, tenemos dificultades para derivar a las personas mayores con VIH a residencias clásicas", denuncia la Coordinadora Estatal de VIH-Sida (CESIDA).

*sigue en la pág. 26*



# Vuestra opinión

En nuestro sitio web llevamos a cabo, de forma periódica, pequeñas encuestas en las que intentamos recabar vuestra opinión sobre distintos temas. Aquí os ofrecemos un pequeño resumen de los resultados de algunas de ellas.

Puedes encontrar más encuestas en nuestro sitio web: [www.gtt-vih.org/polls](http://www.gtt-vih.org/polls) y, si quieres, puedes sugerir algún tema escribiendo a: [info@gtt-vih.org](mailto:info@gtt-vih.org)

Gracias por participar.

## ¿Crees que la criminalización de la transmisión del VIH está justificada en algún caso?

No, nunca  
68% (1.272 votos)



Depende del caso  
31% (583 votos)

Sí, siempre  
1% (25 votos)



Total de votos: 1.880 (Marzo 2011)

## ¿Consideras que sería útil que alguna persona famosa con VIH diera la cara?



Sí, creo que ayudaría a normalizar la imagen de esta enfermedad  
53% (1.624 votos)

No, no creo que sirva para cambiar nada  
46% (1.418 votos)



Me es indiferente  
1% (39 votos)

Total de votos: 3.081 (Febrero 2011)

## Tras tu diagnóstico de VIH, ¿cómo definirías tu vida sexual?

Poco satisfactoria



31% (605 votos)

Nula, no tengo vida sexual



29% (555 votos)

Satisfactoria



23% (446 votos)

Nada satisfactoria



11% (216 votos)

Muy satisfactoria



6% (123 votos)

Total de votos: 1.945 (Octubre 2010)

## ¿Piensas que los suplementos vitamínicos son necesarios para las personas con VIH?

Sí, es importante un refuerzo



65% (1.431 votos)

Depende de la persona y no tanto del VIH



18% (404 votos)

No, una alimentación variada es suficiente



10% (211 votos)

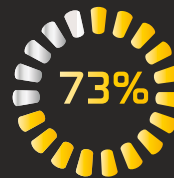
No lo sé



7% (144 votos)

Total de votos: 2.190 (Julio 2010)

## ¿Sabes en tu trabajo que vives con VIH?



No, jamás lo diría  
(1.515 votos)

Lo saben algunas personas  
(204 votos)



Sí, lo he dicho abiertamente  
(189 votos)



No lo sé  
(93 votos)

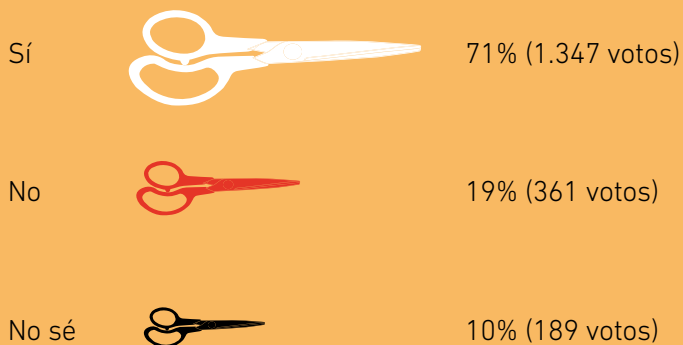


Sí, pero se enteraron por otros medios  
(82 votos)



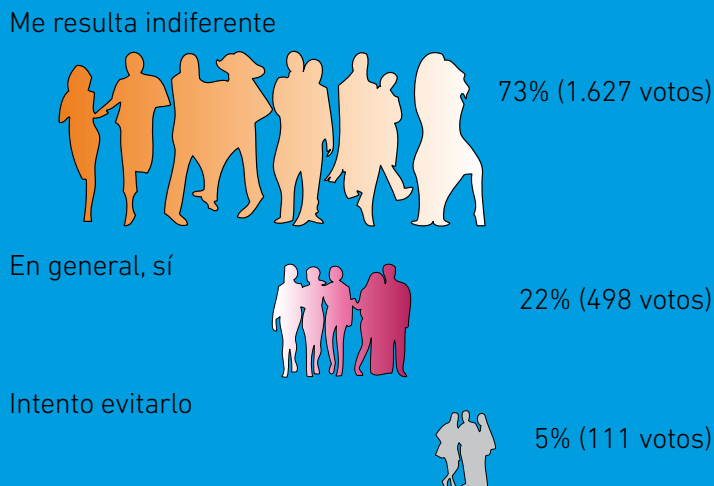
Total de votos: 2.083 (Abril 2010)

## ¿Temas que los recortes presupuestarios del Gobierno de España afecten a la atención sanitaria que recibes?



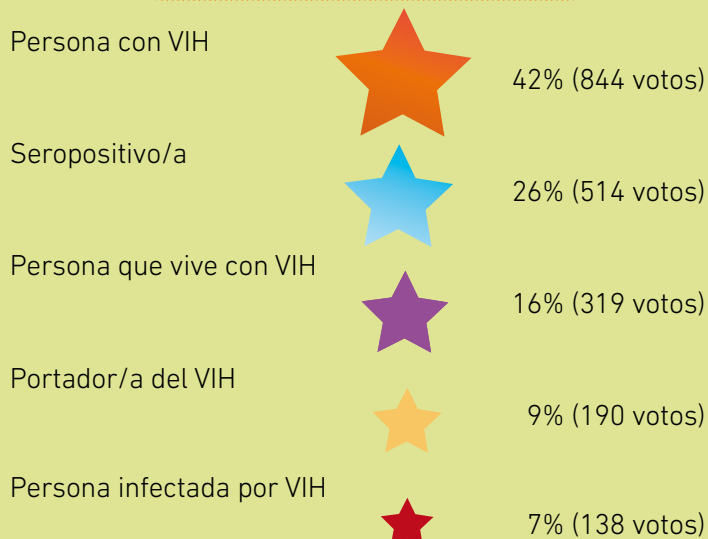
**Total de votos: 1.897 (Mayo 2010)**

## En tu vida social, ¿prefieres relacionarte con otras personas con VIH?



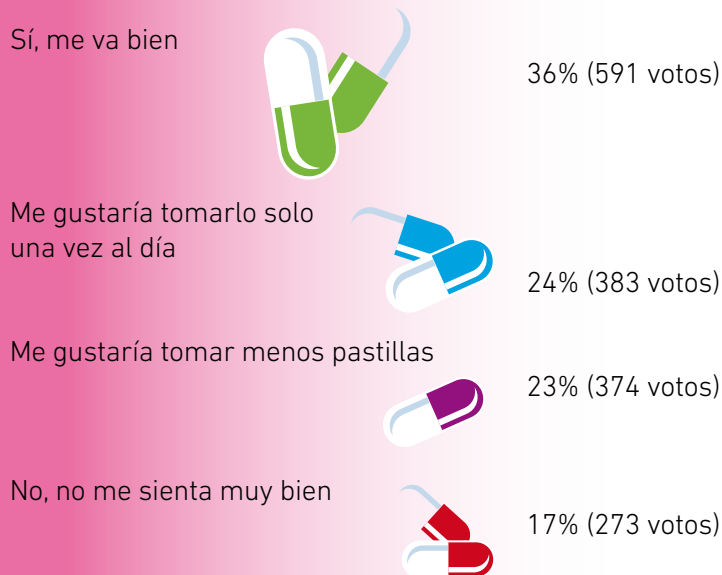
**Total de votos: 2.236 (Septiembre 2010)**

## ¿Qué expresión prefieres?



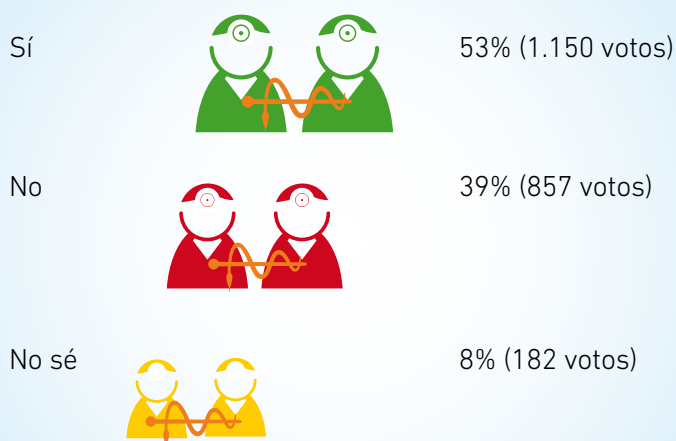
**Total de votos: 2.005 (Enero 2011)**

## ¿Estás satisfecho/a con el tratamiento del VIH que tomas?



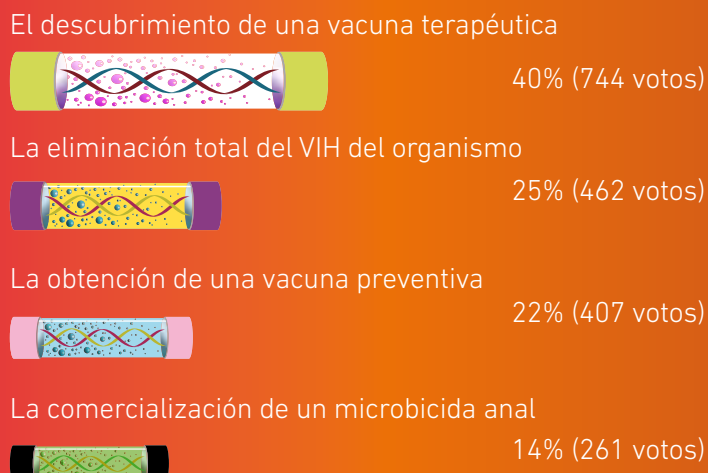
**Total de votos: 1.621 (Noviembre 2010)**

## ¿Estarías de acuerdo con que tu médico de cabecera y el de VIH de tu hospital compartieran tu atención sanitaria?



**Total de votos: 2.189 (Junio 2010)**

## ¿Qué noticia crees que se producirá antes?



**Total de votos: 1.874 (Diciembre 2010)**

viene de la pág. 23

De hecho, no sufrir esta infección se enumera como uno de los principales requisitos de acceso para ingresar en un geriátrico. Incluso, en algunos reglamentos regionales se señala, sin precisar nada al respecto, que aquellos mayores que deseen entrar en un centro público no deben padecer enfermedades infectocontagiosas, “un tipo de discriminación que se ha quedado obsoleta, ya que las posibles consecuencias de tener VIH nada tienen que ver con otro tipo de afecciones más agudas”, apunta Marina Hernández Leal, directora del Centro Clínico Geriátrico Pinar de Aravaca, en la Comunidad de Madrid, y miembro del Comité de Calidad Sociosanitaria de la Sociedad Española para la Calidad.

Por tanto, para esta experta con gran recorrido en cuestiones sanitarias, si queremos mejorar la atención de este colectivo, el primer paso se tiene que producir en el terreno de las leyes.

« Hace poco, me contaron el caso de una persona mayor con VIH que vivía sola en su domicilio. Su familia le había discriminado por tener VIH y, junto al rechazo de sus más allegados, se enfrentaba al hecho de que los auxiliares del servicio de ayuda a domicilio no querían atenderle por miedo a una posible transmisión del virus. »

### Marina Hernández Leal

“Hace poco, me contaron el caso de una persona mayor con VIH que vivía sola en su domicilio. Su familia le había discriminado por tener VIH y, junto al rechazo de sus más allegados, se enfrentaba al hecho de que los auxiliares del servicio de ayuda a domicilio no querían atenderle por miedo a una posible transmisión del virus”, narra Hernández Leal. Por desgracia, este temor, errático a todas luces, pervive entre muchos de los trabajadores de los Servicios Sociales quienes parecen desconocer que la transmisión se produce a través del contacto directo de algunos fluidos orgánicos. “Tenemos que trabajar para profesionalizar el sector y fomentar el conocimiento de esta enfermedad”,

sentencia la directora de la residencia Pinar de Aravaca. Ella, según admite, ya lo está haciendo pero, sin duda, la sociedad necesita más gente con su vocación y espíritu de lucha.

### Residentes con VIH

Gracias al esfuerzo de algunos, para Carlos, hoy por hoy, también hay buenas noticias, puesto que existen centros de atención a mayores que ya han superado el estigma social que persiste contra el VIH. El Grupo AMMA, con más de una treintena de residencias repartidas por toda España supone un buen ejemplo de ello. “Hemos tenido y tenemos, en la actualidad, residentes con VIH conviviendo con nosotros que hacen vida normal y que participan, junto con el resto de usuarios, en las actividades cotidianas del centro”, reconocen portavoces de este operador geriátrico. Lógicamente, igual que sucede con otros casos de enfermedades infectocontagiosas, se exigen normas específicas de control.

Un protocolo en el que, sobre todo, se concede especial importancia a las medidas de prevención del residente y de su entorno, a las relacionadas con la higiene del material sanitario y a aquellas normas que implican la correcta manipulación de residuos potencialmente infecciosos. Por ello, en el caso de AMMA, sus responsables no estiman conveniente que existan módulos de atención específicos para personas con VIH, como sucede con los enfermos de Alzheimer, sino que deben convivir en habitaciones normales”, señalan las mismas fuentes.

Es más, aunque un residente con VIH comparta estancia con otro usuario que no lo es, ni siquiera se debe informar a este último de la enfermedad de su compañero. Según recuerda Ismael José Estevan, subdirector del Área de Atención a la Dependencia de la Fundación Salud y Comunidad (FSC) —una organización sin ánimo de lucro con más de 25 años de experiencia—, ni en este caso, ni en otro, se puede facilitar ningún antecedente médico a nadie ajeno y no autorizado por el propio residente en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD). “Esta información, por cuestiones obvias, únicamente se facilita al personal sanitario y, en casos muy concretos, al departamento de los servicios generales”, añade este experto.

Parece, por tanto, que la respuesta que planteaba al inicio de este reportaje podría llegar a ser afirmativa, si bien no a corto plazo, pues todavía hay camino

## Hacia una correcta catalogación del VIH

**La sociedad civil lleva desde hace mucho tiempo reivindicado un cambio en la denominación del VIH/sida, de enfermedad infectocontagiosa a infectotransmisible. A diferencia de otras enfermedades infecciosas que se transmiten de forma pasiva (por ejemplo, mediante el aire o el contacto casual), las vías de transmisión del VIH requieren un contacto mucho más estrecho, como el sexual o el sanguíneo. No se trata de un mero problema lingüístico. Lo que está en juego es el acceso de las personas con VIH a numerosos servicios y recursos sociales (residencias de la tercera edad, oposiciones del Estado, pisos de acogida y un largo etcétera), puesto que la actual denominación permite una interpretación restrictiva y excluyente.**

por recorrer. Antes de aconsejar y, sobre todo, de establecer e implantar protocolos de actuación específicos, resulta fundamental fomentar el conocimiento sobre el VIH, y en España, precisamente, faltan estudios que aborden este tipo de cuestiones. Quizá, como sucede en otros casos, cuando aquellos que autorizan las subvenciones para investigar sobre VIH/sida vivan esta realidad con algún familiar cercano o ellos mismos, se lo planteen y pongan en marcha análisis de estas características. Sinceramente, por Carlos y por otros muchos, deseo que no tengamos que esperar que eso ocurra.

### Más información:

- La Sociedad Española de Médicos de Residencias ([www.semer.es](http://www.semer.es)) conduce un Máster de Gestión y Asistencia Sociosanitaria de Ancianos en Centros Geriátricos y Domiciliaria. Una buena oportunidad para plantear este tipo de cuestiones y avanzar en la calidad de vida de los mayores con VIH.
- La Fundación Salud y Comunidad ([www.fsyc.org](http://www.fsyc.org)) celebró un monográfico sobre las medidas preventivas a tener en cuenta en usuarios de residencias con VIH. Esta organización demuestra así que “la información y la formación bien elaborada constituyen un potente aliado para evitar los casos de discriminación”, señala Ismael José Estevan.



