

# LO + POSITIVO

NÚM. 35 - OTOÑO 2006

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



## TORONTO 2006: Es tiempo de cumplir



ADemás:  
Superar el ABC  
Grita...¡Tengo sida!  
Métodos de barrera cervical  
Va de otoño, va de cuidarse

# CONTACTO

## 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 4ª 08013 Barcelona. Nosotr@s se lo haremos llegar al/a la interesad@.

Recordad que es imprescindible franquear las cartas de respuesta e intentad dar algún dato personal para que os puedan responder. Gracias por vuestra colaboración.



## 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 dirección de gTt: c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona

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

### Ref: 585

Chico de La Coruña, 28 años; asintomático, sin malos hábitos, me gusta el cine, la música, viajar, el deporte... Busco a una chica para amistad y lo que pueda surgir.

### Ref: 586

Chica de 30 años, VIH+. Me gustaría conocer a chicos de 30 años en adelante para compartir momentos. Me gusta leer, el cine, largas charlas, divertirme. Lo podemos pasar bien. Contesto. Tenerife. Soy guapa.

### Ref: 587

Pareja joven, busca hacer amistades con gente de BCN y alrededores, para salir y disfrutar de la vida. Os esperamos. .

### Ref: 588

Paco, de Barcelona, 38 años, 1,75m, 72kg, VIH+, gay; dicen que estoy bien físicamente. Me gustaría encontrar a un chico similar para construir una vida en común. Sobre todo de Barcelona y de Lleida, aunque también de toda España. ¡Te espero! Besos.

### Ref: 589

Esperanza, 42 años, busca a amigos de 30 a 45 años que sean buenas personas y simpáticos.

### Ref: 590

Rubén, 28 años, VIH+. Me gustaría encontrar a una chica de mi edad con la que pueda hablar y que no me rechace por ser VIH. No me importa el físico ni la nacionalidad. Me gusta la poesía y la música, especialmente el flamenco y las rumbas. Os espero 679 018 079. Barcelona.

### Ref: 591

Vicente de Valencia, VIH+, 46 años. Amante de la naturaleza, la vida sana y natural. Busco a mujer de hasta 46 años para amistad y lo que surja.

### Ref: 592

Moncho, 50 años, 1,68m; 67kg. Pensionista, ex universitario; VHC+. Busco a mujer similar de 30 a 40 años. Soy pacifista, monógamo, heterosexual y cristiano.

### Ref: 593

José, VIH+ desde 2002, 33 años, rubio, ojos azules, 1,72m. Actualmente me encuentro preso. Me gustaría cartearme con chicas de Barcelona de hasta 39 años. Imprescindible mandar foto, yo lo haré.

### Ref: 594

Hombre nacido en el 64 y residente en un pueblo pequeño, busca a personas para iniciar amistad pura y dura. Me gusta la montaña y los animales. Soy honesto y legal y me encuentro rodeado de soledad.

### Ref: 595

Lucía, 36 años, 1,78m, 67kg; divorciada sin hijos, VIH+ desde 2004, sin medicación. Estudios universitarios y trabajo. Educada, con clase, simpática y sin vicios. Busco relación estable con similar. Valencia.

### Ref: 596

Chico 42 años deportista, buen estado de salud, sin vicios, me gustaría conocer a chicas para amistad. Palencia, Burgos, Valladolid. 653 55 84 97.

### Ref: 597

Hola, soy Mili. VIH+, actualmente indetectable, 39 años, 1,53m, 55kg. Coqueta. Deseo conocer a hombre de 39 a 45 para posible amistad sincera o lo que surja; soy simpática, extrovertida y sincera. No me gusta la soledad. Responderé, lo prometo.

### Ref: 598

Pilar, 37 años, 24 con VIH, tomo metadona. Busco amigas/os (de verdad), sanos del cuerpo, con ganas de salir los fines semana y hacer cosas distintas, tengo pareja, busco amistad.

### Ref: 599

Hola soy Lola, 43 años, asturiana y seropositiva. Busco relacionarme con chicos y chicas de mi misma condición, para amistad y lo que surja. Amor, actividades en común, en fin... muchas cosas. Os espero.

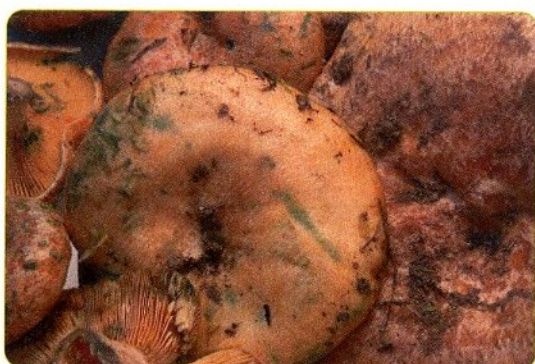


## OPINIÓN

- 4** WASHINGTON, A LA CAZA DEL BUEN SAMARITANO  
**5** PROHIBIDO REINSERTARSE y GENTE COMO YO  
**6** MÉTODOS DE BARRERA CERVICAL **9** VOCES DE NIÑOS y JÓVENES EN TORONTO **10** (MAL)VIVIR ENTRE REJAS **11** GRITA...¡TENGO sida! el LABERINTO

## EN PERSONA

- 12** Es tiempo de cumplir



## CUIDARSE

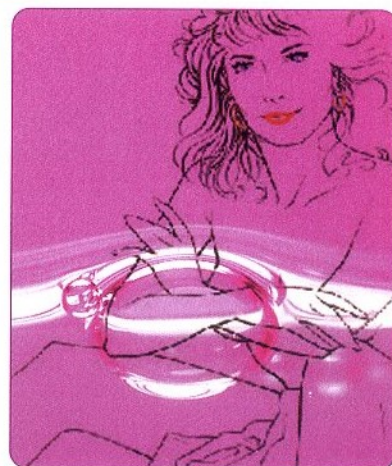
- 46** RELÁJATE, CUÍDATE, QUIÉRETE **49** VA DE OTOÑO, VA DE CUIDARSE...

## A CIENCIA CIERTA

- 52** ¡HASTA LOS HUESOS! (1ª PARTE) **54** FLASHES INFORMATIVOS **56** SOBREVIVIR AL INTERFERÓN y LA RIBAVIRINA 2ª PARTE

## AL DETALLE

- 57** NUEVO PORTAL DE INTERNET DE GtT **58** MICROBICIDAS, VIH y COMPAÑÍA **62** MIRADA LATINA **63** EN LA WEB **56** FARO Positivo



**Que continúe la vida**



**Luchamos por un mundo sin VIH**

Luchar contra el VIH es mucho más que un objetivo. Es una cuestión personal en la que llevamos involucrados muchos años, investigando y buscando soluciones para controlar la infección y mejorar el día a día de todas las personas afectadas. Por todos los logros –pasados, presentes y futuros– merece la pena el esfuerzo.



**Farma**

Roche Farma, S.A.  
C/ Eucalipto, 33,  
28016 Madrid  
Tel.: 91 324 81 00  
Fax: 91 324 83 50  
<http://www.roche.es>

#### EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS:

Georgina Fabrés  
Jaume Fabrés  
Xavier Franquet  
Juane Hernández  
William Mejías  
Sònia Pérez  
Núria Rodríguez  
Àngela Sanz  
Joan Tallada  
M<sup>a</sup> José Vázquez  
Marion Zibelli

#### EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO:

Paul Cummings  
Montserrat Moliner  
Laia Ruiz  
Miguel Vázquez

**LO+POSITIVO** es una publicación del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTV), una asociación sin ánimo de lucro declarada Entidad de Utilidad Pública, que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el SIDA.

**LO+POSITIVO** es una revista GRATUITA: ¡nunca pagues por leerla! Si deseas contribuir a su mantenimiento, y lo necesitamos, contacta con:

#### REDACCIÓN:

C/Sardenya, 259 3<sup>a</sup> 4<sup>a</sup>  
08013 Barcelona España  
Tel: +34 932 080 845  
Fax: +34 932 070 063  
E-mail: contact@gtt-vih.org  
Web: www.gtt-vih.org

#### IMPRESIÓN:

Pikadrian S.L.  
www.pikadrian.com  
Depósito Legal: B-40431-97

#### CON EL PATROCINIO DE:

Laboratorios Abbott  
Boehringer Ingelheim  
Gilead Sciences  
GlaxoSmithKline  
Janssen-Cilag  
Kern Pharma  
Merck Sharp & Dohme  
Pfizer  
Productos Roche  
Schering-Plough

#### CON LA COLABORACIÓN DE:

- Ajuntament de Barcelona
- Diputació de Barcelona
- Generalitat de Catalunya
- Ministerio de Sanidad y Consumo

#### Y EL APOYO DE:

Iniciativa Internacional por una Vacuna para el SIDA (IAVI)

**LO+POSITIVO** no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados.

La información científica tiene una validez de tres meses.

Miembro del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH



## ¿Qué vamos a hacer con el VIH (en el mundo)?

Pasó la asamblea de Naciones Unidas, pasó la Conferencia Internacional de Toronto y aquí estamos. Dos magnos acontecimientos, como diría aquélla, trufados de bullicio, gentes, declaraciones y atención mediática, ¿para qué? Para que pasadas unas semanas venga ONUSIDA y nos diga que estamos igual, o peor, que el ciclo de nuevas infecciones no cesa (sarcásticamente, la prevalencia del VIH desciende en zonas geográficas en las que el ritmo de expansión de la epidemia no da abasto para cubrir las bajas causadas por el SIDA), y el impacto es tal que ya les llamamos países en deterioro, no en desarrollo. ¿Qué estamos haciendo mal? ¿Es sólo una cuestión de recursos, de dinero? ¿Es también una cuestión de enfoque? ¿Falta voluntad, falta compromiso, o también falta un cierto arrojo y bastante claridad de ideas?

Veamos. El dinero es poderoso, e indudablemente necesario. Las aportaciones al Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria han supuesto un punto de inflexión para millones de personas en todo el mundo, han salvado cientos de vidas. Otras iniciativas también han contribuido enormemente a ello. Hace falta más, y sabemos que es posible: si EE UU por sí solo puede gastar 5.600 millones de dólares al mes en la guerra de Irak, no debe ser tan difícil asignar 20.000 millones anuales para el VIH/SIDA. La imagen y la influencia de la superpotencia ganarían mucho ante el mundo entero. También España puede hacer más, y esperamos que lo haga.

Pero el dinero no lo es todo. El dinero, por ejemplo, no evita en solitario las nuevas infecciones, aunque también haga falta. Para abordar la prevención del VIH se requiere imaginación, atrevimiento y un lenguaje claro. Se requiere reconocer el lugar central que el placer y el deseo –y su interacción con el poder– ocupan en la sexualidad y el uso de drogas, y recordar que el diálogo se define por la escucha recíproca, no por el mandato sobre las conductas, que eso es otra cosa.

Mujeres y hombres, los seres humanos, tenemos la posibilidad de entender el desafío del VIH como una oportunidad histórica para reflexionar sobre el trato que nos damos y las consecuencias que eso tiene, para nosotr@s mism@s y para el planeta. Conseguir detener el VIH supone romper el silencio sobre nuestras prácticas reales, un silencio que perpetúa los espacios de dominación que son el caldo de cultivo de la pandemia. Puede que entonces, desde la libertad, la comprensión y el respeto, consigamos algo.

## Estigma y discriminación: tomárselo en serio

El llamado informe Fipse sobre Discriminación y VIH/SIDA del que os informábamos en el número anterior de nuestra revista ha supuesto, por utilizar una frase trillada, un antes y un después, al menos en las apariencias. Decimos en las apariencias porque no es que antes no hubiera o hubiera menos estigma, prejuicio y discriminación en relación al VIH (y no sólo, que también, respecto a personas que viven con el VIH), es que antes no se veía. En una sociedad acostumbrada cada vez más a considerar que sólo existe lo que es noticia, la sola idea de la vulneración de derechos humanos básicos, aquí y ahora, se juzgaba poco menos que impensable hasta que los datos de esta investigación avalada dieron pública cuenta de la cantidad y frecuencia de los casos, que ya no podían reducirse a la etiqueta de anecdóticos.