# Recuperar **masa** muscular

La pérdida de músculo y la debilidad física que ello implica se han observado con mayor frecuencia en personas con VIH que en aquellas que no viven con el virus. Este proceso forma parte del envejecimiento prematuro que la infección genera. Realizar ejercicio físico de manera habitual y llevar una dieta adecuada pueden ayudar a contrarrestar la pérdida de masa muscular y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

## Equilibrar tu dieta

Pese a que muchas personas solo consideran relevante el ejercicio físico para aumentar la masa muscular, una alimentación correcta es tanto o más importante a fin de alcanzar dicho objetivo.

Para generar músculo, los alimentos básicos serán aquellos ricos en proteínas, aunque los hidratos de carbono complejos —contenidos en pasta, pan, arroz y legumbres, entre otros— son esenciales para disponer de energía que nos permita ejercitar nuestros músculos. Es fundamental ser consciente de que el porcentaje de proteínas de una dieta equilibrada es ya prácticamente el adecuado para ganar músculo, solo se trataría de incrementar un poco el aporte proteico. De hecho, con que entre el 15 y el 17% del aporte calórico de la dieta esté formado por proteínas ya es suficiente para ganar músculo.

Así, el primer paso sería equilibrar nuestra dieta, en la que deben predominar hidratos de carbono, frutas y hortalizas, y el aporte proteico principal debería basarse en pescado, lácteos, huevos y carne de ave, restringiendo la ingestión de carne roja, dulces y grasas —a excepción del aceite de oliva, de elevado valor nutricional—.

## Batidos de proteínas

Una vez instaurada una dieta equilibrada, el incremento en el aporte proteico necesario para ganar masa muscular —siempre asociado al ejercicio físico— puede obtenerse por medio de batidos de proteínas.

Aparte de los preparados hiperenergéticos e hiperproteicos comercializados, existe la posibilidad de realizar batidos caseros, con una menor densidad proteica y, por tanto, más fácilmente asimilables y con menores riesgos sobre la salud, dado que el exceso de proteínas puede disminuir la absorción del calcio debilitando la salud ósea, además de sobrecargar hígado y riñones, que deben eliminar sustancias asociadas al consumo proteico, como el amoníaco y el ácido úrico. Otra ventaja de los batidos caseros es que acaban resultando más económicos que los ya preparados.

Los ingredientes básicos de estos batidos son los alimentos naturalmente ricos en proteínas, como leche, yogures, quesos frescos, frutos secos o cereales. Para hacerlos más apetecibles, podemos combinarlos con frutas, zumos y endulzarlos con azúcar, caramelo, mermelada, chocolate, etc. Para aumentar la cantidad de proteínas, se puede añadir al batido leche en polvo.

## Ejemplos de batidos

### Batido de proteínas a base de fruta y yogur

#### Ingredientes:

- 1 taza de fresas
- ½ taza de zumo de naranja
- 1 yogur desnatado
- 1 ½ taza de leche desnatada
- 2 cucharadas de leche en polvo
- 1 cucharada de miel



### Batido tropical

#### Ingredientes:

- ¼ taza de zumo de piña
- 1 plátano en rodajas
- ¼ taza de leche de coco
- ¼ taza de mango pelado en rodajas
- 8-10 cubitos de hielo
- 3 cucharadas de leche en polvo desnatada



### Batido de proteínas a base de helado de limón y fresas

#### Ingredientes:

- 3 cucharadas de helado de limón
- 1 taza de fresas
- 3 cucharadas de leche en polvo
- 2 ½ tazas de leche

#### Referencias:

- [www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender\\_a\\_comer\\_bien/deporte/2003/06/24/62681.php](http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/deporte/2003/06/24/62681.php)
- [www.enbuenasmanos.com](http://www.enbuenasmanos.com)
- [www.vivirsalud.com](http://www.vivirsalud.com)

# Ejercicio físico al aire libre

La llegada del buen tiempo despierta las ganas de realizar actividades al aire libre. De hecho, es un buen momento para hacer ejercicio moderado en el exterior, muy saludable de cara a la mejora de la salud cardiovascular y para reducir los niveles de colesterol, triglicéridos y glucosa, todos ellos problemas frecuentes en el proceso de envejecimiento, sobre todo en el de personas con VIH.



Un primer paso para la selección del tipo de ejercicio a practicar consiste en evaluar nuestras preferencias así como el entorno donde podemos llevarlo a cabo. A partir de ahí, también es importante tener en cuenta la intensidad del ejercicio, que vendrá condicionada por nuestro estado físico.

## En la playa

La playa es un lugar idóneo para la realización de ejercicio, solo se trata de encontrar un lugar no masificado que te permita moverte de forma cómoda.

El ejercicio "playero" de menor intensidad es pasear por la arena, ideal si tu forma física es limitada, pretendes comenzar poco a poco o, simplemente, no deseas practicar ejercicios que impliquen demasiada fatiga. Caminar por la orilla —alternando tierra seca y mojada e, incluso, sumergir un poco los pies en el agua— activa la circulación de tus

extremidades inferiores, incrementando los beneficios cardiovasculares del paseo.

Si queremos un ejercicio de mayor intensidad, podemos correr por la orilla o con los pies sumergidos, lo cual dificultará el movimiento, incrementando la dureza del ejercicio. Es fundamental ser conscientes de nuestro estado físico, ya que en la arena y en el agua los ejercicios exigen una mayor condición física que en otros terrenos. Quizá una solución intermedia sería realizar algún tipo de actividad en grupo, como jugar a palas o con un disco.

Por último, la natación es uno de los deportes más completos que existen, por lo que nadar en la playa es otro tipo de ejercicio a tener en cuenta. Es esencial evaluar nuestra condición física y nuestra capacidad técnica en la natación, dado que el mar es mucho más exigente que la piscina. Las olas

dificultan nuestra progresión, por lo que recorrer una determinada distancia en el agua requiere mucho más consumo de energía que en la piscina.

Como norma general, es básico tener presente el impacto del sol en cualquier ejercicio que efectuemos en la playa. El uso de crema solar con un elevado factor de protección, la ropa blanca o de colores claros que refleje parte de los rayos solares, proteger nuestra cabeza con sombreros o gorras y gafas de sol para nuestra vista, además de beber agua con frecuencia para evitar la deshidratación, son factores a los que tendríamos que prestarse atención. En horas de elevado impacto solar —como al mediodía o durante las primeras horas de la tarde—, deberíamos abstenernos de realizar ejercicios intensos en la playa.

## En la montaña

Una alternativa importante al entorno playero es la montaña, normalmente menos masificada y con un entorno a menudo más natural que la mayoría de las playas.

Una de las actividades físicas montañosas más practicada y asequible para personas sin una condición física muy desarrollada es el senderismo. Esta actividad deportiva se practica realizando rutas a pie a través del sistema de vías de comunicación tradicional, no transitables por la mayoría de vehículos y, en muchos casos, con balizas que indican el camino y/o el kilómetro de vía en el que nos encontramos. Además de hacer ejercicio, suelen ser rutas con interés cultural, por lo que implican una interesante fusión cuerpo-mente.

Si no tienes experiencia en el mundo del senderismo, puede ser preferible hacer tu ruta por un sendero homologado, puesto que este tipo de senderos se encuentran bajo el mantenimiento de organismos públicos y presentan diversas características que facilitan nuestra actividad:

- Son aptos para la gran mayoría de población
- Se encuentran debidamente señalizados por medio de un sistema de marcas normalizado
- Poseen interés paisajístico, cultural o medioambiental
- No tienen grandes desniveles ni riesgos
- No precisan de técnicas o materiales especiales para su recorrido

«Lo importante es moverse, ya sea por los beneficios físicos o por los psicológicos, dado que la actividad física también reduce el estrés y facilita nuestra posterior relajación.»

Los senderos homologados pueden encontrarse en las conocidas como "topogüías", publicaciones que describen dichos senderos y a las que se puede acceder mediante los servicios de información turística locales o por medio de internet.

Si pretendes llevar a cabo un ejercicio montañoso de mayor intensidad, las opciones son muy variadas, ya que la popularización de los conocidos como "deportes de aventura" ha sido muy destacada durante los últimos años. Escalada, barranquismo, piragüismo y *rafting*, entre otras, son disciplinas que cada día tienen más adeptos. Suele tratarse de actividades que, a no ser que ya domines sus técnicas, deben ser guiadas por un monitor, aparte de precisar de un equipo adecuado para su realización.

En conclusión, en el mar o en la montaña, existen numerosas actividades físicas al aire libre. Además, pasear en parques u otros entornos naturales dentro de espacios urbanos puede ser una buena opción para personas que no quieren o no pueden salir de la ciudad. Lo importante es moverse, ya sea por los beneficios físicos o por los psicológicos, dado que la actividad física también reduce el estrés y facilita nuestra posterior relajación.

#### Referencias:

- [www.biomanantial.com](http://www.biomanantial.com)
- <http://online.fedme.es>

# Meditación y VIH

A quien haya practicado la meditación, o conozca a alguna persona que la haya realizado, no le parecerá extraño oír que esta técnica ayuda a sentir una gran relajación. Sin embargo, hay estudios que confirman que la práctica de la meditación tiene unos efectos más allá del bienestar subjetivo y produce cambios perceptibles en el cerebro y el recuento de CD4.

En general, estos estudios ofrecen pruebas que respaldan algo que ya se había observado en diversas dolencias: que el efecto del estado psicológico de una persona tiene un efecto sobre la progresión de su enfermedad y, en este sentido, la meditación puede constituir una herramienta de gran utilidad.

## Cerebro y meditación

Recientemente, el Hospital General de Massachusetts (EE UU) ha publicado un estudio en el que concluye que la práctica de la meditación puede producir modificaciones en las zonas del cerebro relacionadas con la memoria, la autoconsciencia, la empatía y el estrés.

"El estudio contó con la participación de 16 personas (sin VIH) que siguieron una pauta de ejercicios de meditación durante ocho semanas (a la que dedicaron algo menos de media hora diaria). Transcurrido ese tiempo, las personas participantes no solo se sentían mejor que antes, sino que las imágenes de resonancia magnética nuclear revelaron cambios estructurales en el cerebro en zonas relacionadas con el aprendizaje y la memoria y con la disminución del estrés".

La autora principal del ensayo afirma que la meditación puede desempeñar un papel activo para aumentar nuestro bienestar y calidad de vida, al tiempo que abre nuevas posibilidades para las personas que sufren problemas graves de estrés.

## Recuentos de CD4

Un equipo de investigadores de la Universidad de California en Los Ángeles (EE UU) publicó un estudio que evidenció que la meditación tuvo un efecto positivo sobre el nivel de linfocitos CD4 en personas con VIH. Se sabía que el estado de ánimo



está profundamente relacionado con la función inmunitaria, pero este ensayo confirmó que las personas que siguieron un ciclo de ocho semanas de meditación mantuvieron un mejor recuento de CD4, en comparación con un grupo de pacientes control.

No obstante, es difícil hacer generalizaciones a partir de los resultados mencionados, ya que en todos ellos el número de personas implicadas era muy bajo, y es posible que los hallazgos tengan algún tipo de sesgo o que se hayan visto afectados por la casualidad, en alguna medida.

En todo caso, nunca debería considerarse la técnica de la meditación como un sustituto de la terapia antirretroviral pautada en el hospital, sino un complemento adicional que puede tener un impacto positivo en la vida cotidiana de las personas con VIH. No necesita un equipamiento especial y puedes practicarla en tu propia casa o en algunos centros deportivos. ¿Te animas?

#### Fuente:

- *Psychiatry Research / Brain, Behavior and Immunity.*



# Mejorar la prevención del cáncer anal

Entre las enfermedades no definidoras de sida que se producen en personas con VIH, el cáncer de ano se ha convertido, en los últimos años, en una de las afecciones más habituales. Al igual que el cáncer de cuello de útero, el tumor anal está causado por subtipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH). Los programas de diagnóstico precoz y tratamiento de las lesiones anales precancerosas permiten mejorar la prevención de esta dolencia maligna. Sin embargo, la puesta en marcha de este tipo de programas de cribado continúa siendo un reto en la atención de las y los pacientes que viven con VIH.



## ¿Quiénes son más vulnerables?

Aunque resulta difícil conocer con exactitud cuál es la prevalencia global de las lesiones precancerosas en la piel del ano —una afección conocida como neoplasia intraepitelial anal—, cada vez son más numerosos los estudios que muestran un aumento de casos de displasias de alto grado entre personas con VIH. Este tipo de lesiones precancerosas graves son las que podrían progresar, en determinadas personas, a cáncer anal invasivo.

Un estudio, cuyos resultados han sido publicados este mismo año, revela que 52 de 98 hombres atendidos en la unidad de VIH del Centro Médico para Asuntos de Veteranos en Miami (EE UU), entre febrero y julio de 2006, tuvieron resultados anómalos en las pruebas de citología anal. A 32 pacientes de estos 52 se les realizó anoscopias

de alta resolución. Los resultados de las biopsias de las muestras tomadas revelaron dos casos de cáncer invasivo, 18 neoplasias intraepiteliales anales de alto grado y 13 casos de inflamación que no llegaron a ser displasias.

Respecto a la prevalencia de cáncer anal invasivo, un análisis reciente efectuado en California (EE UU) por la fundación Kaiser-Permanente (un sistema de salud que incluye a más de 6 millones de personas) estimó que la tasa de cáncer de ano en la población con VIH es de 174/100.000 persona-años de seguimiento, un porcentaje desproporcionadamente elevado si se compara con la tasa de 2/100.000 persona-años observada en la población general.

Los investigadores creen que la tasa de cáncer anal en la población con VIH podría ser más elevada, desde el punto de vista significativo, que el porcentaje de cáncer de cuello de útero comunicado en mujeres infectadas por este virus antes de que las citologías (Papanicolaou) se introdujeran de forma frecuente en la práctica clínica (35/100.000 persona-años).

Los datos apuntan a que los hombres que practican sexo con otros hombres (HSH) podrían tener un mayor riesgo de desarrollar cáncer de ano. Menos se sabe sobre la tasa de este tipo de cáncer en mujeres con VIH y hombres heterosexuales seropositivos. Sin embargo, sí se tiene conocimiento de que las infecciones anales por VPH pueden producirse también en varones y mujeres con VIH que nunca han realizado prácticas de sexo anal.

Además, en la población femenina con VIH, las infecciones anales por VPH son más comunes que las infecciones en el cuello de útero causadas por el mismo virus: se calcula que alrededor de un 10% de las mujeres seropositivas tienen lesiones anales precancerosas.

## ¿Cómo se detecta el cáncer anal?

Las autoridades sanitarias que establecen el estándar de cuidados de las y los pacientes con VIH todavía no han adoptado un consenso internacional relativo a la idoneidad de la realización de un cribado sistemático para detectar y prevenir esta dolencia. Algunos expertos cuestionan la validez de los métodos usados hoy en día, su elevado coste o la complejidad para llevarlos a cabo. Los hay que, además, sostienen que ningún estudio a largo plazo con grupo control ha demostrado que el tratamiento de las lesiones precancerosas reduzca significativamente el riesgo de progresión a cáncer anal.

No obstante, un número creciente de investigadores contrarrestan estos argumentos señalando que todos los datos disponibles sugieren con firmeza que el tratamiento temprano de las lesiones anales es muy probable que tenga beneficios similares al de las lesiones de cuello de útero en mujeres.