Ver y escuchar a autoridades sanitarias, empezando por la ministra Salgado, alertar sobre un panorama tildado de “inaceptable” produce sentimientos encontrados: por un lado parece que el asunto merece por fin la atención de las altas instancias, pero a un tiempo nos preguntamos si los poderes públicos, los gobiernos central y autonómicos, piensan asumir su responsabilidad por los años de inacción política que han sido el contexto propicio del fenómeno discriminatorio asociado al VIH/SIDA, y en coherencia poner en marcha estrategias reales para revertir, o al menos frenar, esta injusticia social.

Se trata de implicar –en serio– a todos los agentes sociales concernidos, empezando por las organizaciones empresariales y sindicales, y pasando por colectivos de profesionales de la salud, de la educación y de los servicios sociales, y las ONG, amén de las grandes entidades financieras, que son el paradigma de la contradicción (financian programas de VIH/SIDA en su obra social pero niegan hipotecas a personas con VIH). Sólo así podremos decir que esta nueva moda de hablar del estigma y la discriminación por VIH no será sólo una forma de guardar las apariencias, hasta que el impulso decaiga y pasemos a otro asunto.

# WASHINGTON, a la caza del buen samaritano

Una vez más el gobierno del presidente Bush hace gala de su empedrada política de manejo, abuso de poder y condicionamiento para imponer su particular estrategia de lucha contra el SIDA, el PEPFAR (siglas en inglés de Plan de Emergencia Presidencial para Aliviar el SIDA), basada en la estrategia ABC, siglas en inglés de abstinencia, fidelidad y uso del condón, aunque haciendo más énfasis en las dos primeras que en la última.

A pesar de que se ha demostrado que es una estrategia que no es eficaz ni suficiente por sí sola para hacer frente a la pandemia del SIDA, es un instrumento más con el que cuentan algunas organizaciones no gubernamentales de los países que aceptan la ayuda del PEPFAR y organizaciones internacionales que operan en esas zonas. El problema de esta estrategia es que se trata de la única aceptada e impuesta por Estados Unidos y condiciona a los países que aceptan el PEPFAR, entre otras imposiciones, a que en las políticas públicas del SIDA y en las actividades de las organizaciones sin ánimo de lucro locales o internacionales –si se quieren beneficiar de estas ayudas estadounidenses–, no se promueva el uso del condón entre los jóvenes, se inculque la abstinencia sexual, se declare la guerra a la prostitución y al tráfico sexual y no se implementen los Programas de Intercambio de Jeringuillas y/o programas de metadona o buprenorfina, que intentan eliminar la adicción a la heroína.

Muchas de estas organizaciones trabajan precisamente con el colectivo de los trabajadoras/es sexuales a través de la distribución de preservativos e información sobre la prevención del SIDA y/o con usuarios de drogas en programas de reducción del riesgo.

Precisamente, una de estas organizaciones es DKT Internacional, con sede en Washington y oficinas en más de 12 países de los cinco continentes. DKT está enfocada hacia la planificación familiar y la prevención del SIDA. Esta organización rechazó firmar la declaración contra la prostitución y el tráfico sexual, ya que una de sus funciones consiste en repartir condones a las trabajadoras sexuales.

DKT demandó el año pasado a la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional, afirmando que su derecho de libre expresión fue violado por una ley de 2003 que requería su oposición explícita a la prostitución y al tráfico sexual para poder acceder a una parte de los 12.000 millones de dólares del PEPFAR. Más tarde los tribunales fallaron a favor de DKT permitiendo que las organizaciones comunitarias puedan solicitar financiación federal sin firmar una declaración contra la prostitución y el tráfico sexual.

Ahora la Administración Bush intenta darle la vuelta y rechaza la decisión judicial. Según el Gobierno estadounidense, esta medida va en contra de su política para acabar con la prostitución y el tráfico sexual. Para el Gobierno, sus esfuerzos serían más efectivos si las instituciones proporcionan ayuda contra el SIDA a aquellas organizaciones que se oponen a, lo que según ellos consideran, dos de las principales causas de la enfermedad, la prostitución y el tráfico sexual. La versión del buen samaritano según la política de Bush: "Haz bien, pero mira a quién".

El caso deberá decidirse en el Tribunal de Apelación en el Distrito de Columbia.

Fuente: Terra



# Prohibido reinsertarse

M

e vuelvo a dirigir a ésta, nuestra revista, por el mismo motivo de denuncia: el que se nos cobre la comida de nuestra pensión no contributiva a las personas que estamos privadas de libertad. En mi caso se trata de 115 euros al mes.

Yo, como el resto, no me puedo permitir ni una dieta mejor ni un suplemento, pues me descontarían el doble. Estoy saliendo de permiso del Centro Penitenciario bajo la tutela del Comité Ciudadano anti-SIDA de Ourense y me tengo que costear, lógicamente, los gastos del permiso.

Antes de recibir este año la carta en la que se nos informaba de que se nos descontaría el gasto de la comida de nuestra pensión no contributiva (en una carta anterior se nos dijo que sólo nos iban a descontar 6 al mes), solicité un crédito al banco, por lo que mi pensión quedó reducida a 46 al mes.

En estas circunstancias y habiéndolo solicitado a la Xunta de Galicia, se desestima mi petición de paralizar el descuento del gasto de comida de mi PNC. El motivo que fundamentaba esta petición era que si se realizaba esta deducción no podría salir de permiso y mi reinsertación daría un gigantesco paso atrás.

Apenas tengo familia directa, sólo dos hermanos: el mayor con su propia familia no me puede ayudar y el menor que hará todo lo posible con su pequeño sueldo para enviarme 250 euros para que yo pueda disfrutar de los permisos carcelarios. Eso sí, mientras no le falte el trabajo.

Este sistema de descontar de la pensión no contributiva el gasto de comida en prisión está provocando este tipo de situaciones, en las que no se tienen en cuenta las circunstancias personales y no permiten al recluso reinsertarse de nuevo en la sociedad.

En mis permisos tutelados salgo de prisión con un programa definido de actividades por las mañanas y una hora por las tardes. Pero todo lo que he aprendido en este tiempo no me servirá de nada si no puedo seguir saliendo sólo por razones económicas ajenas a mi voluntad. Además, si no lo continúo haciendo, no tengo opción al beneficio de un tercer grado o libertad condicional.

Me veo indefenso y no sé a quién escribir para denunciar esta situación.

Si el Estado ya paga por nosotros, ¿por qué las comunidades autónomas nos descuentan el gasto de comida de nuestras pequeñas pensiones no contributivas? ¿Quién es el que tiene el poder de ayudarnos? ¿Dónde hay que escribirle? ¿Por qué se ceban siempre con el más indefenso y pobre? ¿Por qué no les importa nuestra reinsertación?

Podría seguir formulando mil preguntas más.

Trol  
C.P. Pereiro de Aguiar

## Gente como yo

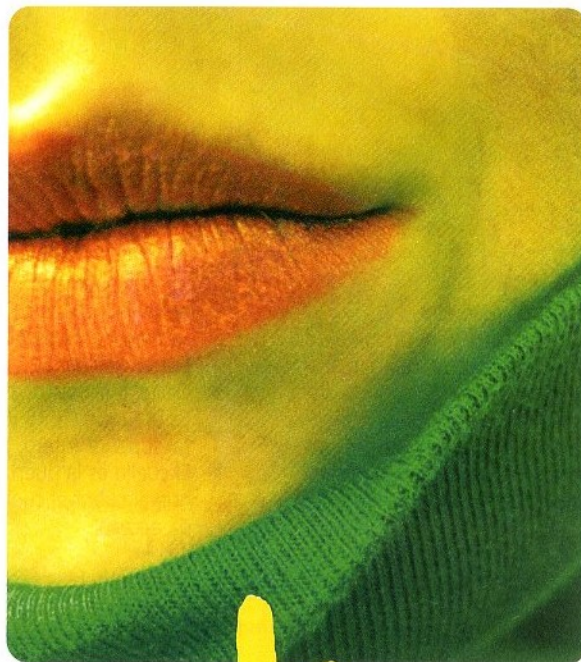
S

upe que soy seropositiva "gracias" a una leucoencefalopatía multifocal progresiva que casi me lleva al otro barrio, de esto hace ahora ocho años.

Como otras personas en mi caso sobreviví a la enfermedad, sí, pero no a la depresión de perder la salud de un día para otro.

Desde entonces mi lucha ha sido no rendirme a pesar de que en la batalla perdí al que entonces era mi pareja, un chico sano que gracias a Dios no se infectó pero que como muchos no soporto la presión de compartir su vida con una seropositiva, no le guardo, rencor. Así es la vida.

Tengo que contar que nunca me han interesado las drogas, me infecté por



mantener relaciones sexuales de riesgo, y aquí es donde empieza parte de mi frustración. He intentado conocer gente a través de ALAS, una asociación de lucha contra el SIDA, he intentado informarme a través de vuestra revista y similares, pero el caso es que nunca he coincidido con nadie con características o historias parecidas a la mía. Lo normal es encontrar a gente ni mejor ni peor que yo, pero con un pasado relacionado con las drogas con el que no me siento nada identificada.

Sólo deciros que me siento doblemente sola, que no encajo en ningún sitio. ¿Dónde está la gente como yo?

Un abrazo

Antonia

# DE LO ANTIGUO Y LO NUEVO:

## MÉTODOS DE BARRERA CERVICAL

La Global Village ('Aldea Global'), espacio comunitario ya tradicional dentro de la Conferencia Internacional del SIDA (CIS), ha ofrecido en Toronto la oportunidad de compartir entre delegad@s de la Conferencia y público en general actividades destinadas a promover el intercambio de experiencias en el trabajo con el VIH.

Dentro de este espacio común, se habilitaron zonas específicas para poblaciones y temas diversos. Y uno de esos espacios fue el WNZ (espacio de intercambio de mujeres), en el que grupos de mujeres de ámbito local (como Blueprint for Action on Women and Aids) e internacional (ICW, Athena) planificaron múltiples actividades a lo largo de todos los días que duró la Conferencia, desde presentaciones orales sobre género o activismo político y actividades de visibilización como la 'Serpiente danzante', hasta talleres participativos como 'El poder del placer', en el que se trataba de cómo hablar sobre el deseo y facilitar la educación sexual (The Pleasure Project).

Otra de las sesiones importantes dentro de la WNZ (que llevaba por título Opciones para las Mujeres) se centró en los métodos de prevención del VIH iniciados por mujeres, en especial aquellos que habiendo sido utilizados en el pasado como anticonceptivos habían sido relegados en gran medida tras la aparición de los métodos hormonales (píldora anticonceptiva) y que volvieron a ganar actualidad ante la necesidad de desarrollar métodos de prevención contra el VIH que ofrecieran a las mujeres más opciones que no dependan exclusivamente de la acción directa de los varones.

Actualmente, el condón femenino es el único método de prevención frente al VIH y otras ITS para uso específico de las mujeres durante el coito. A pesar de que constituye un buen instrumento de protección, es importante que existan otras opciones a disposición de las mujeres en función de sus necesidades. La investigación realizada sobre aceptabilidad (posibilidad de que un método sea aceptado por las personas a las que está destinado) sugiere que existen algunos factores que se deben tener en cuenta a la hora de diseñar posibles alternativas:

- que no interrumpan la actividad sexual (como es el caso del condón masculino);
- que pueda ser introducido antes de iniciar el coito;

- que su uso pueda ser "negociado" en una conversación única fuera del contexto de la relación sexual (en un entorno adecuado) sin la presión de tener que hablar de ello cada vez que se ha de utilizar.

Algunos de estos sistemas, que han existido desde muy antiguo utilizando diferentes materiales, consistían en situar en el cuello uterino (por ello se denominan métodos de barrera cervical) una barrera al paso del semen de forma que la entrada al útero permaneciera cerrada durante y después del coito impidiendo así la concepción.

A partir de los datos recogidos en recientes estudios observacionales realizados para comprender mejor la posible acción de estos métodos se ha llegado a la conclusión de que además de tener una acción contraceptiva, los métodos de barrera cervical pueden ayudar a proteger a las mujeres frente a múltiples ITS, incluyendo el VIH. Esta posibilidad se basa en evidencias que sugieren que el cuello uterino es el punto clave de la transmisión de infecciones genitales y que la protección de esa zona puede contribuir a la reducción del riesgo de tales infecciones.