Por tal motivo, cada vez más sociedades científicas, como el Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) y la Secretaría de la Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), recomiendan el cribado anual del cáncer anal sobre todo en HSH con VIH y mujeres seropositivas con diagnóstico previo de cáncer o lesiones precancerosas de alto grado de cuello uterino; si bien, también sería deseable que el resto de mujeres y hombres con VIH, independientemente de sus prácticas sexuales, se sometieran a un cribado de cáncer de ano cada 2 o 3 años.

El protocolo de cribado para la prevención del cáncer anal se basa, pues, en el del cáncer de cuello de útero. El objetivo del cribado es prevenir el cáncer anal invasivo a través de la identificación y eliminación de lesiones precancerosas en la piel del ano, una afección conocida como neoplasia intraepitelial anal de grado medio y alto (AIN II o III, en sus siglas en inglés), antes de que dichas lesiones progresen a cáncer invasivo.

La prueba de detección inicial es una citología anal (o Papanicolau), que consiste en introducir al menos unos 3-4cm un escobillón en el canal anal, preferiblemente humedecido con agua. Cuando ya se ha introducido, se rota para obtener células de la parte terminal del canal anal y margen anal. La piel alrededor del ano debe ser, asimismo, examinada visualmente ante la posible presencia de verrugas o placas de color oscuro. Las citologías anales se valoran siguiendo el mismo sistema que el utilizado para la citología cervical. Aquellos pacientes cuya citología y reconocimiento visual ofrezcan un resultado anómalo deberán someterse a una anoscopia (véase tabla I y II).

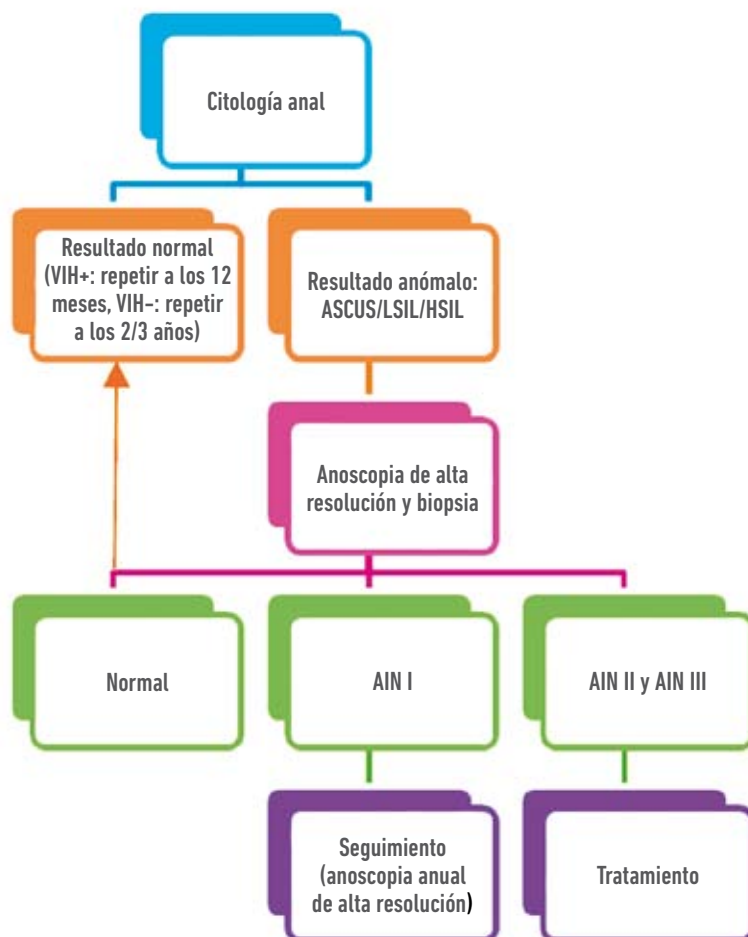
La anoscopia de alta resolución es un procedimiento que sirve para identificar la neoplasia intraepitelial anal sin síntomas clínicos; para realizar un mapa de la distribución geográfica y la extensión de la enfermedad; y también para llevar a cabo biopsias dirigidas y el tratamiento de las lesiones. El proceso sigue el siguiente esquema adaptado de la colposcopia de cuello de útero: Se inserta el anoscopio con la ayuda de un lubricante de base acuosa. A continuación, se introduce un escobillón con una gasa empapada de ácido acético al 3% enrollada en él; se saca el anoscopio y se deja 2 minutos, a la espera de que la solución empape la pared del recto. Se saca el escobillón y la gasa que lo envuelve y se vuelve a introducir el anoscopio. Por su interior, se hace pasar el colposcopio de alta resolución, una cámara con gran aumento que permite examinar la piel a través de las imágenes visualizadas mediante un monitor. Se puede observar lo siguiente: el epitelio sano se ve rosa y brillante, mientras que el epitelio displásico se ve apagado y blanco: este tejido sospechoso es el que debe someterse a biopsia, por lo que se procederá a la extracción dirigida de una muestra de tejido.

Si el resultado de la biopsia muestra la presencia de neoplasia intraepitelial anal de grado II o III, entonces el paciente deberá someterse al tratamiento de las lesiones precancerosas con la ayuda, nuevamente, de la anoscopia de alta resolución (véase tabla I y II).

**Tabla I: Clasificación de la displasia anal**

CLASIFICACIÓN DE LA DISPLASIA ANAL					
1.- A PARTIR DEL RESULTADO DE LA CITOLOGÍA ANAL (clasificación de Bethesda)					
Normal	ASCUS: Células escamosas atípicas de significado indeterminado	LSIL: Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado	HSIL: Lesión intraepitelial escamosa de alto grado		
2.- A PARTIR DEL RESULTADO DE LA ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN Y LA BIOPSIA					
		AIN I: Neoplasia intraepitelial anal de grado I (o displasia leve)	AIN II: Neoplasia intraepitelial anal de grado II (o displasia moderada)	AIN III: Neoplasia intraepitelial anal de grado III (o displasia grave o carcinoma <i>in situ</i> )	Carcinoma anal invasivo

**Tabla II: Clasificación de la displasia anal**



### ¿En qué consiste el tratamiento?

Como hemos indicado, el tratamiento tiene como objetivo eliminar la neoplasia intraepitelial anal de grado II o III y prevenir el cáncer de ano con las mínimas alteraciones de la función anal. Es difícil formular una estrategia de tratamiento clara y definida, entre otros motivos, por la carencia de un tipo de terapia que sea cien por cien eficaz. Otra dificultad añadida es el número limitado de clínicos capaces de realizar

Entre los tratamientos disponibles, uno de los más utilizados para la eliminación de las lesiones es la coagulación por infrarrojos. Se trata de un procedimiento que consiste en la aplicación de un dispositivo térmico en la superficie de la lesión y el uso de energía para eliminarla. La luz provoca una coagulación térmica de los vasos sanguíneos a una profundidad controlada, por lo que se produce muy poco sangrado. Entre los efectos secundarios, se ha comunicado dolor leve-moderado después del procedimiento y el sangrado durante un período de hasta las dos semanas siguientes. La cicatrización completa tiene lugar, en general, a las 2-4 semanas. Las complicaciones raras (infecciones de la zona tratada y hemorragia grave) pueden ocurrir una o dos semanas después del procedimiento. Las tasas de recurrencia tras el primer, segundo y tercer tratamiento son del 65%, 58% y 40%, respectivamente, y suelen ser más elevadas en personas con VIH.

Para eliminar las lesiones precancerosas de alto grado, sobre todo las de más volumen y extensión, los médicos también pueden usar la ablación quirúrgica por electrocauterización, que, mediante un electrobisturí, destruye el tejido dañado a través de la aplicación de electricidad. Tiene una recurrencia de entre un 45 y un 57%.

Otras opciones incluirían la crioterapia (o congelación con nitrógeno líquido), el empleo de ácido tricloroacético y varios tratamientos tópicos, tales como geles y cremas, que están siendo objeto de investigación, entre los que figuran 5-fluorouracilo (una crema usada en quimioterapia), imiquimod (una crema inmunomoduladora que se utiliza para tratar las verrugas), y cidofovir (un fármaco empleado para tratar las infecciones por citomegalovirus).

En el caso del cáncer anal, el tratamiento estándar consiste en una combinación de quimioterapia y radioterapia, que se asocia con una morbilidad significativa, motivo por el cual muchos médicos consideran razonable y apropiada la estrategia de prevención de este tipo de cáncer y evitar la progresión de las lesiones precancerosas de alto grado.

### ¿Cómo prevenir las lesiones precancerosas?

La vacunación contra el VPH es una prometedora herramienta de prevención que ofrece protección frente a cuatro tipos de virus del papiloma humano que causan la mayoría de verrugas genitales y cáncer de cuello de útero.

La vacuna cuadrivalente Gardasil® (que proporciona protección frente a los subtipos de bajo riesgo 6 y 11 [que provocan el 90% de las verrugas genitales], y los subtipos de alto riesgo 16 y 18 del VPH [que causan el 70% de los casos de cáncer de cuello de útero]) ha sido estudiada en un ensayo clínico de gran tamaño en hombres jóvenes con VIH y ha mostrado prevenir las verrugas genitales entre los participantes. El ensayo también incluyó un subestudio en HSH jóvenes cuyos resultados revelaron que la vacuna tuvo capacidad para prevenir la infección anal por VPH en estas personas.

Con todo, la vacuna Gardasil® está aprobada, en EE UU, para la prevención de lesiones genitales precancerosas (cervicales, vulvares y vaginales) y cáncer cervical en mujeres de edades comprendidas entre los 9 y los 26 años; la prevención de lesiones precancerosas anales y cáncer de ano en hombres y mujeres en la misma franja de edad, así como la prevención de verrugas genitales en hombres y mujeres con edades también comprendidas entre esos años.

A pesar de que ni en España ni en Europa la indicación de uso de la vacuna incluye a personas con VIH, los resultados de los estudios señalados con anterioridad sugieren que vacunar contra el VPH a hombres y mujeres con el virus de la inmunodeficiencia humana probablemente prevendría también las infecciones anales y el cáncer de ano asociados con el papilomavirus. Sin embargo, la mayoría de personas seropositivas son mayores de 26 años y han tenido, o tienen, infección por VPH. Se desconoce qué beneficio ofrecería vacunar a esta población. No obstante, merece la pena mencionar que la vacunación contra el VPH no elimina la necesidad de someterse de forma regular a programas de detección precoz de cáncer, puesto que el cáncer anal puede ser provocado por otros subtipos del VPH frente a los que la vacuna no ofrece protección.

El empleo de preservativos de forma constante constituye otra herramienta preventiva contra el VPH. Aunque los condones no son 100% eficaces en la prevención de nuevas infecciones por el

una citología anal y una anoscopia de alta resolución con biopsia, así como de interpretar citologías y biopsias anales.

El tratamiento de las neoplasias intraepiteliales anales de grado I (AIN I) sigue siendo controvertido. Se considera que la AIN I no es una lesión precursora de cáncer, pero puede tener pequeñas áreas de grado II o III. La mayoría de los médicos prefieren no tratar las AIN I y efectúan un seguimiento de cerca, dado que algunas lesiones de bajo grado se resuelven de manera espontánea. Las lesiones de AIN II y III deben tratarse siempre que sea posible. La elección del tratamiento dependerá del número, la localización y el tamaño de las lesiones. Por desgracia, igual que con las lesiones cervicales en mujeres, algunos pacientes con displasia anal de alto grado experimentan recidivas o persistencia de las lesiones.



virus del papiloma humano, muestran una eficacia parcial.

### ¿Por qué no existen más programas de detección de cáncer anal para personas con VIH?

Diversos son los obstáculos que dificultan la implementación generalizada de programas de detección precoz de cáncer anal, basados en la citología y la anoscopia de alta resolución, en los centros hospitalarios. En primer lugar, existe un acceso limitado a la anoscopia de alta resolución y al tratamiento de las lesiones anales precancerosas.

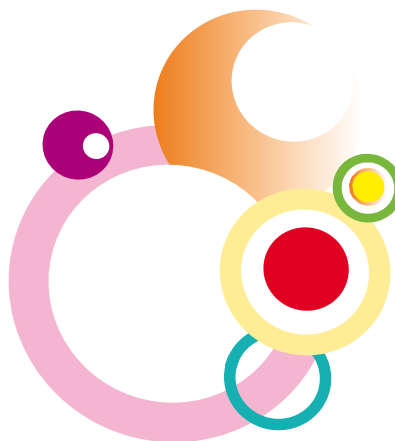
Es preferible que este tipo de prueba se realice en una unidad capacitada para llevar a cabo un número importante de anoscopias. Sin embargo y desafortunadamente, muchos centros hospitalarios no disponen de este tipo de unidades o, en aquellos en los que sí existen, no tienen capacidad suficiente para dar respuesta a una necesidad clínica de tal magnitud. Con todo, muchos centros hospitalarios poco a poco están desarrollando la infraestructura necesaria para proporcionar dicha técnica a sus pacientes. Dado que este procedimiento no recae en una única especialidad médica, es frecuente que algunos centros hospitalarios ofrezcan esta intervención en colaboración con los servicios de enfermedades infecciosas,

dermatología y cirugía colorrectal.

Otro obstáculo que dificulta la implantación de programas de detección precoz es la falta de conocimiento respecto al VPH y sus consecuencias. Debido a que muchas personas tienen poco o ningún conocimiento sobre esta infección de transmisión sexual, es importante proporcionar a la población con VIH información que le permita entender las razones para realizar el cribado, las brechas que existen en el conocimiento de esta enfermedad, y la posible necesidad de procedimientos invasivos.

En España, algunos centros, principalmente en grandes áreas urbanas, están ofreciendo la realización de un cribado a sus pacientes, pero por desgracia no está disponible en la mayoría de hospitales.

Si en el pasado desarrollaste condilomas genitales u otras enfermedades asociadas a este virus, sería aconsejable que hablaras con tu médico de VIH acerca de la posibilidad de realizarte una citología anal y, dependiendo del resultado, una anoscopia de alta resolución. En caso de que tu hospital no posea la tecnología apropiada para el cribado



de cáncer anal, conviene saber que algunos centros de infecciones de transmisión sexual proporcionan, o están a punto de hacerlo, programas de cribado del VPH que

permiten detectar displasias anales en todas aquellas personas que no presentan síntomas.

#### Referencias:

- MAYANS VALL M, SANZ COLOMO B. *Neoplasias asociadas al papilomavirus. AIDS Cyber J 2007; 10 (1).*
- LEVINE AM. *Non-AIDS-Defining Cancers in the Era of HAART: Anal Dysplasia. HIV/AIDS Annual Update 2008. Clinical Care Options.*
- PALACIOS R, POLO R (coord.). *Documento de Consenso sobre las infecciones de transmisión sexual en personas con infección por VIH. GESIDA y SPNS. Septiembre 2010.*
- FRANQUET X. *Nuevos datos apoyan el cribado del cáncer anal en personas con VIH. La Noticia del Día 15/04/2011 ([http://gtt-vih.org/actualizate/la\\_noticia\\_del\\_dia/15-04-11](http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/15-04-11))*

## Nuevas recomendaciones para el inicio del tratamiento contra el VIH

El comienzo de la terapia antirretroviral es un momento importante. Algunas personas con VIH apenas tienen tiempo de asimilar el resultado positivo de la prueba y ya deben plantearse el hecho de tratarse de por vida, pues su sistema inmunitario se halla muy debilitado. Otras, en cambio, reciben el diagnóstico con tiempo para poder ir haciéndose a la idea de que, algún día, habrá que empezar con la medicación. Tal y como explicábamos en los números 42 y 46 de *LO+POSITIVO* (primavera 2009 y verano 2010), mientras que hace unos años el inicio del tratamiento se demoraba al máximo, en estos momentos la tendencia es justo la contraria. Esto es así porque cada vez existen más datos de estudios que relacionan un comienzo temprano con una mayor protección frente a otras enfermedades y la muerte. Estos beneficios superarían a los riesgos que comporta el uso de antirretrovirales en el tiempo, que principalmente son: la toxicidad, el desarrollo de

resistencias y las dificultades que plantea la adhesión a un régimen diario. Este avance del inicio del tratamiento comenzó en EE UU y posteriormente se ha ido reflejando en las directrices oficiales que distintos organismos elaboran tanto a nivel internacional como estatal. En España, las recomendaciones oficiales elaboradas por el Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) y el Plan Nacional sobre el Sida se alinean con esta tendencia en su última actualización de enero de 2011.