El cuello uterino o cérvix es el punto más vulnerable del tracto genital femenino porque:

- Está formado en su mayor parte por tejido laminar (compuesto por una sola capa de células epiteliales) más frágil que del resto de la vagina formado por tejido multiestratificado (compuesto por varias capas de células escamosas).
- La mayoría de patógenos de transmisión sexual tiene preferencia por el cuello.
- Existe una mayor concentración de células receptoras del VIH (sobre todo CCR5 y CXCR4) en el cuello uterino y el tracto genital superior (útero, trompas de Falopio y ovarios).
- El cuello es la puerta de entrada al tracto genital superior, por lo que al cubrir el cuello también se protegerán las zonas a las que da acceso.

Cuando hablamos de métodos de barrera cervical nos estamos refiriendo en general al diafragma y el capuchón cervical. El diafragma es un cuenco de látex o silicona con un aro firme y flexible, y una



Fuente foto: CBAS, [www.cervicalbarriers.org](http://www.cervicalbarriers.org)



cúpula blanda, que puede ser rellenado con gel e insertado en la vagina. El capuchón cervical es más pequeño que el diafragma y está diseñado para adherirse al cuello por aspiración y mantener el gel espermicida cerca del cuello. El diafragma SILCS es un dispositivo de silicona de tamaño único que tiene un borde que se adapta en la parte superior del pliegue vaginal y un hueco en un borde en el que se puede insertar un dedo para retirarlo con facilidad.

Otros mecanismos utilizados como anticonceptivos incluyen la esponja anticonceptiva y el Lea's Shield (Escudo de Lea). La esponja es una barrera de espuma impregnada de espermicida que se ajusta al cuello uterino y que contiene espermicida (habitualmente nonoxonyl-9). El escudo de Lea es un producto de silicona reutilizable con una válvula que permite el paso de las secreciones cervicales y el aire. Dispone de un asa que sirve para retirarlo con facilidad y no requiere ayuda profesional para su inserción.

Dado que la mayoría de los estudios realizados hasta hace poco no tenían como objetivo principal comprobar la eficacia de los métodos de barrera cervical y que por tanto estaban sujetos a posibles desviaciones, los resultados obtenidos no se consideran concluyentes aunque sí han servido para abrir nuevas líneas de investigación.

En estos momentos se está llevando a cabo un ensayo aleatorizado con controles en Suráfrica y Zimbabue con el objetivo de determinar la efectividad del diafragma (en combinación con el lubricante Replens®) en la prevención del VIH en mujeres. Todas las participantes reciben condones, información sobre sexo más seguro y tratamiento para las ITS, y la mitad de ellas también recibe un diafragma, gel lubricante y *counselling* sobre el uso del diafragma. Se espera disponer a lo largo del año 2007 de los resultados de este estudio que permitan tener una idea más clara del papel que estos sistemas pueden desempeñar en la prevención del VIH.

También se están llevando a cabo otros estudios para investigar el uso del diafragma para la prevención de algunas ITS (sobre todo clamidia y gonorrea), así como para determinar el nivel de aceptabilidad de este dispositivo como método de prevención de las ITS, incluido el VIH.

Gracias al avance en la investigación con microbicidas, se ha detectado la necesidad de disponer de dispositivos que faciliten la inserción del producto, que favorezcan su liberación intravaginal, que ayuden a mantenerlo en donde es necesario durante el tiempo necesario. Los métodos de barrera cervical han mostrado su posible utilidad como sistemas de inserción y liberación del gel y ya ha empezado a estudiarse su uso y mejora en combinación con productos microbicidas en investigación.

Entre los factores que necesitan una mejora se encuentra el hecho de que hasta el momento están muy limitados por el requisito de la intervención de personal médico para su prescripción e inserción. Se requiere la realización de un examen ginecológico para determinar el tamaño adecuado a cada usuaria, lo cual dificulta el acceso generalizado a las mujeres que lo necesitan. Por ese motivo, se está explorando la creación de artículos que puedan adaptarse con facilidad a todas o al mayor número de mujeres (independientemente de la edad o el historial de embarazos), lo cual ayudaría a que pudiera favorecer el acceso a estos productos sin necesidad de receta. Así, por ejemplo, FemCap se fabrica en tres tamaños y el escudo de Lea es de tamaño único adaptable a todas las mujeres.

Aunque no parece que vayan a ser tan eficaces como los condones, es probable que haya que darles la bienvenida como un nivel más en un enfoque de reducción de riesgos, ya que puede que resulten una opción atractiva para mujeres que no están en disposición de utilizar métodos más seguros bien porque no pueden o porque no desean hacerlo. No hay posibilidad de elegir cuando disponemos de una sola opción; aumentar las opciones es la manera de avanzar hacia una mejor prevención.

*Si quieres saber más, visita estas páginas (en inglés):*

[www.cervicalbarriers.org](http://www.cervicalbarriers.org)  
[www.ibisreproductivehealth.org](http://www.ibisreproductivehealth.org)  
 The Microbicides Quarterly Jan-March 2006  
[www.microbicide.org/microbicideinfo/reference/TMQ.Jan-Mar2006.FINAL.pdf](http://www.microbicide.org/microbicideinfo/reference/TMQ.Jan-Mar2006.FINAL.pdf)

**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.

ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 BANCO o CAJA \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO AGENCIA \_\_\_\_\_  
 Código C/ C (20 dígitos) \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## 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.

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

POBLACIÓN \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

C. POSTAL \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Autorizo una donación anual de:

20 €  40 €  €

Forma de pago:

Talón nominativo adjunto  Giro postal  Por Banco

En el caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a:

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)  
 c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona (España)

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



Para afrontar los grandes retos es necesario sumar esfuerzos. Por eso Boehringer Ingelheim crea la Alianza, para mejorar el bienestar del paciente con VIH. Una iniciativa que abarca todas las perspectivas: Investigación, Formación, Actualidad, Solidaridad, Tratamiento y Novedades. Unas áreas que nacen desde la Alianza para ser una ayuda y un apoyo constantes en el VIH. Porque así, entre todos, podremos conseguir mejores resultados.



**Alianza**  
Sumando Esfuerzos en VIH



Alianza  
Investigación



Alianza  
Formación



Alianza  
Actualidad



Alianza  
Solidaridad



Alianza  
Tratamiento



Alianza  
Novedades



Boehringer  
Ingelheim  
Virología

# VOCES de niñ@s y jóvenes EN TORONTO



Los días antes de la XVI Conferencia Internacional de SIDA en Toronto, cerca de 350 personas tomaron parte en el *Envisioning the future: an international symposium on children affected by HIV and AIDS* (Imaginar el futuro: un simposio internacional sobre niñ@s afectad@s por VIH/SIDA) que tuvo lugar en el Mars Centre de Toronto.

El encuentro fue organizado para permitir a las personas que trabajan en el campo del VIH/SIDA tratar sobre las cuestiones específicas de los niñ@s afectad@s. El objetivo era hacer públicos los asuntos concernientes a la infancia y establecer redes de organizaciones, investigadores y profesionales que están trabajando en este ámbito, buscando la oportunidad de encontrarse e intercambiar tanto ideas como experiencias.

De las experiencias compartidas durante este simposio, Esther Tallah de Plan Cameroon destaca tres puntos esenciales:

- ▲ Los niñ@s están marginad@s en la respuesta a la epidemia del VIH: sólo un 5% tiene acceso a los tratamientos antirretrovirales y no más de un 10% de las mujeres embarazadas tienen acceso a servicios para la prevención de la transmisión vertical.
- ▲ El dolor experimentado por los niñ@s que sufren pérdidas de seres queridos no recibe la atención adecuada en los programas y servicios que la sociedad implementa.
- ▲ Los huérfan@s y los niñ@s menores de 5 años necesitan el desarrollo de políticas y servicios que aseguren su supervivencia.

El empeño de asociaciones y organizaciones en todo el mundo es crear un espacio para la infancia en la agenda mundial del SIDA, y apoyar a los delegad@s jóvenes a levantar sus voces en las discusiones sobre estrategias y políticas como respuesta a la epidemia.

Por otro lado, el último informe de la Organización Mundial de la Salud sobre VIH e infancia refleja datos impactantes como que cada día unos 1.500 niñ@s menores de 15 años se infectan de VIH, y que en 2005 había 2,3 millones de niñ@s que vivían con VIH en todo el mundo, la mayoría de los cuales adquirió el virus en el útero, durante el parto o la lactancia, vías de infección que se pueden prevenir.

El mismo informe afirma que está probado que la terapia antirretroviral es altamente efectiva en niñ@s y su rápido inicio restaura y preserva las funciones inmunes, promueve un crecimiento y desarrollo normales, y prolonga la vida. A estas alturas nadie discute el derecho de los niñ@s a la prevención, el cuidado y el tratamiento del VIH.

Sin embargo, no todos los antirretrovirales aprobados para su uso en adult@s existen en las formas apropiadas, u obtienen licencias y aprobación para su uso en pacientes pediátricos. La combinación de dos o tres fármacos en una píldora simplifica el tratamiento y obtiene excelentes resultados clínicos, inmunológicos y virológicos, pero muy pocas de ellas están disponibles para el tratamiento de niñ@s. Y a pesar de que la aparición de genéricos y las presiones de los grupos de activistas en tratamientos han significado un descenso en los pre-

cios, los fármacos para niñ@s tienen un coste varias veces mayor. Y las patentes y regulaciones tienen obstáculos adicionales para el desarrollo, producción y disponibilidad de las formulaciones pediátricas.



Según la OMS la tasa mundial de VIH pediátrico es inaceptablemente alta, además de eminentemente evitable. El informe habla de un cambio importante si se consolidan cuatro prioridades inmediatas:

- 1 Los programas para la prevención de la transmisión vertical del VIH deben ser drásticamente expandidos.
- 2 Las tecnologías más simplificadas y asequibles para detectar el VIH en niñ@s deben ser desarrollados y al alcance de tod@s.
- 3 Las formulaciones pediátricas de antirretrovirales deben ser ampliamente disponibles.
- 4 Los sistemas de salud –especialmente los recursos humanos y las facilidades necesarias para llevar a cabo estos programas eficientemente– deben ser drásticamente fortalecidos.

Es tiempo de cumplir. Toronto finaliza con un llamado a la acción. En las conclusiones se enfatizó la necesidad de concentrarse en el tratamiento y la prevención. Existen fármacos para prevenir la transmisión vertical. Los científicos dicen estar investigando la forma de mejorar los fármacos para niñ@s.

Emily Cordeaux, canadiense de 17 años y una de los 10.000 jóvenes asistentes a la Conferencia, comentó su experiencia: «Cuando soy optimista, espero que esta conferencia proporcione a los líderes de las organizaciones humanitarias una plataforma para compartir sus experiencias. Lo que a mí me preocupa, sin embargo, es que los líderes mundiales no cumplirán las promesas y que simplemente será una oportunidad para las compañías que desean promocionar sus productos o medicamentos. (...) No hay ninguna duda, los tratamientos proporcionados por estas compañías son utilizados por las personas que tienen VIH/SIDA, pero primero y antes que nada estos individuos deben ser considerados como seres humanos...».

Las voces de los niñ@s y jóvenes se hicieron escuchar en Toronto. Las futuras conferencias deberían darles un sitio relevante en las agendas, ya que ell@s tienen la apuesta mayor en la prevención del VIH porque son quienes vivirán el futuro de la epidemia.

# (MAL)VIVIR ENTRE REJAS en Latinoamérica y el Caribe

Los países que integran la región de Latinoamérica y el Caribe están viviendo una de las peores crisis de sus sistemas penitenciarios. Algun@s expert@s califican la situación de 'bomba de relojería' y prueba de ello es el aumento de numerosos motines de prisioneros y otros episodios de violencia que afectan a los centros penitenciarios del continente latinoamericano. La situación de las personas que viven privadas de libertad en las cárceles latinoamericanas es precaria en todos los ámbitos, siendo la atención sanitaria uno de los que más se resiente y en especial la escasa o nula que reciben las personas que viven con VIH/SIDA.

Para much@s el problema principal que viven las cárceles latinoamericanas es el aumento desproporcionado que se ha producido en la población penitenciaria en los últimos años. Según Elías Carranza, director del Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente (ILANUD), «mientras no se resuelvan los problemas de sobrepoblación y hacinamiento son inútiles todos los esfuerzos que se realicen». Se estima que la población reclusa ha aumentado en un promedio de 50% de 1990 a 2000 en Argentina y Colombia. Incrementos similares se observan en el resto de países, siendo Brasil y México los países que presentan la mayor población penitenciaria.

“Una sobrepoblación carcelaria del 120% o más es considerada como crítica y en América Latina hay 26 países con niveles de sobrepoblación superiores al 120%, un fenómeno que altera todas las funciones del sistema y provoca serias violaciones de los derechos humanos de los privados de libertad”, advierte Elías Carranza.

Daniel Barberis, de la Fundación por los Detenidos Sociales (FUN-DESO), una ONG argentina que forma parte de la Coordinadora Regional de ONG con trabajo en SIDA y cárcel, califica la situación de las personas que viven con VIH en las prisiones de Latinoamérica de “desesperante”: a los problemas de hacinamiento, falta de medidas higiénicas y sanitarias, y violación de los derechos humanos, se añade el grave problema de la falta de acceso al tratamiento y cuidados, y a la prevención del VIH, una situación insostenible que está poniendo en riesgo de muerte a personas afectadas por VIH privadas de libertad.

La situación es bastante similar en los centros penitenciarios de toda la región. Un nefasto modelo que se repite por doquier y de muy difícil manejo para las organizaciones comunitarias que trabajan en este campo. El problema principal es que no existe un modelo único comunitario para abordar el tema del VIH/SIDA en prisión y las intervenciones que se llevan a cabo en esta área dependen de los gobiernos que estén en ese momento en el poder. Y el abanico es muy amplio y plural: desde países con gobiernos muy conservadores para los que hablar, por ejemplo de los programas de intercambio de jeringuillas, sería prácticamente un anatema; hasta países más receptivos a las demandas de la comunidad del VIH y que incluso desarrollan políticas de reinserción laboral de las personas privadas de libertad y de prevención del VIH en los centros penitenciarios. En esta corriente, parece que se alinea Argentina.

Ante la precaria situación en la que viven las personas con VIH privadas de libertad, en 2003 se constituyó la Coordinadora Regional de ONG con trabajo en SIDA y cárcel, que en la actualidad está formada por 10 entidades de Latinoamérica y el Caribe que trabajan en este campo específico.

En noviembre de 2005, Peter Piot, director ejecutivo de ONUSIDA, acudió al III Foro Latinoamericano y del Caribe de VIH/SIDA/ITS celebrado en El Salvador.

Era una oportunidad única para poder explicar a Piot, el representante de las Naciones Unidas a través de su agencia especial para el SIDA, la situación en la que viven las personas con VIH/SIDA en las prisiones de la región. Peter Piot accedió a reunirse con la Coordinadora Regional de ONG con trabajo en SIDA; sin embargo, sólo les concedió dos minutos de su tiempo.

Dos minutos pueden parecernos muy poco tiempo cuando queremos y necesitamos explicar la constante vulneración de derechos que viven las personas con VIH privadas de libertad; sin embargo, la Coordinadora consideró que dos minutos era tiempo más que suficiente para transmitir a Peter Piot los mensajes clave que durante tanto tiempo llevaban cocinando:

- 1 El deseo y la necesidad de la Coordinadora Regional de ONG con trabajo en SIDA de dar visibilidad a la precaria y desesperante situación en la que viven las personas con VIH/SIDA privadas de libertad en general, y las que viven en la región de Latinoamérica y del Caribe en particular, y
- 2 Transmitir a Piot que las directrices y protocolos de ONUSIDA sobre SIDA en prisión habían quedado absolutamente obsoletos y que era el momento de actualizarlos.

La Coordinadora Regional de ONG con trabajo en SIDA tardó minuto y medio, menos del tiempo concedido, para comunicar a Piot sus dos preciados mensajes, lo cuales, de hecho, produjeron el efecto deseado, y ONUSIDA ha comenzado a trabajar con la Coordinadora temas relacionados con el SIDA en prisión en la región a través de la directora regional de ONUSIDA para América Latina y el Caribe, la Sra. Nancy Andrade Castro.

Un ejemplo más de que a veces lo bueno, si breve, dos veces bueno.

# GRITA...¡TENGO SIDA!

## el laberinto



Madrid. Uno de diciembre de 2005. Adolfo Simón, autor y director teatral alumbró un ambicioso proyecto de visibilidad y reflexión. *Grita...¡Tengo SIDA!* sumaba el talento de escritores como Pedro Villora, Ignacio Amestoy, Rosa Regás o Guillermo Heras y la complicitad y el compromiso de decenas de actores con una premisa clara: «Ocupar cualquier lugar, cualquier rincón, cualquier plaza... donde un personaje, no importaba de qué condición social ni sexual, contara su pequeña historia y en medio de esa historia, dijera “tengo SIDA”, en primera persona y en presente.»



desolada letanía de un hombre en una cochinería o los sueños a pie de cama del que se despidió de este mundo.

Tres de las historias me parecieron redondas. *Juego de niños* de Pedro Villora pone de manifiesto e invita a reflexionar sobre temas tabú en nuestra sociedad: la asunción del propio riesgo, del derecho al placer sexual, el que sea. A nuestro personaje le ponen las versiones originales –*bare backing, fist fucking, glory hole*–.

*La casita* de Lais Arcos nos presenta a una niña negra, inmigrante y con SIDA; una revelación sobre cómo construimos el estigma y rechazamos instintivamente la diferencia.

Con *Balbinito* de Ángel Abascal parece estar escuchando al más divertido Reinaldo Arenas; ironía salvaje y el mejor sentido del humor. Balbinito, que iba para mártir y mira por donde que el tratamiento antirretroviral borra de un plumazo sus marcas de santidad... ¡ese Kaposi desalmado!

De los más de 200 actores que participaron en esa acción sólo cinco están esta noche de octubre de 2006 en la sala DT Espacio Escénico en la calle de la Reina en Madrid. Son los actores y actrices de Dante Teatro, la obra es una selección de los textos que sustentaban la acción multitudinaria del 1º de Diciembre adaptada a la singularidad de la sala, no en vano se subtítulo *El laberinto*.

El montaje empieza en el mismo vestíbulo y los espectadores, no más de veinte, iremos circulando por las dos plantas y los trece escenarios en los que se suceden los monólogos; en cualquier rincón surge una historia y la proximidad con los actores es total e inevitable, una niña guía –la Ariadna de este *Laberinto*– nos invita a conocer un deslumbrante mosaico.

Veremos desfilar al actor que lleva tiempo interpretando a una persona con SIDA, él mismo tiene ahora SIDA; oiremos qué siente la persona que está empezando a saber lo que es la discriminación –ese resquemor en la mirada de otros–; también, la inocente reflexión de la niña que intenta comprender la rutina de los tratamientos.

Seremos testigos del que siempre ha pensado en el VIH como una red que te atrapa y ya no puedes salir, él mismo es ahora un pez metido en la red; nos hablará el chistoso chapero caribeño y con un insólito virtuosismo de prevención positiva mostrará su profundo conocimiento sobre gomas y preservativos, escuchamos también la



Para este 2006 se prepara una nueva edición de *Grita...¡Tengo SIDA!*, será una maratón ininterrumpida desde las 8 de la mañana hasta las 9 de la noche en el campus de la Universidad Complutense. En la última semana del año se presentará un documental que recopilará momentos de la acción del 1º de Diciembre y un libro con todos los textos escritos el año pasado.

Para más información sobre la acción realizada en 2005 visita:  
[http://es.geocities.com/grita\\_sida/textos.htm](http://es.geocities.com/grita_sida/textos.htm)





Es tiempo



de cumplir

Fotos de portada y reportaje: Joan Bertran de Bes

# Una METÁFORA de la aldea global



En Toronto 2006, como ya había venido ocurriendo en las ediciones más recientes de Bangkok 2004 y Barcelona 2002, el número de participantes se ha multiplicado. Esta vez se han llegado a reunir más de 20.000 delegad@s, lo cual se debe en parte al esfuerzo de la organización, pero también al incansable trabajo e insistencia de uno de los sectores más activos de la sociedad civil -y yo diría del altermundismo actual-, el que lucha por las personas que viven con el VIH y contra el SIDA.

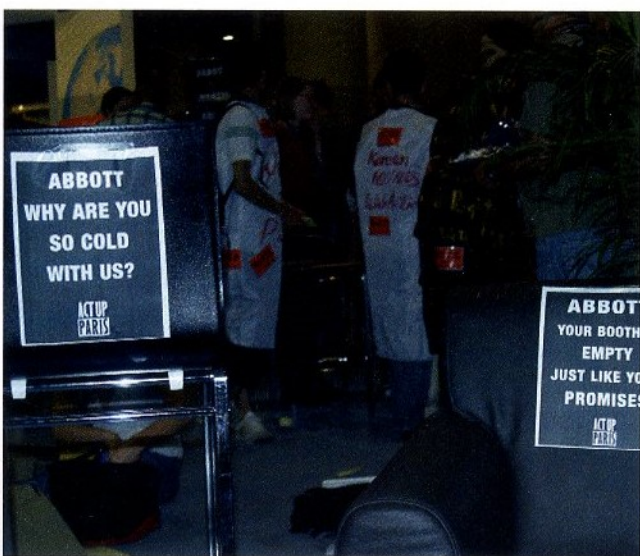
¿Hay muchas más reuniones en el mundo que congreguen a tanta gente para hablar de problemas como la pobre-

za, la violencia, las deficiencias en educación y sanidad, la equidad entre hombres y mujeres, la discriminación por origen, la homofobia, tan estrechamente ligados todos ellos a la pandemia del VIH/SIDA? Para contar los eventos de magnitud similar nos basta con los dedos de una mano.

Como dijo en su discurso de clausura Stephen Lewis, enviado especial de las Naciones Unidas por el SIDA en África, «what works for AIDS can work everywhere» ('lo que funciona para el VIH/SIDA puede funcionar en todas partes'). Y es que los problemas que se denunciaron durante aquella semana, son problemas estructurales de la sociedad mundial. Ante tanta injusticia, no se trata de rasgarse las vestiduras -que de poco sirve-, sino de reconocer los problemas y pasar a la acción para ir hacia algo mejor de lo que tenemos ahora.



En la Conferencia Internacional del SIDA hemos hablado de salud pública, investigación médica y tratamiento, ciencia social y económica, políticas y liderazgo, acción local y cooperación, atención y prevención. En la conferencia mundial del SIDA nos hemos encontrado gente de África, de Asia, de Europa, de América Central, del Sur y del Norte, de Oceanía. En la Conferencia Internacional del SIDA éramos médic@s y biólog@s, periodistas y curios@s, educadores y estudiantes, activistas experimentad@s y jóvenes líderes comunitarios. La Conferencia Internacional del SIDA se ha convertido en una metáfora de la aldea global, diversa y multidisciplinar, unida por una causa noble. Para mí, ésta es razón más que suficiente para estar satisfecho. Ahora toca seguir trabajando.