### CD4 y carga viral

Los dos principales marcadores que se utilizan para evaluar el curso de la infección por VIH, para tomar decisiones sobre el comienzo del tratamiento, así como para valorar su eficacia, vienen siendo los mismos desde prácticamente el principio: la carga viral del VIH (cantidad de copias de ARN de virus en el plasma sanguíneo) y los linfocitos-T CD4 (recuento

de células clave del sistema inmunitario cuyo número suele ir disminuyendo a medida que avanza la infección). Sin embargo, lo que sí ha ido cambiando es la interpretación que se hace de los resultados.

Si la persona presenta una enfermedad relacionada con el sida, se recomienda iniciar el tratamiento siempre e independientemente del valor de dichos marcadores. También, sin excepciones, en personas con VIH asintomáticas y con recuentos de CD4 por debajo de 350 células/mm<sup>3</sup>.

Cuando el nivel de CD4 esté dentro de la horquilla de 350 a 500 células/mm<sup>3</sup>, se recomienda el inicio del tratamiento, salvo en aquellos casos en que el número de CD4 se mantenga estable, la carga viral sea baja (menos de 100.000 copias/mL) o el paciente muestre poca predisposición.

En cambio, si el recuento de CD4 está por encima de las 500 células/mm<sup>3</sup>, el documento de consenso español recomienda no tratar, aunque sí sugiere que se considere el tratamiento “en pacientes con cirrosis hepática, hepatitis crónica por virus C, hepatitis B que requiera terapia, riesgo cardiovascular elevado, nefropatía asociada al VIH, carga viral superior a 100.000 copias/mL, proporción de CD4 inferior al 14%, edad superior a 55 años y en parejas serodiscordantes con riesgo de transmisión sexual”.

Como se ve en la tabla, en los dos últimos supuestos (350-500 y >500 células/mm<sup>3</sup>) el nivel de evidencia es B. Podría cobrar más fuerza y elevarse a A, de confirmarse esta tendencia con los resultados del estudio START, que se está llevando a cabo en estos momentos. A finales de abril, este ensayo internacional había incluido un total de 1.245 pacientes. La inscripción terminará cuando alcancen los 4.000 participantes, lo que se espera que ocurra a finales de 2012. Para tomar parte en esta investigación se requiere tener recuentos de CD4 superiores a 500 células/mm<sup>3</sup> y no haber tomado antirretrovirales de manera previa. Una vez inscritos, los participantes son repartidos aleatoriamente en dos grupos: en uno inician el tratamiento de inmediato, mientras que en el otro esperan hasta que los CD4 desciendan por debajo de 350 células/mm<sup>3</sup> o hasta que se desarrolle un acontecimiento relacionado con sida. Así, de esta comparación se espera poder extraer una recomendación más rotunda. Aunque para ello habrá que esperar, pues, según el protocolo, los participantes deben someterse a un seguimiento mínimo de seis años ([www.insight-trials.org](http://www.insight-trials.org)).

### Tratarse para proteger más

Por otro lado, si bien hasta ahora todos los criterios necesarios para tomar la decisión de comenzar a tratar el VIH

han estado relacionados con los beneficios o riesgos que las mismas personas infectadas podían experimentar, recientemente se ha introducido un nuevo elemento cuyo impacto en este paradigma todavía está por ver. Cada vez son más los resultados de estudios que confirman la capacidad preventiva del tratamiento antirretroviral. Hace poco, un estudio prospectivo y de reparto aleatorio (HPTN 052) diseñado para responder a esta pregunta fue interrumpido antes de tiempo, al obtenerse ya suficiente evidencia de que el tratamiento evitaba que las parejas heterosexuales de personas con VIH adquirieran la infección. Participaron más de 1.700 parejas y el porcentaje de protección fue del 96%, un resultado contundente.

Pese a que las medidas preventivas recomendadas siguen siendo las mismas (estos hallazgos no significan que puedan dejarse completamente de lado las prácticas de sexo más seguro), las personas que forman parte de una pareja serodiscordante —en la que un miembro tiene VIH y el otro no— poseen un argumento más para no retrasar el inicio del tratamiento antirretroviral.

El documento de consenso de GESIDA y el Plan Nacional sobre el Sida acerca del tratamiento antirretroviral del adulto puede consultarse en: [www.gesida.seimc.org](http://www.gesida.seimc.org)

**Tabla. Indicaciones de tratamiento antirretroviral en pacientes asintomáticos con infección crónica por VIH**

Linfocitos CD4	Pacientes asintomáticos	Nivel de evidencia
≤ 350 células/mm <sup>3</sup>	Recomendar	A (la recomendación se basa en datos procedentes de estudios prospectivos de reparto aleatorio)
350-500 células/mm <sup>3</sup>	Recomendar Salvo en caso de niveles de CD4 estables, carga viral baja o poca predisposición del paciente	B (se basa en el resultado de estudios de cohorte o de caso-control)
>500 células/mm <sup>3</sup>	Diferir en general  Considerar cuando haya cirrosis hepática, infección por VHC crónica, VHB que requiera tratamiento, riesgo cardiovascular elevado, nefropatía asociada a VIH, carga viral alta, CD4 <14%, mayor de 55 años y parejas serodiscordantes	B

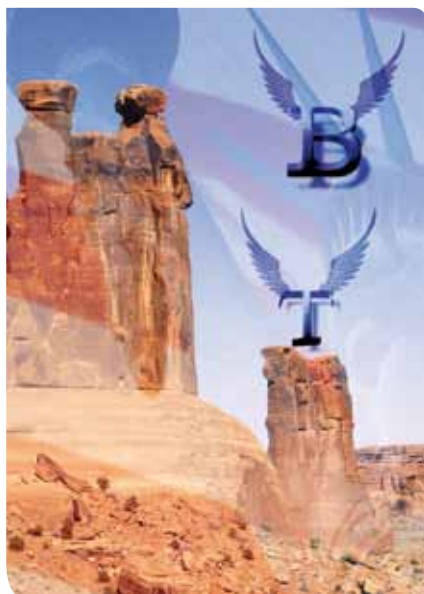
# EE UU aprueba boceprevir y telaprevir

El pasado mes de mayo, la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EE UU (FDA, en sus siglas en inglés) aprobó dos nuevos fármacos para el tratamiento del virus de la hepatitis C. Boceprevir, de la farmacéutica MSD (Merck en EE UU y Canadá), que será comercializado bajo el nombre de Victrelis™; y telaprevir, desarrollado de manera conjunta por Vertex y Tibotec/Janssen, que se denominará Incivek™. Ambos son inhibidores de la proteasa, de administración oral y están indicados para el tratamiento de la infección crónica por el genotipo 1 del VHC tanto en personas sin experiencia previa en la toma de medicación contra la hepatitis C como en pacientes que recibieron anteriormente, sin éxito, la terapia estándar.

La dosis de telaprevir es de 750mg 3 veces al día con comida (un total de 6 comprimidos diarios). Durante las 12 primeras semanas de tratamiento, se debe tomar en combinación con interferón pegilado y ribavirina. A continuación, se interrumpe su toma, y, dependiendo de la respuesta inicial a la combinación triple, se continúa con interferón y ribavirina hasta la semana 24 o la 48.

Los resultados de los estudios pivotaes ADVANCE, ILLUMINATE y REALIZE mostraron que añadir este fármaco a la terapia estándar proporcionó tasas más elevadas de respuesta virológica sostenida (RVS) que el uso sólo de interferón pegilado y ribavirina. Entre las personas sin experiencia previa en el empleo de tratamiento contra el VHC, los ensayos ADVANCE e ILLUMINATE hallaron que un 79% de los participantes lograron una RVS con la terapia triple en comparación con un 46% de las personas que recibieron únicamente el régimen estándar.

« En España, no se espera que estén en el mercado hasta el próximo año. Mientras, algunas de las personas que lo necesiten podrán acceder a estos tratamientos bajo un programa de acceso especial. »



En el ensayo REALIZE, en personas pretratadas, la probabilidad de alcanzar una RVS entre los que tomaron la terapia triple osciló entre un 86% en pacientes recidivantes y un 32% en respondedores nulos a un tratamiento anterior, en comparación con un 22% y un 5% entre las personas que recibieron la terapia estándar con interferón pegilado y ribavirina.

Aunque en los estudios clínicos realizados hasta la fecha el fármaco ha demostrado, en general, una buena tolerabilidad, conviene señalar que aproximadamente la mitad de los participantes en dichos ensayos desarrollaron exantema cutáneo o picor, incluyendo un pequeño número de casos de reacciones cutáneas graves, como por ejemplo, el síndrome de Stevens-Johnson. Agregar telaprevir al tratamiento estándar también incrementó el riesgo de desarrollar anemia.

Por otro lado, en la aprobación de boceprevir se han tenido en cuenta

los resultados, relativos a su eficacia y seguridad, de dos ensayos clínicos de fase III —conocidos como RESPOND-2 y SPRINT-2—, que incluyeron a personas con el genotipo 1 del VHC con y sin experiencia previa en el uso de tratamientos contra la hepatitis. En ambos estudios, se observó que la administración de boceprevir en combinación con interferón pegilado y ribavirina conseguía que dos tercios de los participantes logaran una respuesta virológica sostenida, es decir, una carga viral indetectable 24 semanas después de la finalización del tratamiento. El nuevo fármaco precisa de tres administraciones diarias por vía oral en forma de comprimido y debe ser tomado junto a alimentos.

Su administración junto a la terapia estándar se relaciona con fatiga, náuseas, dolor de cabeza y con un mayor riesgo de padecer anemia y disgeusia (distorsión del sabor de alimentos y bebidas).

Aunque la indicación no incluye el tratamiento de la hepatitis C en personas coinfectadas por VIH, ambos fármacos están siendo investigados en la actualidad en esta población de pacientes.

Al cierre de esta edición, el Comité de Medicamentos para Uso Humano de la Agencia Europea del Medicamento (CHMP y EMA, respectivamente, en sus siglas en inglés) se había pronunciado a favor de la aprobación de boceprevir en Europa, lo que hace pensar que, en breve, ocurrirá lo mismo con telaprevir. En España, no se espera que estén en el mercado hasta el próximo año. Mientras, algunas de las personas que lo necesiten podrán acceder a estos tratamientos bajo un programa de acceso especial.

**Fuente:**

- *Elaboración propia / FDA y EMA.*



## Esperanzadores resultados preliminares de telaprevir en personas coinfectadas por VIH y VHC

Con gran expectación fueron recibidos los resultados preliminares de un ensayo que está evaluando la seguridad y eficacia del inhibidor de la proteasa del VHC telaprevir, en combinación con interferón pegilado alfa-2a y ribavirina, en pacientes coinfectados por VIH y VHC que nunca antes habían recibido tratamiento contra la hepatitis C.

La investigación se dividió en dos partes. En la primera, se tuvo en cuenta a los pacientes con un recuento elevado de células CD4 que aún no estaban recibiendo una terapia anti-VIH. En la segunda parte, participaron personas que estaban tomando una terapia antirretroviral basada en efavirenz (Sustiva®) o atazanavir/ritonavir (Reyataz®/Norvir®), fármacos seleccionados por su pequeño riesgo de interacción con telaprevir. Los participantes en las dos partes del estudio fueron distribuidos de forma aleatoria para recibir telaprevir o un placebo.

Los resultados indican que, en general, tras cuatro semanas de tratamiento, el 70% de las personas que tomaron

telaprevir tuvieron una carga viral del VHC indetectable, frente a apenas el 5% de las que recibieron el placebo. A la semana 12, un 68% de los participantes a los que se administró telaprevir mantenían la viremia del VHC indetectable frente a un 14% de los que tomaron el placebo. En la tabla se muestran los resultados detallados por grupos.

Los niveles en sangre de telaprevir fueron buenos y únicamente tuvieron un impacto modesto sobre las concentraciones de los fármacos antirretrovirales. El tratamiento con este fármaco no tuvo una repercusión negativa ni en la carga viral ni en el recuento de células CD4.

A pesar de los resultados esperanzadores, será necesario esperar a que concluya el ensayo para confirmar si los hallazgos observados a las semanas 4 y 12 se repiten a las semanas 48 (respuesta de fin de tratamiento) y 72 (respuesta virológica sostenida, lo que supone una carga viral indetectable al cabo de 24 semanas de la finalización del tratamiento).

	PARTE A: sin TARGA (n=13)		PARTE B: con TARGA (n=46)				Total	
	TVR + IFN-PEG + RBV (n=7)	Placebo + IFN-PEG + RBV (n=6)	EFV + TDF + FTC (n=24)		ATV/r + TDF + FTC (n=22)		TVR + IFN-PEG + RBV (n=37)	Placebo + IFN-PEG + RBV (n=22)
			TVR + IFN-PEG + RBV (n=16)	Placebo + IFN-PEG + RBV (n=8)	TVR + IFN-PEG + RBV (n=14)	Placebo + IFN-PEG + RBV (n=8)		
<b>RVR (ARN del VHC indetectable a la semana 4)</b>	5 (71%)	0 (0%)	12 (75%)	1 (12%)	9 (64%)	0 (0%)	26 (70%)	1 (5%)
<b>RVPc (ARN del VHC indetectable a la semana 12)</b>	5 (71%)	1 (17%)	12 (75%)	1 (12%)	8 (57%)	1 (12%)	25 (68%)	3 (14%)

\* 41 pacientes alcanzaron la semana 12 de tratamiento.

TVR: telaprevir  
 IFN-PEG: interferón pegilado  
 RBV: ribavirina  
 TARGA: terapia antirretroviral de gran actividad  
 EFV: efavirenz  
 ATV/r: atazanavir/ritonavir  
 TDF: tenofovir  
 FTC: emtricitabina  
 RVR: respuesta virológica rápida  
 RVPc: respuesta virológica precoz completa

Esta noticia pertenece al Boletín informativo no técnico sobre la XVIII Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI 2011), un resumen no técnico de algunos de los estudios más relevantes entre un total de 1.023 trabajos presentados en la edición de este año, que tuvo lugar en Boston (EE UU) en marzo de 2011.

Puedes descargarlo en: [http://gtt-vih.org/actualizate/la\\_noticia\\_del\\_dia/boletin\\_informativo\\_no\\_tecnico\\_xviii\\_croi](http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/boletin_informativo_no_tecnico_xviii_croi)



## Un estudio en España evalúa el riesgo de transmisión del VIH en parejas serodiscordantes



El ensayo PARTNER es un estudio multinacional europeo cuyo objetivo es analizar los factores relacionados con la transmisión del VIH dentro de las parejas serodiscordantes (es decir, aquellas en las que un miembro tiene el virus y el otro no) cuando la persona con VIH recibe tratamiento antirretroviral y tiene carga viral indetectable.

Aunque la principal misión es cuantificar el riesgo de transmisión del VIH al miembro de la pareja no infectado, uno de los objetivos secundarios es determinar los motivos por los que algunas parejas no utilizan los preservativos de forma sistemática. Por esta razón, se intentará reflejar al máximo la situación real, donde, a pesar de que las personas conocemos la importancia de practicar sexo seguro, en muchas ocasiones y por causas complejas, no siempre adoptamos estas conductas o se dan circunstancias imprevistas que las impiden (rotura o pérdida del preservativo, por ejemplo).