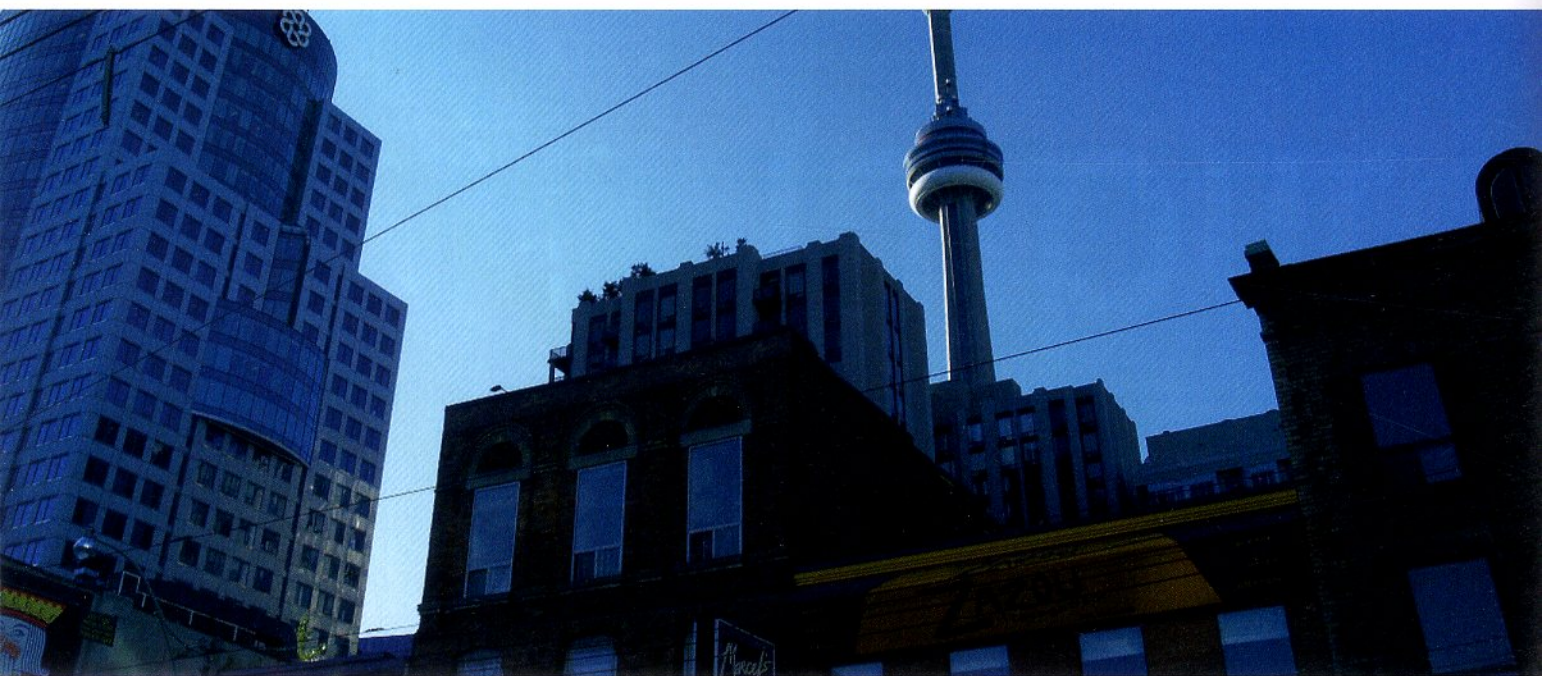


# Un paseo por el mosaico

## de la respuesta contra el SIDA

Recorrido informal por el espacio  
de la ONG  
de la Conferencia Internacional

**Q**UÉ HAGO un lunes 14 de agosto despertándome a las 6 de la mañana en Toronto? Lo primero, preguntarme dónde estoy y, acto seguido –aclarada la duda–, prepararme para asistir a las primeras sesiones de la Conferencia Internacional del SIDA. Aprovecho el camino hacia el centro de convenciones para acabar de hacerme a la idea. El sol sale pronto en esta ciudad y los espejos de los rascacielos multiplican hasta el infinito sus destellos. Los diez minutos de paseo dan tiempo a repasar las sensaciones del día anterior: las colas interminables para la inscripción, el reencuentro con caras amigas, la fría ceremonia de inauguración en un campo de béisbol, la ausencia del máximo representante político del país o el discurso sin mirar el papel de la pareja Gates que ha copado las portadas de los periódicos.



Divisando, al final de la calle, el edificio principal que alberga la conferencia, me asalta la duda: ¿Para qué servirá reunir a tanta gente aquí? ¿Qué utilidad tiene la Conferencia Internacional del SIDA? Ni la hora ni el *jet lag* me ayudan a encontrar una respuesta rápida. Lo mejor será preguntar.

Con este propósito me adentro en el centro de convenciones y me topo con la Aldea Global, un gran espacio ocupado por las ONG, poblado por activistas y abierto al público en general. Algunas entidades tienen sus *stands* para darse a conocer, hay espacios para el encuentro y la discusión y se celebran conferencias en un lenguaje accesible y sin presuponer conocimientos previos.

Aquí hay gente de todas partes, desde Ruanda hasta Bolivia, pasando por la India o Dinamarca. Trabajan en educar para la prevención, informar y facilitar el tratamiento o en cuidar y atender a las personas afectadas. Algun@s viven con el VIH y otros no. Son hombres y mujeres, con colores de piel distintos, con tendencias sexuales diversas, con maneras de pensar variadas. Y, sin embargo, tienen mucho en común.

Forman parte del mosaico de la lucha por la dignidad y contra el VIH/SIDA. No se me ocurre mejor ejercicio que tratar de conocer su trabajo y, de paso, plantearles mi duda existencial sobre la utilidad del evento.



# Norteamérica

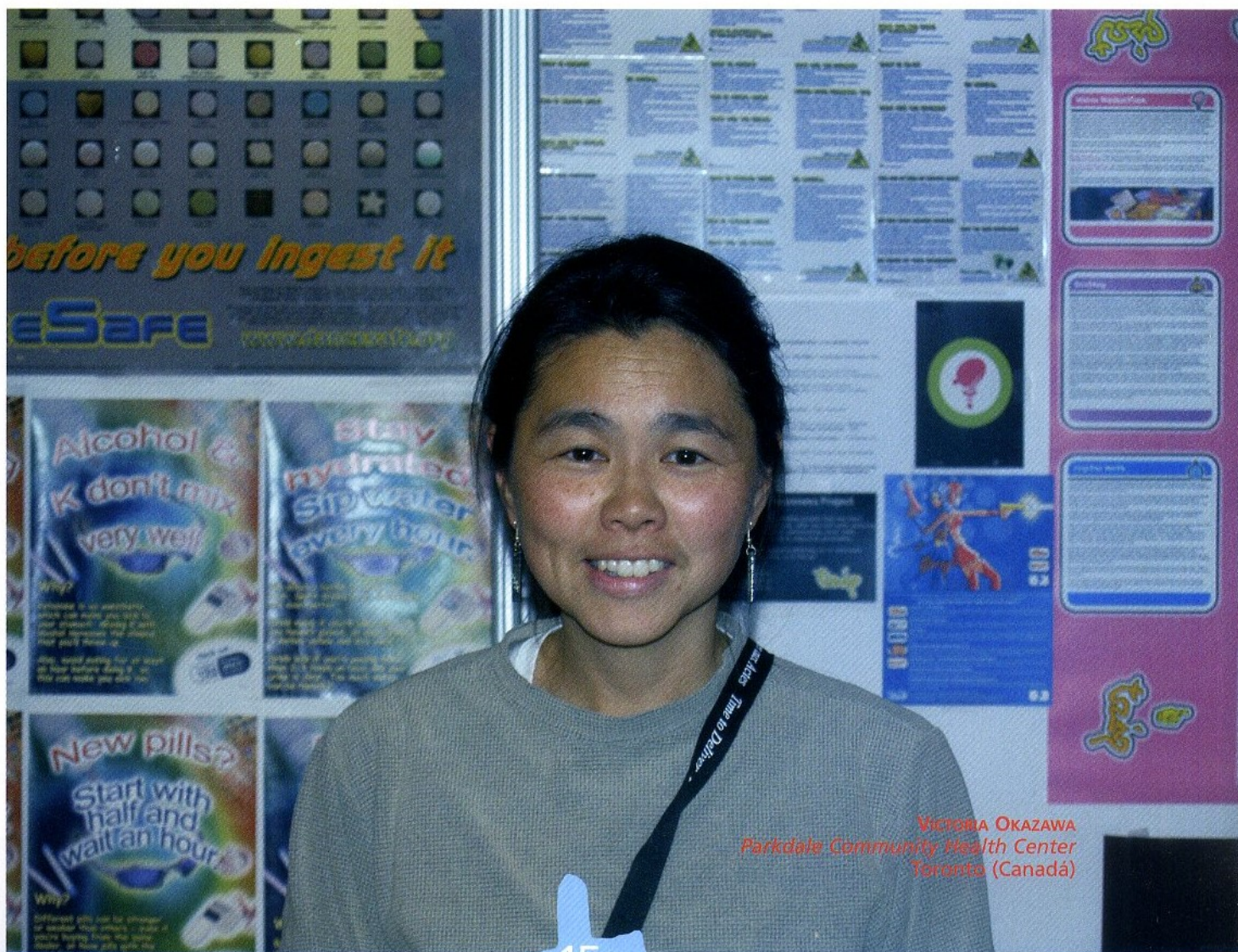


«Aprender un@ de otros es una manera de caminar hacia adelante.»

Por deferencia, empiezo por la comunidad local. Me acerco a la zona de las entidades que trabajan en el campo de la reducción de riesgos y daños con usuari@s de drogas. Allí está Victoria Okazawa, canadiense de Toronto, que trabaja en Parkdale Community Health Center: «Somos una organización multidisciplinar que trabajamos desde la perspectiva de la reducción de daños y contamos con un programa de intercambio de jeringuillas. Mi rol, como trabajadora social, es hacer *counselling* individual respecto a la prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) con trabajadoras del sexo, usuari@s de drogas, sin techo y otras personas en alto riesgo». Victoria cree que para aprovechar el evento hay que establecer prioridades:



«Hay mucha información. Si sabes sobre qué área quieres saber más, puede ser útil. Pero si no tienes claro qué temas te interesan, puede sobrepasarte. He estado en varias conferencias y ésta es realmente grande». Para ella, el sentido del evento está en el compartir: «Aquí puedo ver de qué formas distintas la gente trabaja en prevención, tratamiento y cuidado de las personas que viven con VIH, y me doy cuenta de que varía mucho en función de donde se está haciendo. Creo que si podemos sacar cosas de esas experiencias y aprender un@ de otros es una manera de caminar hacia adelante». Valora que cada vez haya más delegad@s y más becas disponibles, sin embargo, pide que «más allá de las intervenciones académicas, es crucial una mayor representación de las personas afectadas, no sólo infectadas, para encontrar soluciones y conseguir una mayor implicación de la sociedad».



VICTORIA OKAZAWA  
Parkdale Community Health Center  
Toronto (Canadá)

# HARM REDUCTION / RÉDUCTION DES RISQUES / USAGES DE DRUGS



«La organización tiene que ser excelente para que todo vaya bien.»

Un poquito más allá encuentro a Dieynaba Diallo, también canadiense, viene de la Coalición de Organismos Comunitarios Quebequeses de Lucha contra el SIDA

(COCQ-SIDA) con base en Montreal: «Somos un grupo de 37 entidades del Quebec que trabajamos en el VIH/SIDA. Como plataforma, lideramos investigaciones en red y damos apoyo a los organismos miembros para que lleven adelante programas de investigación comunitaria. Cuando hablamos de investigación comunitaria, nos referimos a una investigación



**DIEYNABA DIALLO**  
COCQ-sida  
Montreal (Canadá)

guiada por las necesidades y los intereses de la comunidad. Esta investigación tiene como cometido la acción y sigue los principios de participación y trabajo en red, haciendo uso de los métodos científicos aceptados». Dieynaba es la responsable de la investigación comunitaria y su función es «implicar a las diferentes organizaciones en la investigación: redacto los proyectos y facilito formación básica para capacitar en investigación a la gente de las asociaciones. Doy apoyo desde la formulación de la pregunta inicial de la investigación hasta la aplicación de los resultados en el programa de intervención. En todas las etapas intermedias estoy ahí para lo que necesiten las asociaciones. También me encargo de coordinar los proyectos de investigación en red, que implican a varias entidades». Ella cree que «una conferencia internacional sirve para darse a conocer y ver lo que se hace en otros lugares,

compartir lo que nosotr@s hacemos, realizar contactos, tener nuevas ideas. Por lo que a mí respecta, me interesa encontrar ideas relacionadas con la investigación y llevarlas al Quebec». Sin embargo, tiene una queja: «Hay mucha gente, muchas cosas a ver y esto obliga a que la organización sea excelente para que todo vaya bien. Seguro que hay opiniones diversas, pero personalmente no estoy del todo satisfecha. L@s voluntari@s deberían estar bien formad@s, el lugar debería estar señalizado con indicaciones claras. En definitiva, la organización podría ser mejor».

Sigo caminando por los pasillos del recinto ferial. Aquí hay gente de todo el mundo y la mayoría habla inglés. Pero un acento se escucha más que ningún otro. Es el del vecino de Canadá, los Estados Unidos de América.



«La presencia de l@s jóvenes no se corresponde a la realidad de la epidemia.»