Recientemente, un ensayo (denominado HPTN 052) demostró que la

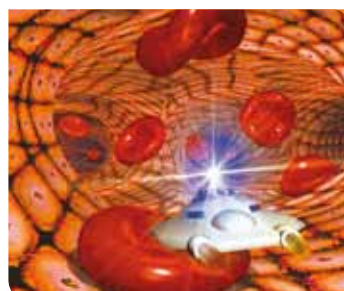
terapia antirretroviral era capaz de disminuir en un 96% la transmisión del VIH en parejas heterosexuales. Sin embargo, existe poca información acerca de la transmisión del virus en parejas serodiscordantes de hombres que practican sexo con otros hombres, por lo que el estudio pretende también arrojar más luz sobre el riesgo de transmisión en este grupo de población.

Se pretende conseguir la inscripción de 1.650 parejas, que recibirán seguimiento a lo largo de dos años. Las personas participantes deberán cumplimentar un cuestionario relativo a prácticas sexuales y recibirán asesoramiento referente a prácticas de sexo seguro y uso apropiado de los preservativos. Además, la persona sin VIH de la pareja será sometida a una prueba diagnóstica al inicio, que se repetirá posteriormente de forma periódica a intervalos de 3 a 6 meses. Las personas con VIH que deseen participar no tienen que abandonar el seguimiento con su médico habitual, aunque éste no participe en el estudio.

En España intervienen doce centros: Hospital Carlos III, Hospital La Paz, Hospital Universitario San Carlos, Hospital Ramón y Cajal, Fundación Jiménez Díaz y Centro Sanitario Sandoval (Madrid); Hospital Clínic (Barcelona), Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona); Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla); Hospital Universitario de Elche (Elche); Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (Córdoba), y Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (Santiago de Compostela), a cuyas unidades de VIH pueden dirigirse las parejas serodiscordantes interesadas en formar parte del ensayo.

El estudio se financia de forma independiente de las empresas farmacéuticas y en su comité ejecutivo participan miembros de la comunidad internacional.

**Fuente:**  
Programa de VIH de Copenhague.



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**

# EE UU: Peligran los programas de provisión de fármacos a pacientes pobres

Las personas que necesitan fármacos contra el VIH/sida, pero no pueden permitirse su compra, podrían correr el riesgo de quedarse sin ellos en varios estados de EE UU debido a la falta de fondos del Programa de Asistencia para Fármacos contra el Sida (ADAP, en sus siglas en inglés). El ADAP proporciona fármacos antirretrovirales que precisan receta médica a pacientes con pocos recursos que carecen de seguro o que disponen de uno, pero que no cubre estos gastos.



La financiación del programa se reparte entre los distintos estados individuales y el gobierno central estadounidense, que en la actualidad aporta el 49% de los fondos, frente al 69% en el año 2000.

La delicada situación económica por la que atraviesa EE UU está haciendo que, a lo largo de todo el país, sus estados miembros estén adoptando medidas de recorte de gastos en los programas de financiación federal. Esto afecta, entre otros, a muchos pacientes con VIH, que se ven incluidos en listas de espera y se enfrentan a mayores dificultades para acceder a los programas de ayuda. A este respecto, diversos activistas han expresado su frustración porque la administración central no haya cubierto los vacíos presupuestarios dejados por los estados. El presidente Barack Obama ha propuesto un aumento de 20 millones de dólares en la partida destinada al ADAP para el año 2011, una cantidad que queda muy por debajo de los 126 millones que se calcula son necesarios

para garantizar su adecuado funcionamiento.

Al mismo tiempo, el aumento del paro en el país norteamericano está haciendo que cada vez más pacientes precisen ayuda para conseguir fármacos antirretrovirales, al perder su empleo y, con él, la cobertura médica. Por ejemplo, en el Estado de Illinois, el número de pacientes inscritos en el ADAP ha aumentado un 14% solo el pasado año. Los activistas temen que esta estrategia de recorte de gastos eche por tierra los avances alcanzados a lo largo de décadas y se retroceda a un tiempo en el que las personas apenas tenían opciones de tratamiento y la infección por VIH a menudo desembocaba en la aparición de sida e, incluso, la muerte.

Esta situación ha hecho que algunos pacientes que se encuentran en listas de espera soliciten la participación en los programas de asistencia que algunas empresas farmacéuticas han puesto en marcha para proporcionar fármacos a personas con pocos recursos. A pesar de todo, en ocasiones ha sido imposible conseguir fármacos 'no esenciales' para tratar efectos secundarios.

Los activistas lamentan la falta de respuesta por parte del gobierno federal y señalan que aún no se sabe cuándo el Congreso de EE UU aprobará la financiación necesaria. También muestran su preocupación porque esta espera está haciendo que, de manera progresiva, más estados se vean afectados al quedarse sin dinero en sus presupuestos.

En este sentido, dos senadores del Partido Republicano de EE UU han hecho una propuesta que permitiría destinar 126 millones de dólares procedentes del paquete de estímulo económico federal para apoyar el ADAP en aquellos estados que han instituido listas de espera u otras restricciones económicas que dificultan que las personas con VIH accedan a los medicamentos que necesitan. Sin embargo, el Partido Demócrata —que tradicionalmente ha apoyado la legislación favorable a la lucha contra el VIH/sida— todavía no ha aceptado la propuesta.

Los senadores que impulsan esta propuesta de ayuda al ADAP entienden que no solo se trata de una cuestión de compasión por las personas que no pueden acceder a la medicación que necesitan, sino que también, desde el punto de vista puramente económico, resulta más rentable ofrecer los fármacos que enfrentarse a los devastadores efectos de que los pacientes no reciban el tratamiento.

« El aumento del paro en el país norteamericano está haciendo que cada vez más pacientes precisen ayuda para conseguir fármacos antirretrovirales, al perder su empleo y, con él, la cobertura médica. »

Asimismo, han planteado su sospecha de que esta lentitud en la respuesta de los políticos tenga que ver más con la ignorancia, el estigma o la catalogación del VIH/sida como una enfermedad moral, que con una cuestión de voluntad política, y que, a diferencia de otras dolencias, la lucha contra el VIH no se ve como algo con 'glamour'.

#### Fuente:

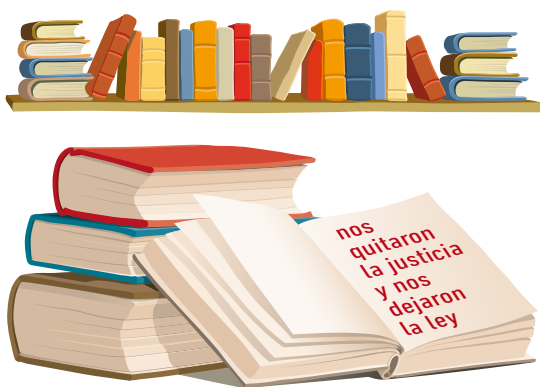
- *Budget squeeze could make HIV treatment costlier, rarer* (<http://www.eatg.org/eatg/Global-HIV-News/Access-to-treatment/Budget-squeeze-could-make-HIV-treatment-costlier-rarer>) y *Republicans to ADAP's Rescue?* (<http://www.thebody.com/content/art58668.html>).



# La injusta legalidad de las aseguradoras

La negación de seguros de vida a las personas con VIH limita el acceso a préstamos y genera exclusión socioeconómica

La Propuesta de Ley para ilegalizar esta práctica impulsada por el Parlamento de Navarra a instancia de las ONG llega al Congreso y abre una vía de esperanza



Que algo sea legal no quiere decir que sea justo. Así lo vio, a principios del siglo XX, el escritor español Pío Baroja al decir que “la ley es inexorable, como los perros: no ladra más que al que va mal vestido”, y del mismo modo lo ve, en el XXI, el escritor uruguayo Eduardo Galeano, al afirmar que “nos quitaron la justicia y nos dejaron la ley”.

Y lo vemos claramente hoy en día, cuando las compañías aseguradoras niegan a las personas con VIH el acceso a seguros de vida y accidente, al figurar el VIH/sida en su listado de exclusiones previas a la contratación, siendo en muchos casos la única enfermedad que aparece especificada a pesar de su actual carácter crónico en países como España.

La exclusión implica que una persona con VIH no pueda acceder a determinados préstamos en los que la contratación del seguro de vida es una condición indispensable. Es una situación injusta, que coloca a las personas con VIH en una posición de desventaja, y negándoles la posibilidad de acceder a la vivienda por la vía de la hipoteca o el desarrollo de negocios a través del crédito, con la consiguiente exclusión socioeconómica que representa.

Hasta el momento, no se ha rebatido la legalidad de estas prácticas, pues las aseguradoras, como entidades privadas, pueden imponer ciertas condiciones en un contrato de adhesión y tienen la facultad de decir sí lo aceptan acogiéndose

a la libertad contractual de los operadores. Sin embargo, hay que tener en cuenta que todas las leyes vigentes tienen que ajustarse a derecho, y si vulneran la Constitución, en este caso en su artículo 14 respecto a la no discriminación, su legalidad es, al menos, discutible.

La iniciativa más reciente para revertir esta inequidad viene desde Navarra, donde el Parlamento, a instancia de las ONG locales, aprobó el 24 de marzo una Propuesta de Ley que ya ha sido admitida a trámite en el Congreso para que se declaren “discriminatorias las cláusulas contenidas en algunos negocios jurídicos, en cuya virtud se excluye de determinadas prestaciones y servicios a personas con VIH/sida” y, por lo tanto, sean “nulas” y se tengan por “no puestas”.

Para rebatir los argumentos de las aseguradoras, que temen las posibles pérdidas económicas, las organizaciones no gubernamentales defienden que los datos que las empresas manejan sobre el VIH/sida han quedado obsoletos. En esta línea, se dispone de estudios recientes que avalan que las personas con VIH no solo pueden llegar a tener una esperanza de vida equivalente a la de la población general, sino también conservar un estado de salud suficiente para hacer frente a cualquiera de las responsabilidades familiares, sociales, profesionales y económicas que quieran asumir.

El Observatorio de Derechos Humanos y VIH/sida de REDVIH ha apoyado la iniciativa de Navarra, haciendo aportaciones a la redacción final de la Propuesta de Ley y está liderando una iniciativa comunitaria que pueda dar una respuesta global a esta problemática. Durante este año, se celebrarán unas jornadas en las que se intentará reunir a los diversos actores implicados (Administración, aseguradoras, personas afectadas, ONG y asociaciones de consumidores) para conseguir que, como mínimo en este caso, la legalidad sea justa.

## Casos reales

“Tengo 26 años y soy jardinero. Las cosas me iban bien y decidí comprar un piso. Al hacer la hipoteca, el banco me pidió que contratara un seguro de vida, y para obtenerlo, decidimos, conjuntamente con el empleado bancario, obviar que tenía VIH. Hace unas semanas, sufrí graves lesiones en un accidente, he obtenido la incapacidad permanente y no puedo hacer frente a la hipoteca. El seguro no quiere hacerse cargo, alegando que obvié la información sobre el VIH”.

“Mi marido (con VIH) y yo (sin VIH) contratamos un seguro para cubrir los costes de defunción sin que nos pidieran firmar ninguna declaración de salud. Cuando mi marido murió, la aseguradora me dijo que no cubría las defunciones por VIH y que debía devolver los costes del entierro. Aunque él falleció por un virus adquirido en el quirófano, el médico en el certificado de defunción hizo constar que tenía el VIH”.

*Esto es solo una muestra de los casos atendidos por el servicio de asesoría jurídica del Observatorio de DD HH y VIH/sida.*

Joan Bertran de Bes,  
es Técnico de proyecto del  
Observatorio de Derechos  
Humanos y VIH/sida de REDVIH  
[observatorio@redvih.org](mailto:observatorio@redvih.org)

# ¿Por qué no existe todavía una vacuna

## contra el sida?

Las vacunas han demostrado ser una herramienta muy eficaz en la lucha contra las enfermedades infecciosas, por lo que disponer de una vacuna efectiva para prevenir el VIH sería de gran ayuda en el control de la pandemia. Sin embargo, el éxito en este ámbito se ha mostrado esquivo, a pesar de los más de 20 años de investigación ya transcurridos. El experto en Inmunología Anthony Fauci realiza un repaso de los motivos por los que todavía no existe una vacuna contra el sida, así como de los principales retos a superar para conseguir una.

Una vacuna es un preparado inofensivo a partir de un patógeno (un virus o una bacteria que provoca enfermedades) que, al inyectarse en el organismo, le hace creer que está infectado y provoca una respuesta inmunitaria protectora frente a dicho virus o bacteria. Por lo general, las vacunas contienen un patógeno muerto o debilitado, o un componente específico del mismo, que en ningún caso provoca la enfermedad. Esto permite al organismo responder con mucha rapidez cuando se vuelva a encontrar con el patógeno real, mucho antes de que pueda infligir daños en el cuerpo que ocasionen una enfermedad sintomática o un fallecimiento.

Históricamente, el desarrollo y evaluación de las vacunas han venido de la mano del descubrimiento, definición y cultivo del virus o bacteria específicos causantes de la enfermedad, seguidos por una elección de la estrategia de

vacunación (por ejemplo, viva atenuada o muerta, o un subcomponente del patógeno). En la actualidad, existen vacunas de gran eficacia contra muchas infecciones virales (como la polio, el sarampión, las paperas, etc.) y bacterianas (difteria, tétanos, tifus, etc.). Estas vacunas han beneficiado a cientos de millones de personas, evitando sufrimientos y muertes prematuras, e incluso han permitido erradicar por completo una enfermedad tan terrible como la viruela.

Sin embargo, en el caso del VIH, esto no ha sido así. Una vez identificado el virus, los primeros intentos de desarrollar una vacuna contra este estuvieron guiados, en gran parte, por el mismo enfoque de ensayo y error usado con éxito contra otras infecciones. Por desgracia, como es sabido, esta estrategia clásica para el desarrollo de vacunas no ha dado sus frutos frente al virus de la inmunodeficiencia humana.

Esta falta de eficacia probablemente se deba a una combinación de diversos factores: La rapidez del virus para acceder a sus células diana y establecer una infección latente, que le permita “escondarse” en células huésped y evitar la vigilancia del organismo; la extraordinaria diversidad y mutabilidad del virus; su habilidad para proteger los componentes de la estructura de su cubierta que menos cambian; o su capacidad para destruir o provocar la disfunción de unas células que son cruciales en la respuesta del sistema inmunitario.

### Ausencia de ‘prueba de concepto’ natural

Una de las grandes diferencias que existen entre el caso del VIH y los otros patógenos frente a los que existen vacunas es que se disponía de la ventaja de contar con una “prueba de concepto”,

es decir, una demostración de que era posible vencer la infección. A pesar de que las mencionadas infecciones virales y bacterianas pueden tener consecuencias graves (incluso la muerte), la inmensa mayoría de las personas infectadas se recuperan de forma espontánea y, finalmente, eliminan el patógeno de su organismo. Esto ofrecía a los científicos una prueba palpable de que era factible generar una respuesta inmunitaria eficaz. Además, dicha inmunidad suele ser completa y, a menudo, se prolonga a lo largo de toda la vida.

No obstante, la infección por VIH nunca ha proporcionado una prueba de concepto de una protección predecible, que históricamente ha constituido el principio rector para el desarrollo de vacunas exitosas. No consta ni un caso de erradicación espontánea del virus tras una infección documentada. En la inmensa mayoría de las personas que no reciben terapia antirretroviral, la progresión de la infección por VIH es incesante, ya que, si bien se producen unas respuestas inmunitarias específicas frente al virus, parece ser que no resultan del todo adecuadas para detenerlo.