En la zona dedicada a las organizaciones juveniles escucho ese acento inconfundible de la boca de Meheret Melles de Advocates for Youth, una organización con su sede en Washington: «Nuestra labor es llevar a cabo programas para promover que l@s jóvenes tengan acceso a la información y puedan tomar decisiones responsables respecto a su salud sexual y reproductiva. Organizamos talleres y conferencias para informar, damos asesoramiento estratégico a organizaciones juveniles, polític@s, activistas y medios de comunicación tanto en Estados Unidos como en países en vías de desarrollo». Como integrante del consejo internacional su función «es establecer contactos y trabajar en red con organizaciones de fuera de los Estados Unidos». Meheret celebra el aumento de la participación juvenil pero no se conforma: «Valoro muy positivamente que se haya dedicado un espacio para las actividades organizadas por l@s jóvenes en el Pabellón de la Juventud. Sin embargo, me gustaría ver más jóvenes por aquí, ya que nuestra presencia todavía es limitada si tenemos en cuenta que la mitad de las nuevas infecciones actualmente se dan entre jóvenes. Se tendrían que dedicar más recursos para ello y dar más la palabra a la gente joven».

«Queremos que sea más fácil tener condones,



MEHERET MELLES  
Advocates for Youth.  
Washington DC (Estados Unidos)



tocar condones, usar condones y hablar de condones.»

En la misma zona, me llama la atención que la gente se amontona alrededor de una mesa. Una reacción colectiva de este tipo sólo se puede deber a que regalen algo. Pero pare-

ce que no, porque nadie se mueve de allí. Ante mi creciente curiosidad, intento averiguar qué está pasando. Están recorriendo papeles de colores, lo pegan a un condón y se fabrican un pin. Para asistirles allí están dos neoyorquinas Marlyn Harper y Joy Lynn, con el cartel de The Condom Project a

MARLYN HARPER Y JOY LYNN  
The Condom Project  
Nueva York (Estados Unidos)



sus espaldas: «Trabajamos en todo el mundo para destigmatizar los condones, para que sea más fácil sentirse cómodo al tener condones, tocar condones, usar condones y hablar de condones. Es nuestra manera de fomentar la prevención y luchar contra el VIH». Marlyn es Directora de Desarrollo y Evaluación de Programas y su función es «obtener dinero para el material que usamos para fabricar los condones-pin y el equipo de vídeo que necesitamos para otras actividades; además, evalúo el proyecto para confirmar que funciona». Joy es Directora de Operaciones Globales y se encarga de «unir todas las comunidades de los países en que trabajamos a través de las actividades artísticas y la educación en salud sexual. Estamos en 10 países: Tailandia, la India, Senegal, Burkina Faso, Nigeria, Etiopía, Togo, Guinea, Estados Unidos y Canadá. Uno de nuestros programas principales es la elaboración de pins que estamos realizando aquí en la conferencia. Es una manera de juntar a la gente para crear arte y, sentad@s alrededor de estas cintas adhesivas, papeles de colores y tocando los condones, personas que difícilmente hablarían de sexualidad o prevención en otras circunstancias, sacan el tema y hacen preguntas. También tenemos un programa en el que damos un equipo de vídeo a un grupo de jóvenes, les enseñamos como usarlo y les pedimos que construyan una pieza de 30 segundos usando el condón de manera no sexual, sin usar la voz. Es otra forma de usar el arte para juntar a la gente y crear diálogo sobre el condón». Marlyn y Joy valoran que la conferencia les «brinda la oportunidad de coincidir con personas que de otra manera nunca habríamos conocido e intercambiar ideas sobre lo que se está haciendo para la prevención del VIH/SIDA en todo el mundo».

Megan Furman y Stephanie Sher vienen de Ohio y



Toronto respectivamente y forman parte de la **World Youth Alliance** (Alianza Mundial de Jóvenes): «Somos una coalición global formada por más de un millón de gente joven comprometida en promover la dignidad de las personas y construir una sociedad solidaria. Consideramos que la dignidad de la persona debe ser la base de los derechos humanos, las políticas y la cultura. La alianza internacional de jóvenes da apoyo al proyecto Nyumbani Village en Kenia, que ofrece servicios a los huérfan@s que ha provocado el SIDA y a las personas mayores que se hacen cargo de ell@s». Stephanie es la directora de la región de Norte América de la alianza, que además

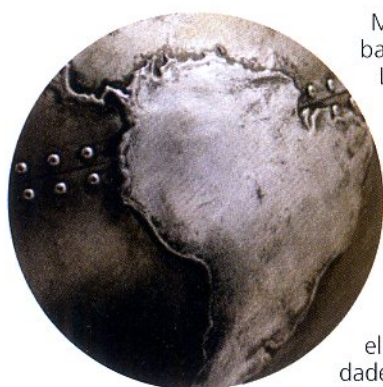


MEGAN FURMAN Y STEPHANIE SHER  
World Youth Alliance  
Toronto (Canadá) y Ohio (Estados Unidos)



tiene sedes en Kenia, Filipinas y Bruselas, y Megan es también miembro de la zona de Norte América: «Es útil juntar diferentes perspectivas en un mismo lugar y discutir qué está pasando realmente. Sin embargo, nos damos cuenta de que a menudo nos ponemos a discutir sobre diferentes estrategias, como el ABC (siglas en inglés de abstinencia, fidelidad y condones), sin tratar de tener una comprensión previa del ser humano. A lo que nos referimos es a una visión holística del ser humano: física, emocional, mental, social y espiritual. Muchas veces, sólo se tiene en cuenta uno o dos de estos aspectos. Para abordar cualquier problema, como el del VIH/SIDA, es necesaria una visión holística».

# Latinoamérica



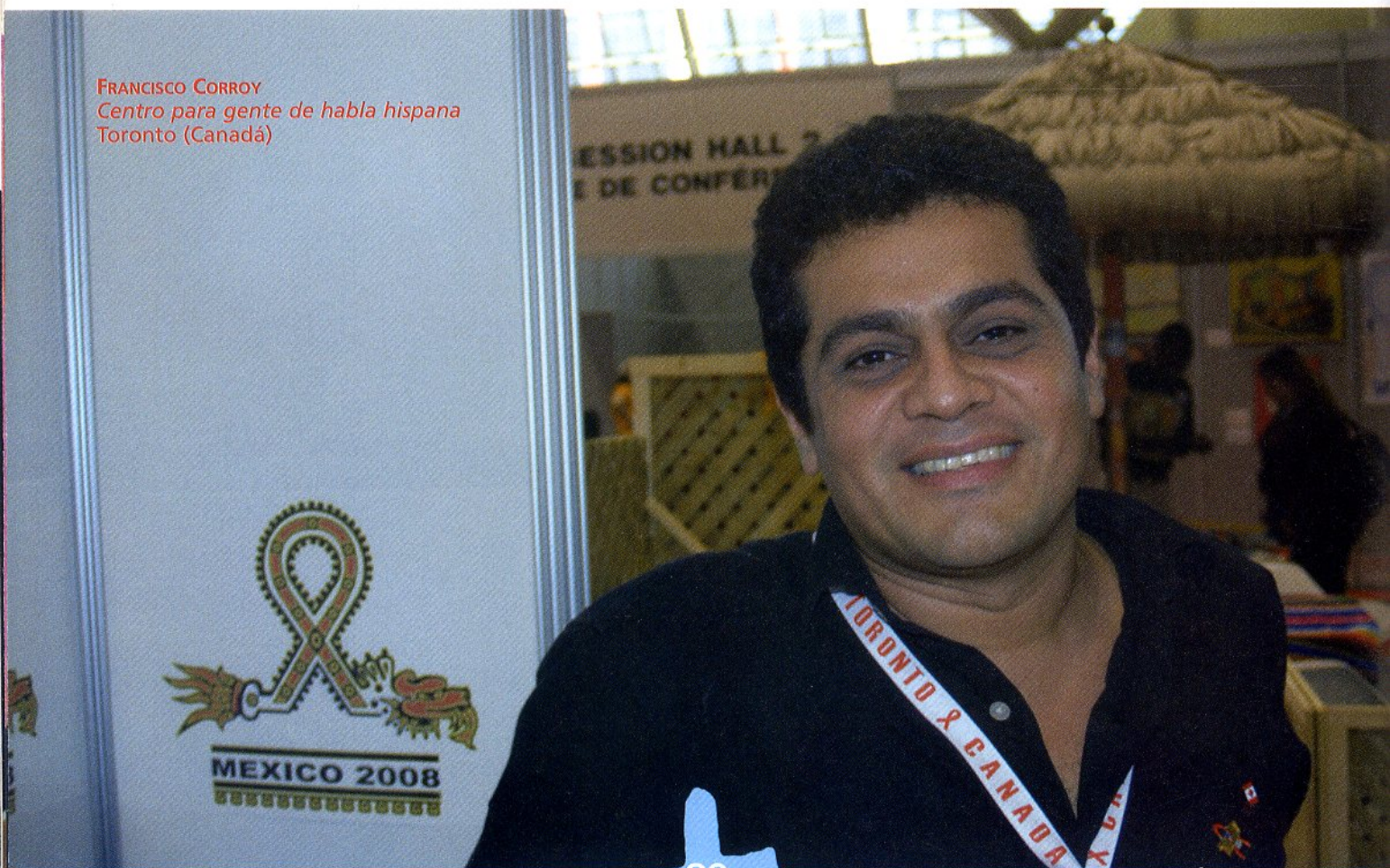
Me dirijo hacia la zona bautizada como Café Latino, punto de encuentro de la gente de habla hispana. En este rincón caracterizado de patio mexicano, un@ puede tomarse un mojito, un café o unas empanadas servid@ por la organización de la próxima conferencia. También es el lugar donde varias entidades latinas ofrecen su información.

«Es una oportunidad masiva de informarse sobre los servicios existentes.»



Francisco Corroy, de México, nos tiene un puente entre Canadá y América Latina. Él forma parte del Centro para Gente de Habla Hispana: «La primera organización para la comunidad de habla hispana de Canadá. Tenemos un programa de prevención

FRANCISCO CORROY  
Centro para gente de habla hispana  
Toronto (Canadá)



del VIH, otro de apoyo y otro destinado a mujeres. Mi tarea como educador es dar información y facilitar el taller de arte-terapia para gente que vive con el VIH. Éste consiste en un grupo de formación continuada donde se hacen pinturas y se exponen. También vamos a las saunas a repartir condones y dar información sobre las relaciones sexuales con mayor y menor riesgo». Francisco está convencido de la repercusión positiva de la conferencia: «En Canadá se ha hecho mucha publicidad del evento, de manera que para el público en general es una oportunidad masiva de encontrar información sobre los servicios y el apoyo existentes. Mientras que los que trabajamos en esto, podemos ver lo que hace la gente en España, en México, en Toronto y eso es muy útil. Soy de origen mexicano y también es una oportunidad para mí de conocer el panorama del VIH/SIDA en América Latina entrando en contacto con la gente. Igualmente es muy interesante entrar en contacto con la gente de África, de Asia. Espero aprender y espero una buena noticia». Como persona que ha seguido de cerca el proceso de organización del evento, es consciente de que hay cosas que mejorar: «He participado en la construcción del espacio latino en la Aldea Global (Global Village) y se me hace difícil criticar algo de esta conferencia. Sé que han hecho todo lo que han podido y lo han hecho bien. Sin embargo, espero que para la próxima conferencia en México no se enfoque solamente desde el punto de vista de las personas que viven con el VIH, sino que se vea que es un problema de todos y se aborde como tal. Espero que sea más abierto, que la organización no se cierre en las decisiones».

**«No nos podemos ir sin dejar huella.»**

Muy cerca está Sandra Cabezas de Cochabamba (Bolivia). En el Instituto para el Desarrollo Humano: «Trabajamos la prevención con jóvenes en las escuelas y



damos atención integral –médica, educativa y defensa de derechos– para personas que viven con el VIH. Yo estoy en el departamento de Derechos Humanos. Damos formación para aprender a vivir y convivir con el VIH. Nos ha dado muy buen resultado incluir a la familia en esta formación para conseguir una mayor adherencia al tratamiento, la promoción de una vida saludable y para tener una mejor calidad de vida. Cuando la familia no está informada, normalmente la persona que vive con el VIH se siente sola, y al sentirse sola a menudo abandonan los tratamientos». Es su primera conferencia internacional y está encantada: «Veo que es un lugar donde dar a conocer mi organización e intercambiar ideas sobre todo respecto a prevención. Muchas de las personas que vivimos con VIH pienso que, si nos vamos a morir, nos tenemos que morir dejando huella. No nos podemos ir de esta vida sin hacer algo positivo para la gente que viene detrás. Por otro lado, también encontramos aquí un material fantástico, gente tan creativa,





con unos materiales preciosos. Es un lugar donde todos los países juntos podemos hacer presión a los gobiernos, que nos escuchen y que le den prioridad a salvar vidas. Hace falta tanto prevenir nuevas infecciones como permitir que las personas que vivimos con VIH podamos vivir muchos años y ser productiv@s. Estoy feliz de estar aquí. El primer día me fascinó tanto el lugar que me cansé mucho queriéndolo ver todo».

**«Me da un poco de cólera la manera como se utiliza la imagen indígena.»**

Roberto Morales, guatemalteco de Sololá, lleva la cara pintada y una nariz roja. Es miembro de la Asociación de Payasos Atz'anem K'oj: «Usamos la estrategia del payaso callejero y el teatro en comunidades rurales de Guatemala

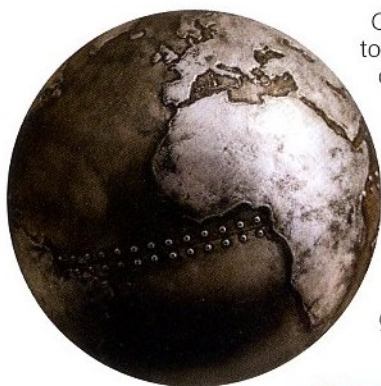
donde sería difícil entrar de otra manera que no fuera el espectáculo. Damos mensajes clave sobre la prevención del VIH y distribuimos condones. Formamos a educadores juveniles de las comunidades en sexualidad y prevención del VIH. Les ayudamos a preparar obras teatrales para que repliquen la prevención entre pares. Por último, desarrollamos materiales educativos, usando imágenes mayas. En todas nuestras actividades intentamos incluir los 21 idiomas mayas y el español. Existe la idea de que los mayas no pueden hablar de sexo ni representar la sexualidad, pero tratamos de buscar imágenes y mensajes que vayan con ell@s y no sean ofensivos. Entré en la asociación accidentalmente, y nunca mejor dicho, porque le di un golpe a un coche que, dio la casualidad, pertenecía a un miembro de la asociación y a partir de ahí contacté con ell@s. Actualmente coordino el programa de educadores juveniles, formándol@s en teatro y salud reproductiva». Roberto es de origen maya cachiquel y habla varios idiomas mayas. Le gustaría sentirse más representado: «La comunidad latinoamericana está olvidada aquí, igual que está marginada y excluida de las políticas. Me da un poco de cólera la manera en como la conferencia utiliza la imagen indígena, de pobreza, de necesidad: se hace todo por el bien de los pobres. Hay entidades que están más para promover políticas que para luchar contra el VIH. Por ejemplo, respecto a los microbicidas, dicen que van a empoderar a la mujer. Yo creo que esto puede ayudar, pero de ninguna manera le da poder a la mujer, ni va a hacerla diferente, ni más auténtica, ni se va a poder defender ante abusos. Me pregunto si los indígenas van a tener acceso a microbicidas, si en Guatemala no tienen acceso ni a los anti-retrovirales. A mí me parece una operación comercial».



**ROBERTO MORALES**  
Asociación de Payasos Atz'anem K'oj  
Sololá (Guatemala)



# África



Con algunas palabras todavía resonando en mi cabeza, sigo mi andadura por este espacio diverso que es la Aldea Global. A nadie se le escapa que, dentro de esta diversidad, hay un lugar donde el VIH/SIDA ha hecho y sigue haciendo estragos, África.

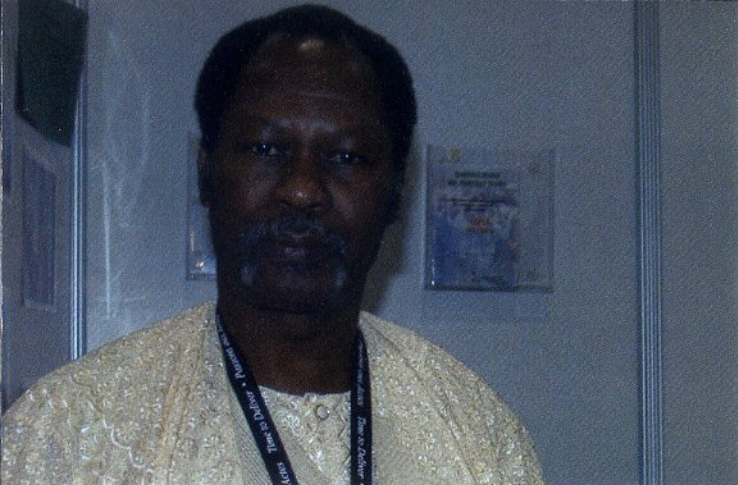
«¿Por qué no lo estamos consiguiendo? Todavía no tenemos los mensajeros adecuados.»

Entro simbólicamente a este continente gracias a Erick Gbodossou, senegalés de Dakar: «Soy doctor en medicina y psiquiatría africana, aprendiz de curandero e iniciado en la espiritualidad budú y soy consultor de la OMS y UNICEF. La organización que tengo el honor de servir se llama PROMETRA (Promoción de las Medicinas Tradicionales)». Erick nos cuenta que «el 85% de la población al sur del Sáhara recurre a los sanadores o curanderos para los problemas de salud. Si son los curanderos los que tratan la casi totalidad de los pro-

blemas de salud en África, no podemos hacer sanidad sin contar con ellos. En materia de SIDA, creemos que quien realmente quiera detener la epidemia en África, si excluye a los curanderos no puede tener éxito, es imposible». Para dar la vuelta a esta situación, su organización trabaja en dos líneas. En primer lugar piden «que se tenga en cuenta a los curanderos, tratamos de organizarlos, formarlos, porque son los mejores mensajeros, los mejores promotores de la salud. Hay que implicarlos en la prevención y en el tratamiento de las enfermedades oportunistas». En segundo lugar, PROMETRA promueve «una investigación científica según los estándares internacionales, para mostrar que las medicinas tradicionales proporcionan soluciones a los problemas de salud locales y que son el futuro de la salud. Para ello, hemos juntado dos grandes comités, uno de curanderos africanos y otro científico y jurídico internacional». Él y sus compañeros han venido a Toronto para «explicar a escala mundial que las políticas que luchan contra el SIDA en África son inadaptadas y están abo-



**ERICK GBODOSSOU**  
*Prometra Internacional (Promoción de las Medicinas Tradicionales)*  
Dakar (Senegal)

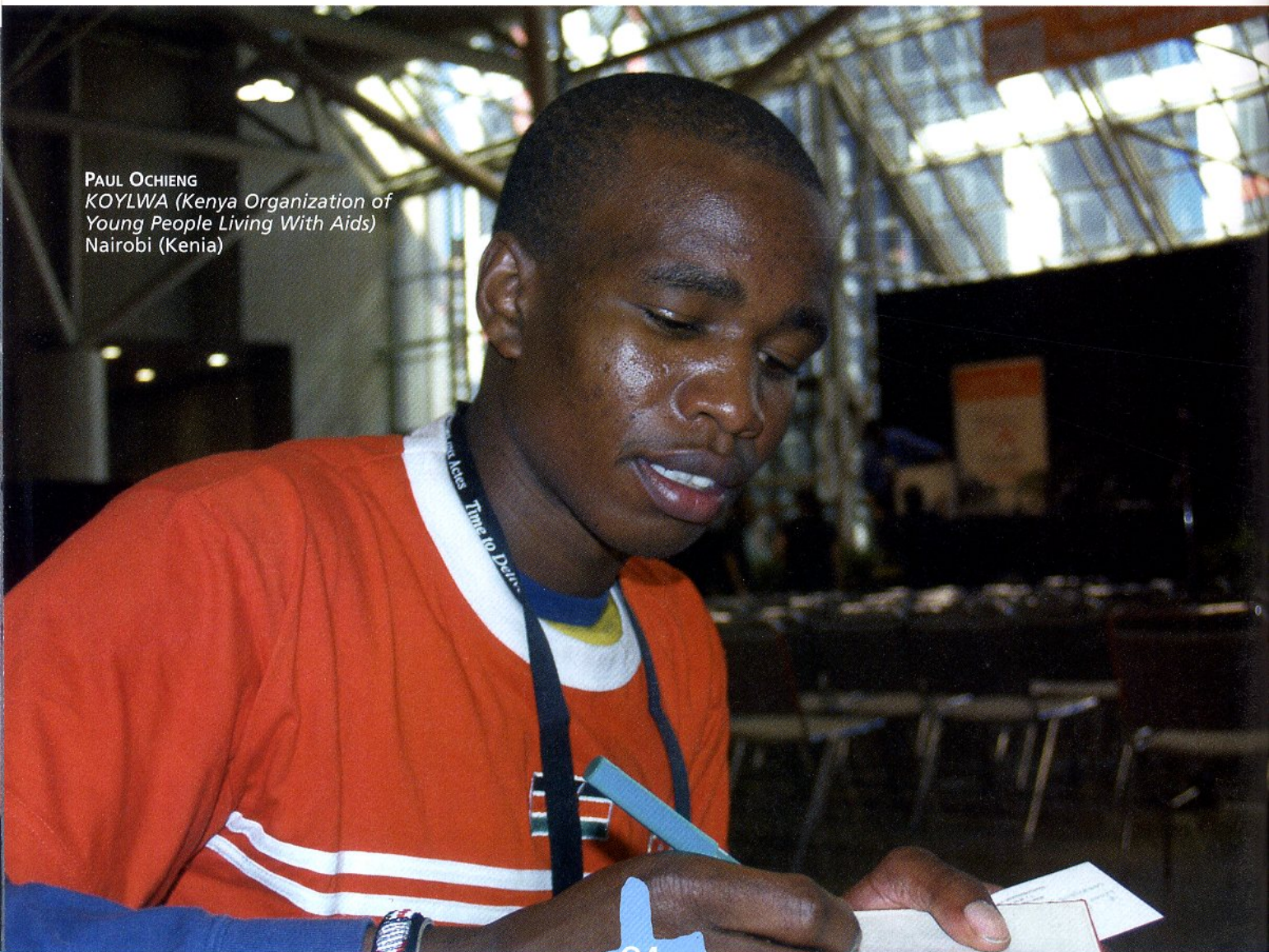


que hable de la medicina tradicional en los plenarios. Aunque no creas, debes respetar, escuchar, dejar que se planteen preguntas. Todo científico tendría que hacer un esfuerzo de obertura, pero esta conferencia mundial rechaza esta obertura. No hay una verdad única, hay varias verdades. Tenemos que unir todas las verdades para crear una medicina útil para la humanidad».