Sin embargo, existen determinadas personas (denominadas ‘controladoras de élite’) en las que la infección progresa a un ritmo muy inferior y pueden controlar el virus durante años o incluso décadas. Hoy en día, se sabe que esto es debido a que elaboran anticuerpos capaces de neutralizar el VIH de forma efectiva, por lo que, aunque poco habitual, al menos es teóricamente posible que una vacuna pueda generar una respuesta similar. Ahora, uno de los grandes retos es el diseño de una vacuna capaz de inducir dichos anticuerpos en un elevado porcentaje de la población, pero es un objetivo que, hasta la fecha, no se ha alcanzado.

« Una de las grandes diferencias que existen entre el caso del VIH y los otros patógenos frente a los que existen vacunas es que se disponía de la ventaja de contar con una “prueba de concepto”, es decir, una demostración de que era posible vencer la infección. »



Por este motivo, y a diferencia de los vacunólogos clásicos, los científicos implicados en la búsqueda de una vacuna contra el VIH deben aprender a conseguir que el cuerpo humano genere una respuesta inmunitaria superior a la observada durante la infección natural. Esto exige un estudio y comprensión mucho más profundos de la naturaleza del sistema inmunitario y del modo en que interacciona con el VIH, y deben responderse determinadas cuestiones fundamentales antes de proceder a realizar más ensayos clínicos de gran tamaño.

### El VIH no concede un 'período de gracia'

Otro aspecto peculiar de la infección por VIH es que el virus, tras penetrar en el organismo, se instala rápidamente en los tejidos linfoides, donde abundan las células vulnerables a su ataque. Con posterioridad, se produce una diseminación amplia del VIH por todo el cuerpo y, en un período de tiempo muy corto, el virus se instala en un reservorio corporal, a salvo de la acción del sistema inmunitario. Por ello, resulta crucial entender mejor lo que ocurre en los primeros pasos de la infección por VIH, empezando por los lugares donde el virus penetra en el organismo.

Esta rapidez para asentarse en sus reservorios supone que solo se dispone de una breve 'ventana' de tiempo en la que tendría que actuar la respuesta inducida por una vacuna (probablemente, de apenas unos días), lo que contrasta

con otras enfermedades virales, sobre todo en el caso del virus de la polio, que se replica durante varios días antes de infectar a sus células diana en el sistema nervioso central.

El hecho de que el VIH no ofrezca mucho margen de tiempo para que el organismo actúe, obliga a que la investigación se centre en buscar una vacuna que sea capaz de inducir una respuesta inmunitaria rápida o en intentar ampliar el mencionado 'período de gracia'.

Por esta razón, es importante conocer a fondo el papel que desempeña el sistema inmunitario innato (una parte primitiva, aunque importante, del sistema inmunitario humano) en la respuesta al VIH. Diversos estudios sugieren que dicha rama del sistema inmunitario podría alterar el curso de la infección y, si se consiguieran modificar estas respuestas innatas tempranas, podría lograrse una mejor protección del organismo, especialmente en los puntos de entrada más habituales del virus, como son las superficies de las mucosas en el tracto genital.

### Prevención integral

De todos modos, a pesar de las promesas que ofrecen las distintas líneas de investigación, cabe la posibilidad de que solo podamos aspirar a igualar lo mejor que la naturaleza ya ha conseguido, es decir, reproducir la respuesta a la infección observada en los pacientes 'controladores de élite'. No podemos descartar que una vacuna contra el VIH, por sí misma, nunca llegue a tener

una capacidad para prevenir completamente la infección del modo en que lo hacen las vacunas contra la viruela o la polio.

Por este motivo, los esfuerzos en el desarrollo de dicha vacuna deberían formar parte de un enfoque más amplio de prevención, que incluya la provisión de métodos de eficacia demostrada, como la realización de pruebas y *counselling* del VIH, la educación y modificación de comportamientos, el uso de preservativos, el tratamiento y prevención del consumo de drogas y alcohol, los programas de intercambio de jeringuillas, los fármacos antirretrovirales para prevenir la transmisión del virus de madre a hijo, o la circuncisión, bajo una supervisión médica, de los varones adultos.

También hay que señalar que los nuevos métodos de prevención del VIH, como los geles microbicidas de aplicación tópica o la profilaxis preexposición para las personas en situación de alto riesgo de infección, ya se encuentran en fases avanzadas de ensayos clínicos.

No obstante, en un mundo donde muchas personas vulnerables tienen poco contacto con el personal médico o de salud pública y, en consecuencia, su acceso a los servicios preventivos del VIH es limitado, la vacuna sigue constituyendo nuestra mayor esperanza para controlar el VIH. Aunque el desarrollo de una vacuna capaz de prevenir la infección sería el objetivo definitivo, el conseguir una con capacidad para controlar la infección durante años o décadas retrasaría la necesidad de iniciar una terapia antirretroviral y, potencialmente, incluso reducir las tasas de transmisión a terceras personas.

Pese a los numerosos obstáculos científicos y la falta de lecciones fáciles de trasladar desde la vacunología clásica, el desarrollo de una vacuna contra el VIH debe mantenerse en un lugar destacado de la agenda de investigación en salud mundial. Las dificultades existentes son de tipo científico y, probablemente, podremos superarlas con soluciones científicas, de modo que no haya que volver a plantear la cuestión: "¿Por qué no tenemos aún una vacuna contra el sida?".

Artículo traducido y adaptado de "Why there is no AIDS vaccine", del doctor Anthony Fauci (director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de EE UU [NIAID, en sus siglas en inglés]), que fue publicado en [www.msnbc.com](http://www.msnbc.com)



## Tailandia se salta la patente de efavirenz

El rechazo de la patente de efavirenz (Sustiva®), llevado a cabo por el Ministerio de Salud Pública de Tailandia el pasado 29 de noviembre, ha generado tensiones con el cuerpo diplomático estadounidense, el cual, en defensa de Merck, propietaria de la patente del fármaco y con sede en EE UU, se ha propuesto plantear al Gobierno tailandés que recapacite acerca de su decisión.

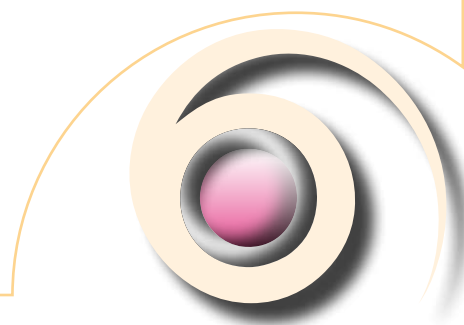
El establecimiento de la licencia obligatoria para efavirenz en Tailandia —lo que supone saltarse la patente del medicamento, importar e incluso producir genéricos del fármaco— tuvo su origen en los problemas de acceso de la población con VIH del país a tratamientos antirretrovirales eficaces por razones económicas y por problemas de distribución, lo cual justificaría, según el Gobierno tailandés, la toma de esta

medida, tal como contempla la Organización Mundial del Comercio (OMC).

Fuentes diplomáticas de EE UU destacaron que el Ministerio de Salud Pública tailandés no informó a Merck de la toma de la medida ni intentó negociar cambios en el precio del fármaco, lo que consideran que no cumple con el espíritu de las directrices de la OMC, que solamente contemplarían el establecimiento de licencia obligatoria como último recurso tras un proceso de negociación infructuoso. Además, también interpretaron la toma de la decisión como un cesión a las presiones de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la infección por VIH en Tailandia y como un cierto acto de populismo, ya que la medida parece contar con la aprobación mayoritaria del pueblo tailandés.

La diplomacia estadounidense propondrá al Gobierno tailandés que tenga en cuenta las buenas relaciones entre Tailandia y Merck a lo largo de los años, se replantee la medida y negocie con la compañía el precio del fármaco, lo que, a su juicio, también sería una buena señal de cara a la captación de inversión extranjera por parte del país.

Fuente: ITPC / Wikileaks.



## Llamamiento a la OMS para que intensifique sus actividades en el campo de la hepatitis C en Europa y Asia

Un conjunto de activistas, afectados y organizaciones de Europa y Asia que trabajan en el campo de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) ha remitido una carta a la doctora Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual se insta a promover una serie de medidas con el objetivo de reducir el elevado impacto que la epidemia por VHC está produciendo en algunas comunidades de ambos continentes. Las acciones propuestas son las siguientes:

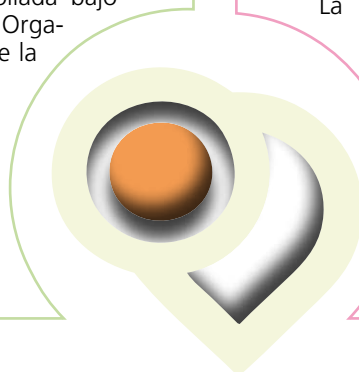
- Poner en marcha un programa global sobre hepatitis C con indicadores específicos y periodos de implantación definidos.
- Incluir los medicamentos que conforman el tratamiento estándar actual de la infección por VHC en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS.
- Facilitar la producción de versiones genéricas de calidad de dichos medicamentos.
- Investigar el precio real del proceso de pegilación —ya que, en el caso del interferón pegilado, se

esgrime como una de las razones de su elevado precio—.

- Incrementar los recursos humanos de la OMS en el campo de la hepatitis, nombrando coordinadores tanto globales como regionales.
- Proporcionar apoyo y recursos a la sociedad civil, especialmente a usuarios de drogas inyectables y a personas que viven con VIH, para que se impliquen en el desarrollo e implementación de los programas de la OMS a nivel local y/o global.

Para discutir las medidas y otros temas relacionados con la hepatitis C, los autores de la carta solicitan una reunión dentro de los próximos tres meses, desarrollada bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud.

Fuente: EATG.



## La escasez de condones lleva a su reutilización en Kenia

La preocupante falta de preservativos en Kenia está llevando a muchas personas a la peligrosa práctica que supone el “reciclaje” de los condones, es decir, su reutilización. El insuficiente abastecimiento de preservativos en el país subsahariano constituye un problema de tal magnitud que, el pasado mes de marzo, condujo al Gobierno keniano a solicitar al Plan de Emergencia del Presidente de EE UU para Paliar el Sida (PEPFAR, en sus siglas en inglés) el envío urgente de 45 millones de condones.

La práctica del reciclaje de preservativos, en la que los usuarios los lavan y los dejan secar al sol una vez usados, es especialmente común en las áreas rurales de Kenia, donde la escasez de condones es más elevada.

La reutilización debilita el látex, lo cual incrementa el riesgo de embarazos no deseados y de contraer infecciones de transmisión sexual, además de otros tipos de infecciones si los preservativos se lavan con agua no potabilizada de forma adecuada.

## Las políticas de Misisipi empeoran la epidemia del VIH

Human Rights Watch (HRW) ha hecho público recientemente un informe titulado *Los derechos en juego: La respuesta estatal de Misisipi al VIH*, donde pone de relieve los problemas a los que se enfrentan las personas con VIH en dicho estado, uno de los más pobres de EE UU.

En dicho informe se hace hincapié en los escasos fondos que reciben los programas de prevención y atención destinados a personas con VIH y se señala que, en Misisipi, la mitad de las personas diagnosticadas no están recibiendo su tratamiento, cifra que la organización compara con las de países africanos como Botsuana o Ruanda, impropias de un país desarrollado. Además, el estado no parece estar aprovechando las ayudas federales para las personas con VIH, lo que, de acuerdo con HRW, contribuye a que las tasas de muerte por sida en este estado sobrepasen de forma considerable el promedio nacional. Esta situación afecta sobre todo a la población de origen afroamericano, que representa el 76% de los nuevos casos de VIH, a pesar de que solo suponen el 36% de la población del estado. "El VIH está teniendo un efecto devastador en las comunidades afroamericanas de Misisipi", indica el informe.

HRW también destaca que las políticas adoptadas por el estado en relación con el VIH contribuyen al estigma que rodea esta infección, algo que para muchas personas resulta más duro que la propia enfermedad. La organización concluye que las leyes y políticas de Misisipi fomentan el prejuicio y la discriminación contra las personas más vulnerables frente al VIH, algo que muchas organizaciones nacionales e internacionales consideran que socava los esfuerzos preventivos.

Según HRW: "El enfoque de Misisipi respecto al sida no funciona y este estado debe poner al día sus políticas, asegurarse fondos adecuados y respetar los derechos humanos (...) Se trata de fallas en el sistema de salud pública que amenazan los derechos fundamentales a la vida y la salud de todos los ciudadanos de este estado".

El informe puede consultarse en:  
<http://www.hrw.org/node/96884>

## ONUSIDA alaba la nueva ley sobre VIH aprobada por Ucrania

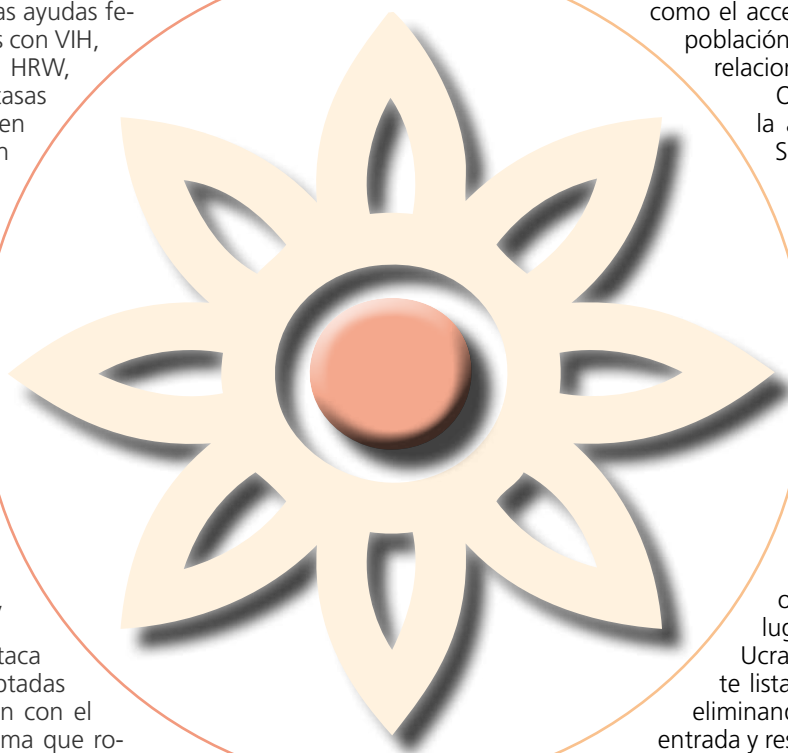
La organización considera que dicha ley marca un importante hito en la respuesta a la epidemia en Europa del Este

Recientemente, el Gobierno de Ucrania ha aprobado la Ley de Estado sobre Sida, en la que se fomenta la adopción de una estrategia frente a esta infección basada en el respeto a los derechos humanos. Entre otros aspectos, dicha ley garantiza la provisión de servicios de reducción de daños a personas usuarias de drogas inyectables, la confidencialidad del estado serológico al VIH de los pacientes, la provisión de profilaxis postexposición para el personal sanitario y las víctimas de la violencia sexual, así como el acceso independiente de la población adolescente a servicios relacionados con el VIH.

ONUSIDA ha celebrado la aprobación de esta ley. Su director ejecutivo, Michel Sidibé, insta a su aplicación completa en letra y espíritu por parte de todos los estamentos del gobierno. Esta nueva normativa, sin duda, contrasta con la tónica general en Europa del Este, donde activistas y organizaciones critican que el respeto a los derechos humanos y del paciente no ocupa, precisamente, un lugar destacado. Además, Ucrania se une a la creciente lista de países que han ido eliminando las restricciones de entrada y residencia en el país a personas extranjeras con VIH.

La nueva ley supone un importante compromiso de Ucrania en la lucha contra la epidemia, que sigue siendo la más grave de Europa. La prevalencia de VIH en el país es del 1,3% y los casos diagnosticados han aumentado más del doble respecto a 2001. La epidemia se ceba especialmente en la población de usuarios de drogas inyectables, cuya prevalencia está entre el 39 y el 50%.

A pesar de todo, ONUSIDA también señala que el gobierno de este país ha iniciado una investigación de los programas sobre VIH llevados a cabo por distintas ONG y muestra su preocupación porque esto implique la interrupción de los servicios que dichas organizaciones proporcionan, ya que desempeñan un papel crucial en la respuesta de Ucrania a la epidemia y han cosechado un notable éxito en la provisión de servicios a personas con VIH y en riesgo de adquirirlo.



# ConTacto

Affix  
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. Nosostros 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: 1358

José Ángel, 42 años, VIH+ (asintomático), 1,70m, 74kg. Me gusta la naturaleza, los deportes, la música y la sinceridad. Busco a chicas similares para compartir amistad. Privado de libertad. Escríbeme, si no te importa. Prometo contestar.

### Ref: 1359

Jubilado, con buena salud, amante de la naturaleza, la vida tranquila y los animales; del paseo y la lectura. Busco a jubilado cariñoso para formar pareja, que viva en Castilla y León, Madrid, Zaragoza o Logroño. Telf.: 605 443 367.

### Ref: 1360

José, 38 años, VIH+ (asintomático), gay, versátil, 1,78m, 76kg. Me interesaría conocer a chicos de habla inglesa en Madrid. Estoy estudiando esta lengua y me gustaría practicarla. Si surge algo, también estoy abierto. E-mail: [xose\\_siempre@hotmail.com](mailto:xose_siempre@hotmail.com)

### Ref: 1361

Gabriel, 38 años, VIH+, 1,80m,

75kg. De pelo castaño y ojos verdes. Me gusta el mar y la montaña; soy romántico, detallista y me gusta cocinar. Busco a una mujer de entre 36 y 40 años.

### Ref: 1362

Hombre, 37 años, buen partido. Busco a mujer similar, menor de 40 años, culta, atractiva e independiente. Si es posible, responder con foto; yo contesto con foto y perfil. E-mail: [hombrepositivo@yahoo.es](mailto:hombrepositivo@yahoo.es)

### Ref: 1363

Cubano, soy muy normal. Me gustaría conocer a gente de Barcelona para amistad hasta el fin del mundo. E-mail: [saitan67@live.com](mailto:saitan67@live.com)

### Ref: 1364

Joseba, 47 años, VIH+, soltero y jubilado. Me gustaría encontrar a mi alma gemela; una mujer sensible, cariñosa y comprensiva, como yo, que me quiera. Donosti. E-mail: [maikelgarcia57@hotmail.com](mailto:maikelgarcia57@hotmail.com)

### Ref: 1365

Hombre, 40 años, VIH+ (asintomático),

gay, pasivo, 1,83m, 80kg. Sano, deportista y en forma. Interesado por la naturaleza, los viajes, la cultura, la música, el teatro, etc. Abierto a relación estable. Palma de Mallorca. E-mail: [iwps2010@hotmail.com](mailto:iwps2010@hotmail.com)

### Ref: 1366

Hombre, 52 años, pasivo. Bien físicamente. Amante de la naturaleza, la lectura y la música. Busco a hombre activo de entre 45 y 55 años para amistad y relación. Provincia de Barcelona. E-mail: [bustani2009@hotmail.com](mailto:bustani2009@hotmail.com)

### Ref: 1367

Axel, 44 años, VIH+, gay. Busco a amigos sinceros, amantes de los animales, las motos, la playa y el cine. No importa raza o edad. Solo gente sencilla y alegre. De Girona, Barcelona y Maresme. E-mail: [axelgirona@hotmail.com](mailto:axelgirona@hotmail.com)

### Ref: 1368

Mario, 56 años, 1,68m, 76kg, moreno, velludo, simpático y buena gente. Busco a chico para relación seria. Si tienes interés,

llámame o escríbeme. Telf.: 91 853 49 83/635 565 676. Madrid. E-mail: [mario.santos53@hotmail.com](mailto:mario.santos53@hotmail.com)

### Ref: 1369

Hombre, 55 años, bien de salud y sin tratamientos; sincero y vital. Me encanta la vida sana y la naturaleza. Busco amistad femenina. De Málaga; viajo bastante a Madrid. Telf.: 652 447 801. E-mail: [fmar1@live.com](mailto:fmar1@live.com)

### Ref: 1370

Tomás, cubano, 30 años, gay, más activo que pasivo. Romántico, tierno y cariñoso. Me gustaría encontrar a un chico para relación. Cuba. Telf.: 53 53349538. E-mail: [cristi@fcm.cav.sld.cu](mailto:cristi@fcm.cav.sld.cu)

### Ref: 1371

Suso, 57 años (sin aparentar los), VIH+ (asintomático) y bisexual. Con una salud excelente; me cuido mucho. Estoy muy solo y me gustaría escribirme con gente afín para lo que surja. E-mail: [susodelabastida@hotmail.com](mailto:susodelabastida@hotmail.com)



**Ref: 1372**

Hombre de 50 años, busca a mujer para amistad, ir a esquiar y lo que surja. Madrid. E-mail: mbf2010@hotmail.es

**Ref: 1373**

Eli. Me encantaría hacer amistad y conocer a alguien para compartir y hacer nuestras vidas. E-mail: corintonicoya@hotmail.com

**Ref: 1374**

Javi, 43 años, 1,69m, 60kg. Honesto. Deseo conocer a chicas de entre 40 y 55 años, sin drogas, serias, sencillas, a las que les guste la música y la paz. Que sean interiormente bonitas. Barcelona, pero soy de A Coruña.

**Ref: 1375**

Hombre, 42 años, VIH+ (asintomático), gay, 1,76m, 70kg; delgado y rapado. Quiero compartir todo con un hombre. Si quieres contarme algo o enseñármelo, contesto a todo. Dispuesto a desplazarme. Badajoz. E-mail: zapasnegrassex@hotmail.com

**Ref: 1376**

José, 47 años, VIH+ (asintomático). Me gusta la meditación, los animales y la lectura. Añooro una buena amistad con alguna chica. Espero a mi media naranja. Un beso. Telf.: 638 751 279.

**Ref: 1377**

Hombre, 55 años, 1,68m, 75kg; velludo. Me gustan los animales y la gente que sabe lo que quiere. Busco pareja. Madrid. E-mail: rontoby@hotmail.com

**Ref: 1378**

Ángel. He pasado mucho, estoy solo y me gustaría conocer a gente con mi mismo problema. Llamadme. Telf.: 650 659 376. E-mail: albangelmg@hotmail.com

**Ref: 1379**

Toñi, 45 años, VIH+, valenciana.

Me siento sola, me gustaría conocer a gente, ilusionarme y compartir mi vida con un hombre no mayor de 60 años. Telf.: 690 244 786.

**Ref: 1380**

Soribel, 32 años, VIH+; muy bien de salud. Me gustaría conocer a personas seropositivas. Un abrazo grande para todos. E-mail: chica\_rdominicana@hotmail.com

**Ref: 1381**

Hombre, 53 años, VIH+, soltero. Desearía compartir piso con alguna persona responsable, no fumadora, de sexo masculino, para compartir gastos y entablar una amistad. A ser posible, en similares circunstancias. Vigo. Telf.: 693 409 274.

**Ref: 1382**

Chico, 34 años, VIH+, 1,80m, 80kg; masculino, atractivo y pasivo. Busco relación estable con activo. Enviad vuestra foto. Santander. Telf.: 644 469 679. E-mail: hinklon@hotmail.com

**Ref: 1383**

Jesús, 43 años, VIH+ (asintomático); simpático, cariñoso y extrovertido. Me gustaría cartearme con chicas, estoy en un momento de bajón. Privado de libertad, por un tiempo breve. Lleida.

**Ref: 1384**

Miguel. Me encanta viajar y los animales. Privado de libertad, pero mi calvario termina. Quiero conocer a una chica mayor que yo, para tomarnos la vida más despacio.

**Ref: 1385**

Chico, 39 años, 1,84m, licenciado, atractivo, sincero, cariñoso y alegre. Busca a compañera para relación estable, que sea sincera, alegre y atractiva. E-mail: samoa222@gmail.com

**Ref: 1386**

Mujer, 52 años, VIH+, atractiva, jovial, inquieta, activista

y viajera incansable. Busco compañero/a de viaje en el más amplio sentido, aventura y vida, para compartir momentos bonitos y agradables. Barcelona. E-mail: ammgallurt@gmail.com

**Ref: 1387**

Chico, 51 años, libre de cargas. Busco a mujer de entre 46 y 50 años, cariñosa y alegre, no fumadora, para relación estable. De Vitoria, Pamplona o alrededores. Telf.: 680 904 906.

**Ref: 1388**

Ángel, 44 años. Busco a mujer con sentido del humor y cariñosa, a la que le guste la naturaleza y los perros. Sin drogas. Con ganas de que aparezca alguien especial en su vida. De Bilbao o alrededores. E-mail: miisladesierta@hotmail.es

**Ref: 1389**

Chica, 42 años, VIH+, 1,58m, 50kg. Si me escribes, estés preso o en libertad, te contestaré seguro; siempre he sido fiel a la correspondencia. ¡Ponme a prueba!

**Ref: 1390**

Varón, 42 años. Amante del deporte al aire libre y la sencillez. Me gustaría conocer a chica de entre 30 y 40 años VIH+. País Vasco. E-mail: ¡999@hotmail.com

**Ref: 1391**

Rafa, 39 años, VIH+ (asintomático), 1,78m, 78kg; moreno y de ojos verdes. Me gusta el deporte. Privado de libertad por poco tiempo. Me gustaría conocer a una chica de Barcelona o alrededores.

**Ref: 1392**

Hombre, 52 años, 1,70m, 80kg. Me gusta el campo, el cine y la cocina. Busco a mujer de entre 50 a 55 años, sincera y hogareña, con fines serios para ser felices. Privado de libertad por 6 meses.

**Ref: 1393**

Kike, 46 años, VIH+ (asintomático), 1,76m, 73kg. Me gusta pasear e ir al cine. Pensionista. Deseo conocer a una chica, a poder ser de Salamanca. Telf.: 615 063 774/685 624 629.

**Ref: 1394**

Yull. Quisiera tener contacto por e-mail con gays que vivan con VIH. E-mail: yullreniere@hotmail.com

**Ref: 1395**

Carlos, 44 años, VIH+, estoy de maravilla, 1,82m, ojos verdes, sin hijos. Me gustaría que alguna chica se brindara a escribirme; para conocerla y lo que surja. Te espero. E-mail: carlosmendez1@live.com

**Ref: 1396**

Hombre, 40 años, VIH+ (asintomático), gay, 1,80m, 74kg, masculino. Amante de la vida sana, alegre y culto. Busco a hombre sincero de entre 18 y 45 años para amistad o relación estable. Madrid. Telf.: 677 096 008. E-mail: alberian@hotmail.com

**Ref: 1397**

Hombre, 48 años, VIH+ (asintomático), gay, pasivo, delgado y fibrado. Me gusta el campo, la playa y la música. Busco relación con hombre activo, morboso y cariñoso. Vivo en Madrid y Tenerife. E-mail: batbat62@gmail.com

**Ref: 1398**

Chico, 36 años, VIH+ (asintomático), gay, 1,80m, 80kg; guapo. Deseo conocer a chico de mi misma edad, preferiblemente activo y que le guste el deporte, para amistad, relación. E-mail: vlc36@hotmail.com

**Ref: 1399**

Hombre, 47 años, VIH+, 1,80m. Busco a una mujer joven que pueda y quiera tener hijos. Andalucía Occidental. Telf.: 658 258 653.

**Ref: 1400**

Hombre, 63 años, VIH+ (asintomático), activo y versátil. Busco amigos y compañeros de entre 48 y 68 años, para relación estable y compartir nuestra vida. Telf.: 637 451 601. E-mail: anti-nou 2009@live.com

**Ref: 1401**

Gay, 46 años, VIH+ (asintomático). Busco compañía y relación con tío activo (latino o africano) de entre 38 y 50 años. Provincia de Alicante y cercanías. Telf.: 609 475 858. E-mail: xxgeminis@hotmail.com

**Ref: 1402**

Eduardo, 38 años, VIH+ (asintomático) 1,80m, 62kg, pasivo y cariñoso. Busco a hombre de entre 30 y 60 años, activo, buena persona, para amistad y posible relación. Manda foto, si puedes. Terrassa. E-mail: sunvillage197@hotmail.com

**Ref: 1403**

Chico, gay, recién diagnosticado. Quiero conocer personas VIH+ para intercambiar experiencias. Actualmente, estoy en Venezuela. E-mail: yo\_si\_yengo\_vih@hotmail.com

**Ref: 1404**

Antonio, VIH+ (asintomático). Me gusta la naturaleza, la fotografía y la pintura. Necesito compartir piso de 4 habitaciones, por razones económicas. Quisiera conocer a personas afines; sexo indiferente. Hospitalet. Telf.: 627 163 423- E-mail: antonioka13@360.com

**Ref: 1405**

Chico, 50 años, VIH+, funcionario. Me gusta el campo, el cine, el deporte, la sinceridad y la vida sana. Busco a chicas de entre 40 y 50 años para posible relación estable. Sin malos rollos. Telf.: 667 971 891.

**Ref: 1406**

Hombre masculino, cerca de los 60, 1,70m, delgado. Me van

los viajes, el medio ambiente y lo natural. Busco a amigo activo, sin pluma. De la Comunidad Valenciana o que pueda desplazarse. E-mail: ezalazar35@yahoo.es

**Ref: 1407**

Chico, 38 años, VIH+. Cariñoso y muy trabajador. Estoy pasando una mala temporada. Busco a alguna chica simpática y agradable, en circunstancias similares, para amistad o posible relación. E-mail: william8881917@hotmail.com

**Ref: 1408**

Chico, 43 años, VIH+ (asintomático), gay, 1,82m, 70kg; moreno, rapado y atractivo. Me gustaría conocer a chicos para relación estable. Las Palmas. E-mail: maravi1967@hotmail.com

**Ref: 1409**

Jubilado, amante de la naturaleza, la vida sana y tranquila, de los animales y el pensamiento positivo. Busco a jubilado cariñoso al que le guste pasear, leer y la buena vida, para formar pareja. Telf.: 628 490 569.

**Ref: 1410**

Hombre, 51 años, VIH+ (asintomático), físicamente del montón. Busca a mujer para amistad o relación estable, sobre todo con sinceridad. De Madrid. Telf.: 606 784 811. E-mail: ideorama2003@yahoo.es

**Ref: 1411**

Chico, 29 años, VIH+ (asintomático), gay, 1,92m, rapado y atractivo. Busco conocer a chicos para amistad o algo serio y estable. E-mail: taconesbarcelona@hotmail.com

**Ref: 1412**

Chico, 34 años, VIH+ (asintomático), sin medicación y sin hijos. Busco a chica de similares características para relación estable y seria. ¿Alguna interesada? Madrid. E-mail: bellotocalderon@hotmail.com

**Ref: 1413**

Dominicana, 21 años, VIH+. Acabo de perder a mi novio de 21 años. Quisiera conocer a un chico, no me gusta estar sola. E-mail: fantasia1948@hotmail.com

**Ref: 1414**

Antonio, 41 años, VIH+ (asintomático), serio y responsable. Busco a mujer de Tarragona o alrededores, para relación seria. Creo que aún se puede ser feliz. Telf.: 689 170 697. E-mail: macias9@hotmail.com

**Ref: 1415**

Mujer, 46 años, VIH+ (asintomática) y sana. Quiero conocer a un hombre de mi ciudad, para poder tener una buena amistad y compartir buenas experiencias. Las Palmas de Gran Canaria. E-mail: laspalmas20102@hotmail.com

**Ref: 1416**

Chico, 38 años, sano, agradable, simpático, trabajador, guapo, con estudios superiores y que sabe escuchar. No drogas. Vivo solo en Madrid. Busco conocer a chica para relación y volver a enamorarme. E-mail: josemadridd2372@yahoo.es

**Ref: 1417**

Chico, 46 años, VIH+ (asintomático), 1,69m, 64kg, cariñoso, guapete y amante de los animales. Busco a chico de entre 45 y 50 años, sencillo, para relación estable. Zona Asturias. Telf.: 609 847 236.

**Ref: 1418**

Hombre, 65 años. Atractivo, serio y con estudios. Busco a mujer para viajar y tener compañía. Telf.: 658 025 753.

**Ref: 1419**

Lisa, 46 años, jubilada, alegre, con ganas de vivir y aprender. Me gusta la lectura, la música y la tranquilidad. Independiente económicamente. Casera. Busco a compañero y cómplice que

sea sensato, que esté dispuesto a relación seria. E-mail: lisa.simsom@hotmail.com

**Ref: 1420**

Agustín, 43 años. Me gustaría conocer a una chica para seguir con ilusión mi camino. ¿Quién dijo que todo está perdido? Telf.: 622 262 354. E-mail: avuifo\_llaras@hotmail.com

**Ref: 1421**

Chico, 42 años, gay, deportista, amante de la naturaleza y los viajes; universitario. Me gustaría encontrar amigo/as afines para formar un grupo, y quién sabe si para encontrar algo más. Madrid. E-mail: vixum@hotmail.com

**Ref: 1422**

Valenciana, 39 años, VIH+, alegre, culta, guapa y con trabajo. Busco a hombre, sin vicios, formal, culto y con trabajo. Abstenerse hombres VIH+ de más de 7 años. E-mail: olivia.es.valencia@hotmail.es

**Ref: 1423**

Juan, 27 años. Me gustaría cartearme con chicas de toda España. No importa edad. Prometo contestar.

**Ref: 1424**

Mujer. Busco a hombre mayor de 48 años para relación seria. Soy de Catalunya. E-mail: nuevavida1909@hotmail.com

**Ref: 1425**

Tony, 39 años, VIH+, muy bien de salud. Me gustaría conocer a alguna chica en las mismas circunstancias. Almería. E-mail: camel201@hotmail.es

**Ref: 1426**

Sebas, 40 años, VIH+. Me gusta la naturaleza y las manualidades. Soy casero. Busco a chica para una amistad, y quién sabe en un futuro. Granada.

**Ref: 1427**

Guillermo, 40 años, VIH+. Privado de libertad, en breve estaré

libre. Deseo conocer a alguna mujer para rehacer mi vida. Que sea cariñosa, seria y con un buen corazón. Contestaré a todas las que me escriban.

**Ref: 1428**

Chico, 49 años, VIH+ (asintomático), vital, alegre, trabajador y fumador. Me gusta la naturaleza, los animales. Busco a chica para compartir mi vida. Telf.: 663 344 251. E-mail: casmuct@hotmail.com

**Ref: 1429**

Hombre, 50 años, VIH+, 1,80m, 78kg; alegre, de vida sana, con buena presencia y salud. Busco a mujer similar para una relación estable. Soy de Asturias. E-mail: baudilio1960@hotmail.com

**Ref: 1430**

Chica, 50 años, atractiva, legal y sincera. Busco a mi media naranja para poder compartir la vida y vivir cerca del mar. Si eres un hombre positivo y crees que podemos ser felices, escríbeme. E-mail: esperanzateespera@gmail.com

**Ref: 1431**

Chica, 44 años. Busco a chico honrado, sincero y familiar, que quiera rehacer su vida a mi lado, me llene de amor, alegría y comprensión. Granada y alrededores. Telf.: 625 731 774. E-mail: salisasi3@yahoo.es

**Ref: 1432**

Fran, 48 años; bien físicamente. Me gusta la naturaleza y el deporte. Necesito encontrar a una mujer de entre 35 y 45 años, sincera y cariñosa. Vivo en una casa de acogida en San Juan del Puerto (Huelva). Telf.: 675 114 359.

**Ref: 1433**

José, 55 años, VIH+, simpático, sincero y evangelista. Busco a mujer para hacer juntos el camino. Necesito compartir AMOR. Sin drogas. E-mail: josefgar@yahoo.es

**Ref: 1434**

Miguel, 47 años, con VIH (asintomático), pensionista y con estudios universitarios. Me gusta la naturaleza, el deporte y la informática. Deseo contactar con personas de Galicia, resto España e Italia, sin distinción alguna. E-mail: bobillo400@gmail.com

**Ref: 1435**

Ricardo, 38 años, VIH+ (asintomático), 1,90m, 90kg; soltero, guapo, deportista, sincero, generoso, muy cariñoso e intelectual. Busco a una mujer para amistad o formar pareja, incluso llegar al matrimonio. E-mail: yilaxngo@yahoo.es

**Ref: 1436**

Chico, 46 años, VIH+ (asintomático), honesto, sincero y bien parecido. Busco a personas de 50 años o más, para amistad o relación, que vivan en la provincia de Barcelona (Vallés Occidental). Telf.: 608 411 811. E-mail: skorpio1964@hotmail.com

**Ref: 1437**

Guillermo, 40 años, VIH+ (asintomático), 1,70m, 69kg; alegre, trabajador, cariñoso y responsable. Privado de libertad por poco tiempo. Busco a mi media naranja, una compañera para relación seria. Me comprometo a responder.

**Ref: 1438**

Chico, 32 años, VIH+, gay, saludable, serio y responsable. Cansado de la soledad y de no compartir todo lo que ofrece la vida en pareja. Busco conocer a un chico para posible relación. Las Palmas. E-mail: vihserioyseguro@hotmail.com

**Ref: 1439**

Roger, 49 años, VIH+ (asintomático). Me gustaría contactar con chicas que deseen compartir de mi mano este largo viaje de la vida. Telf.: 638 751 279. E-mail: algayon22@hotmail.com

**Ref: 1440**

Gallega, 38 años, VIH+, culta, alegre y divertida. Me gusta viajar. Busco amistad o pareja. E-mail: maratlantico72@hotmail.es

**Ref: 1441**

Hombre, 51 años, VIH+ (asintomático), 1,80m, 70kg; romántico y divertido. Me gusta pasear, charlar, la música y el ajedrez. Busco a una mujer tranquila, de entre 35 a 50 años, a ser posible española o latina. E-mail: niskens@hotmail.com

**Ref: 1442**

José María. Me gustaría encontrar a una mujer seropositiva como yo. E-mail: maia1961@hotmail.com

**Ref: 1443**

Jeison, 19 años, VIH+, gay, de lindos sentimientos y leal. Me gusta la naturaleza y los animales. Quiero conocer amigos seropositivos, que sean hetero u homosexuales, no importa. E-mail: jheiado\_5@hotmail.com

**Ref: 1444**

Hombre, 63 años, VIH+ (asintomático), 1,62m, pasivo, masculino y cariñoso. Deseo contactar con similares activos de Galicia, Madrid o Barcelona, para relación o lo que surja, y que me pudieran dar alojamiento. Telf.: 608 741 114.

**Ref: 1445**

Hombre, 45 años, VIH+ (asintomático), pasivo, delgado y cariñoso. Busco pareja, mayor de 50 años, activo, de Valencia. E-mail: corujomario3@gmail.com

**Ref: 1446**

Hombre, 35 años, marroquí. Busco a una mujer para compartir la vida. Preferiblemente de Almería. Prometo responder. Telf.: 627 148 118. E-mail: che-rabou@hotmail.com

**Ref: 1447**

Alberto, 42 años, VIH+ (asinto-

mático), 1,75m, 74kg; gay, versátil y simpático. Me gustaría conocer a hombres de entre 35 y 50 años para establecer relación. Abstenerse afeminados. Corredor del Henares (Madrid). E-mail: piki1968@hotmail.es

**Ref: 1448**

Cordobés, 25 años. Busco a hombre de entre 30 y 40 años, que se cuide, no fume y no beba, a ser posible; que sea una persona sana y educada. E-mail: blr86@hotmail.com

**Ref: 1449**

Carlos, 46 años, VIH+ (asintomático), heterosexual, sincero y divertido. Me gustaría conocer a gente de las provincias de Girona y Barcelona para amistad o lo que surja. E-mail: crmfustes@hotmail.com

**Ref: 1450**

Hombre, 46 años, VIH+ (asintomático), divorciado, con dos hijos, licenciado y amante del deporte. Huyo de las drogas y me gusta la vida sana. Busco a mujer similar para compartir el futuro. Escríbeme. E-mail: m\_treville@hotmail.com

**Ref: 1451**

Chico, 40 años, privado de libertad (me queda poco), de buen corazón y buenos sentimientos. Desearía cartearse con chicas de entre 30 y 45 años, de cualquier nacionalidad.

**Ref: 1452**

Tipo masculino, 54 años, VIH+, 1,73m, 75Kg; buen estado físico y mental, versátil, activo. Tú: versátil, buena persona y masculino, escríbeme busco compañero de vida. Buenos Aires. E-mail: busco\_amigo@yahoo.com.ar

**Ref: 1453**

Tío, VHC+, 51 años. Busco chica amante de la bossa nova. E-mail: aldedillo2002@yahoo.es



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

**Araba:** Vitoria-Gasteiz: C.C.Anti-Sida 945 257 766 **Alicante:** Cips 900 702 020 Decide-T 600 968 210 Benidorm: Amigos 965 862 812 **Almería:** Colega 950 276 540 **Asturias:** Gijón: C.C. Anti-Sida 985 338 832 Oviedo: Xega 985 224 029 **Badajoz:** Plataforma Diversidad 924 259 358 **Balears:** Mallorca: Ben Amics 971 723 058 ALAS 971 715 566 **Barcelona:** Acas Catalunya 933 170 505 AUMMO 615 681 422 Comitè 1r de desembre: 933 056 888 Creación Positiva 934 314 548 Coordinadora Gai-Lesbiana 932 980 029 Gais Positius 932 980 642 gTt 932 080 845 P.A.I.T 934 240 400 Projecte dels Noms 933 182 056 Sida-Studi 932 681 484 Stopsida: 934 522 435 Sabadell: Actúa Vallès 937 271 900 **Bizkaia:** Bermeo: Txo-Hiesa 946 179 171 Bilbo: Comisión antisida 944 160 055 Hegoak 944 701 013 Itxarobide 944 449 250 T-4 944 221 240 **Burgos:** C.C.Anti-Sida 947 240 277 **Cádiz:** Arcadia Cádiz 956 212 200 Colegades Colectivo LGTB 956 226 262 Algeciras: C.C.Anti-Sida 956 634 828 La Línea: C.C.Anti-Sida 956 237 146 Arcos de la Frontera: Girasol 956 717 063 **Cáceres:** C.C.Anti-Sida 927 227 613 **Castellón:** A.C.Contra el Sida (Casda) 964 213 106 **Córdoba:** Colega Sur Córdoba 957 781 697 Prevención y Solidaridad del Sida 957 430 392 **Fuerteventura:** ALTIHAY: 928 859 358 **A Coruña:** C.C.Anti-Sida 981 144 151 Santiago de Compostela: C.C.Anti-Sida 981 573 401 Ferrol: Lazos 981 350 777 **Girona:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guíxols 972324005 **Granada:** AVALON 958210200 El Mundo al Revés 650 467 690 Colega 958 100 727 NOS 958 200 602 **Guipuzkoa:** San Sebastián-Donosti: ACASGI 943 290 830 Oiartzun: Harri Beltza 943 493 544 **Huelva:** A.C.C.Anti-Sida 959 152 427 Colega 959 284 955 **Huesca:** Fundación Pyto. Cruz Blanca: 974 243 042 **Jaén:** Colega 953 222 662 **Lanzarote:** Faro Positivo 928 801 793 **Las Palmas de Gran Canarias:** Amigos contra el Sida 928 230 085 **Lleida:** A.Anti-Sida 973 261 111 **León:** C.C.Anti-Sida 987 177 999 Ponferrada: Asociación Caracol 987 414 349 **Logroño:** C.C.Anti-Sida 941255550 **Lugo:** C.C.Anti-Sida 982263098 / 610 334 134 **Madrid:** Apoyo Positivo 913 581 444 COGAM GayInform 915 230 070 Colega 915 211 174 FIT 915 912 019 MADVIHDA 912 503 251 UniverSIDA 917 784 995 **Málaga:** A.C.Anti-Sida (ASIMA) 952 601 780 Colega 952 223 964 **Murcia:** AMUVIH 626 029 002 C.C.Anti-Sida 968 298 831 Cartagena: C.C.Anti-Sida 968 521 841 **Ourense:** C.C.Anti-Sida 988 233 000 **Palencia:** C.C.Anti-Sida 979 105 705 **Pamplona:** C.C.Anti-Sida 948 212 257 SARE 948384149 **Pontevedra:** CCANVIHAR Vigo: 986 164 168 Vilagarcía de Arousa: 986 508 901 Pontevedra: 695 557 373 **Salamanca:** C.C.Anti-Sida 923 219 279 **Santander:** A.C.Cántabra Anti-Sida 942 313 232 **Sevilla:** ADHARA 687 245 264 DeFrente LGTB 693 493 926 Colega 954501377 **Tenerife:** Unapro 922632971 **La Palma:** Info/Sida 922 402 538 **Valencia:** Col.lectiu Lambda 963 342 191 Avacos 963 342 027 C.C.Anti-Sida Comunidad Valenciana: Oficinas y NAIF 963 920 153 Centro de Día EL FARO 963 910 254 CEA Marítim: 963 920 592 **Valladolid:** C.C.Anti-Sida 983 358 948 **Zamora:** C.C.Anti-Sida 980 534 382 **Zaragoza:** C.C.Anti-Sida 976 438 135 OmSIDA 976 201 642.

**Estatales:** Información sobre VIH/Sida: 900 111 000 Plan Nacional sobre el Sida, gestionado por Cruz Roja Española. CESIDA: 902 362 825 FUNSIDA: 947 240 277 Plataforma NATC: 948 331 023 REDVIH: 934 584 960

Si quieres actualizar los datos o incluir una organización nueva, manda un fax al 932 070 063 o un correo a [contact@gtt-vih.org](mailto:contact@gtt-vih.org)

## LO+POSITIVO

**Ahora puedes dar tu testimonio y ser protagonista de los próximos reportajes**

### LO+POSITIVO 49 El VIH en tiempos de crisis

Queremos hacer un repaso a cómo los recortes sociales y sanitarios están afectando a la atención de las personas que viven con VIH. ¿Has visto reducida alguna prestación social? ¿Has sufrido cambios en tu tratamiento o servicios sanitarios por razones económicas? ¿Ha desaparecido alguna organización con la que tenías un vínculo? Cuéntanoslo, nos interesa.

### LO+POSITIVO 50 Treinta años de diagnóstico

Un número especial pasará revista a lo que ha ocurrido desde que hace 30 años se diagnosticaran los primeros casos de sida en el mundo. Queremos que la historia de tu vida sea protagonista. Desde la experiencia y la veteranía, queremos reconstruir una historia de lucha, superación y, por qué no, de optimismo. ¿Te apuntas?

**Contacta con nosotros y participa**

Email: [info@gtt-vih.org](mailto:info@gtt-vih.org)

Tel: 93 208 08 45



## 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](http://www.gtt-vih.org)