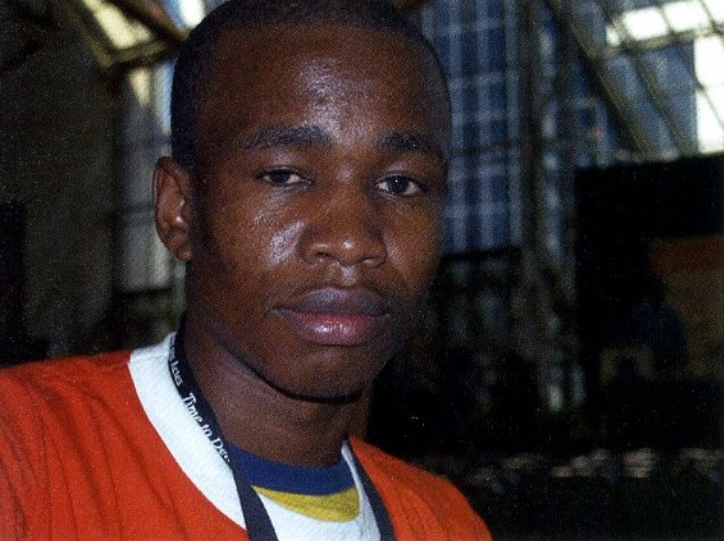
**«Espero llevarme muchas cosas para poder aplicar en el terreno.»**

cadras al fracaso. El Norte viene con buena voluntad, con su millón de dólares, con sus medic@s, sus enfermer@s, para decir 'hacer esto y no hacer lo otro'. Pero así no funcionará nunca... nunca. No podemos promover la salud en una población sin tener en cuenta sus creencias y su fe. Los curanderos atienden a casi toda la población, son líderes de base, la gente cree en ellos, tienen gran notoriedad y poder. Si no los implicamos, no hay futuro. África está muriendo de SIDA y no lo estamos abordando de la manera adecuada. Hay que contar con la creencia local. Hay que apoyarse en los curanderos para conseguir resultados. ¿Por qué no lo estamos consiguiendo? Todavía no tenemos los mensajer@s adecuad@s». A parte de denunciar que muchos otros african@s no han podido asistir a la conferencia porque les han negado el visado, lamenta que «en el programa no haya ningún ponente

Cerca de allí conozco a Paul Ochieng, de Nairobi, secretario de KOYLWA, organización de gente joven que vive con el VIH de Kenia: «Somos una entidad comunitaria formada por gente de entre 14 y 25 años. Nos reunimos, compartimos nuestras experiencias, dificultades, alegrías y sufrimientos. Vamos a las escuelas u otras instituciones de los suburbios de las grandes ciudades para dar charlas informativas y organizamos partidos de fútbol donde al final damos algunos consejos para que los jóvenes sean conscientes del problema del VIH/SIDA y para luchar contra la discriminación». Paul espera que la conferencia le permita «conocer otros proyectos, intercambiar ideas, interactuar y contactar con posibles donantes que puedan dar apoyo para el tratamiento y la educación. He venido aquí a aprender y espero llevarme muchas cosas para poder aplicar en el terreno en África». Valora que todo está muy bien organizado, «pero quizás debería haber más espacios y sesiones donde pudiéramos sentarnos a hablar y discutir».



PAUL OCHIENG  
KOYLWA (Kenya Organization of  
Young People Living With Aids)  
Nairobi (Kenia)



«Hoy en Ruanda la tasa de prevalencia ha mejorado gracias a nosotras.»

Chantal Mukandoli viene de Kigali, Ruanda: «Soy miembro de la red de personas que viven con el VIH en Ruanda y trabajo para We-ACTx. Luchamos para aumentar el acceso de las mujeres y los niños a la prueba, cuidado, tratamiento, apoyo, educación y formación en contextos con pocos recursos. Empezamos a trabajar en Ruanda en 2004 para propor-

cionar apoyo a las supervivientes de las violaciones durante el genocidio». Chantal explica que su labor «como mujer seropositiva en Ruanda, es informar a las personas sobre sus derechos. Doy charlas a las personas que viven con el VIH, pero también me dirijo a la sociedad civil en general para luchar contra la discriminación y la estigmatización. Ofrezco mi testimonio como VIH positiva para mostrar a mi gente que no es lo mismo que estar enferma de SIDA. Con el apoyo de ICW (siglas en inglés de Comunidad Internacional de Mujeres que



viven con VIH) he tenido la oportunidad de compartir mi experiencia con más gente». Ve con satisfacción los frutos de su trabajo: «Hoy en Ruanda la tasa de prevalencia ha mejorado gracias a nosotras, a tod@s l@s que damos nuestro testimonio. Y es que en nuestro país mucha gente no está informada sobre la posibilidad de recibir el tratamiento». Según Chantal, esta conferencia «tiene que servir para que la gente seropositiva sepamos que podemos reclamar nuestros derechos: derecho a recibir el tratamiento antirretroviral, derecho de vivir como todo el mundo, derecho a tener pareja, derecho a tener hijos sin VIH».

**«Si juntamos fuerzas, podemos ser más efectivos en el futuro.»**

La pieza del mosaico del Norte de África la pone Ahmed Khamis, egipcio de Alejandría, miembro de la Red Global de Investigadores sobre VIH/SIDA en Medio Oriente y el Norte de África (GNR MENA) «un foro para el intercambio científico, el debate y el trabajo en red de investigadores desde diferentes perspectivas y disciplinas interesad@s en estudiar y mejorar una respuesta efectiva a la epidemia del VIH/SIDA en el Medio Oriente y el norte de África. Fomentamos una investigación rigurosa que trate los factores epidemiológicos, sociales, económicos y culturales de la región que ejercen influencia en la prevención, el tratamiento y el cuidado, todos ellos claramente interconectados. Para Ahmed los beneficios de estas conferencias son claros: «Son



útiles para captar la atracción de los medios. Es una manera de conseguir que los ojos del mundo miren hacia la epidemia del VIH/SIDA. Otra parte importante es la posibilidad de trabajar en red, la gente se conoce un@s a otr@s, ven lo que hacen en otros países e incluso en su país. Nos podemos beneficiar de las experiencias de l@s demás. Si juntamos fuerzas, podemos ser más efectivos en el futuro». A la organización le pone un diez: «La conferencia está muy bien organizada y realmente se ha conseguido que haya mucha representación de todas partes del mundo. Se ha hecho un esfuerzo para dar muchas becas y eso es bueno».

# MIDDLE EAST MOYEN-ORIENT / PROCHE-ORIENT

**AHMED KHAMIS**  
Red Global de Investigadores sobre VIH/sida  
en Medio Oriente y el Norte de África  
Alejandría (Egipto)



**Global Network of Researchers on HIV/AIDS  
In the Middle East and North Africa Region (GNR MENA)**

*The Middle East and North Africa Region (MENAR)*

**Mission**  
The Global Network of Researchers on HIV/AIDS in the Middle East and North Africa Region (GNR MENA) is a network of researchers and professionals in the epidemiological study of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa region.

**Structure**  
The structure of GNR MENA is organized in a network of research centers and professionals who are organized under the leadership of the Regional Office for the Middle East and North Africa Region (MENAR) of the World Health Organization (WHO). The network is organized in a network of research centers and professionals who are organized under the leadership of the Regional Office for the Middle East and North Africa Region (MENAR) of the World Health Organization (WHO).

**Objectives**  
GNR MENA aims to promote and facilitate exchange of information and experiences among researchers and professionals in the region.

**Participation in GNR MENA is open to all researchers and professionals in the region who are interested in HIV/AIDS research and who are committed to the network's mission.**

# Asia



El continente más poblado, Asia, aunque no es el más representado en la conferencia, hace escuchar su voz.

**«No necesitamos una máquina de coser, necesitamos que se respeten los derechos de las y los trabajadores del sexo.»**

En el escenario principal de la Aldea Global suena la música, Khartini Slamah anima al público y la gente la sigue picando de palmas. Así es como termina su conferencia sobre la experiencia de APNSW (Red de Trabajadoras y Trabajadores Sexuales de Asia Pacífico). Khartini nos cuenta que su «organización radica en Bangkok, pero nació en Kuala Lumpur, Malasia. Somos una red de 21 países, que nos juntamos en eventos como éstos. Intervenimos en la defensa de los derechos de l@s trabajadores del sexo en nuestra región, hombres, mujeres y transgéneros: derecho a la educación, a la salud, a otra oportunidad de trabajo, al tratamiento antirretroviral». Su manera de trabajar, como acaba de mostrar en el escena-



rio, es a través de la representación artística: «En general a los y las trabajadoras del sexo les gusta actuar y tienen habilidades para ello, de manera que organizamos espectáculos teatrales o musicales donde se introduzca algún mensaje relacionado con el VIH/SIDA. Por ejemplo, en la India les encantan las películas de Bollywood, y utilizamos esto para crear espectáculos que sirvan tanto a la propia comunidad de trabajadoras como al público en general. Otras veces no les es posible expresarse hablando y lo que hacemos es dibujar, y de allí sale algo interesante». Le pregunto por esa camiseta que lleva puesta, con una máquina de coser tachada: «Hemos creado un logotipo que dice 'no necesitamos una máquina de coser', porque much@s de l@s donantes dan dinero para 'salvar' a las y los profesionales del sexo sacándoles de la prostitución y dándoles una máquina de coser, pero necesitamos más que eso, necesitamos respeto a los derechos humanos, necesitamos formación profesional, necesitamos dinero para salir adelante». Protesta porque «la representación de las y los

**KHARTINI SLAMAH**  
APNSW (Asia Pacific  
Network of Sex Workers)  
Kuala Lumpur (Malasia)





En la lucha contra el VIH estamos en la misma línea: **hacer  
crecer  
tu vida**

Desde el principio hemos estado a tu lado en la lucha contra el VIH, con terapias eficaces y cada vez más cómodas, que simplifican los tratamientos para mejorar la calidad de vida.

Y, desde hace más de 10 años, nuestro compromiso con la sociedad se manifiesta con una política de precios preferentes para los países en vías de desarrollo, donaciones y ayudas sociales a través del programa "Positive Action".

Así luchamos día a día contra el VIH, así trabajamos para hacer crecer la vida.



trabajadores del sexo en la conferencia es ínfima. Me gustaría ver caras nuevas, porque todo cambia, ahora su movilidad es mucho mayor, y por lo tanto hace falta un abordaje diferente de la cuestión. Tenemos que escuchar sus voces en las discusiones, porque hace falta escuchar a la gente implicada para que el dinero invertido tenga alguna utilidad. Ellos y ellas forman parte de la solución. Sin embargo, su presencia aquí es testimonial».

«Estoy aquí porque quiero saber.»

En una zona de encuentro, ambientada con mobiliario del lejano oriente, encuentro al chino **Bosco Yan**, que viene de Hong Kong. Ha sido usuario y ahora voluntario de la Comunidad Asiática de Servicios en VIH/SIDA, «una orga-

nización que da apoyo y formación a comunidades asiáticas. Por un lado, tenemos varios programas para ayudar a las personas que viven con el VIH y, por otro, están los programas de formación, dirigidos principalmente a jóvenes y mujeres». Su tarea, principalmente, es compartir sus vivencias: «Del mismo modo que hoy aquí, doy mi testimonio hablando en los lugares que me lo piden. Después de muchos años viviendo con el VIH, estoy bien y no me importa explicar mi experiencia. También estoy aquí porque quiero saber, necesito saber qué avances se están haciendo en el campo del tratamiento».

«Apenas hay sesiones donde se dé la voz a gente joven.»

Trupti Gilada, de Bombay, sale de la rueda de prensa que acaba de dar la entidad de la India People's Health

## EAST / SOUTH EAST ASIAN ASIE DE L'EST / SUD-EST

**BOSCO YAN**  
Comunidad Asiática de Servicios  
en VIH/sida  
Hong Kong (China)

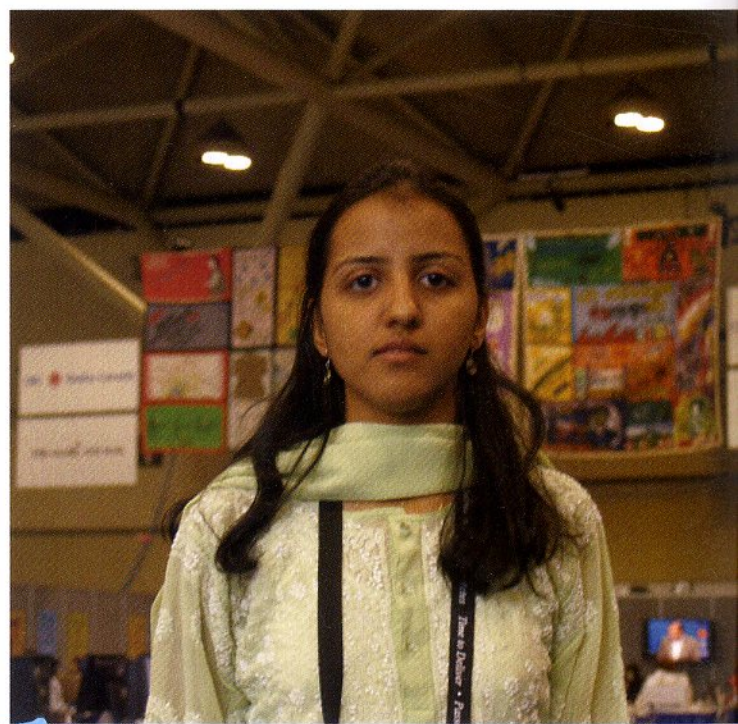




**TRUPTI GILADA**  
*People's Health Organization*  
 Bombay (India)

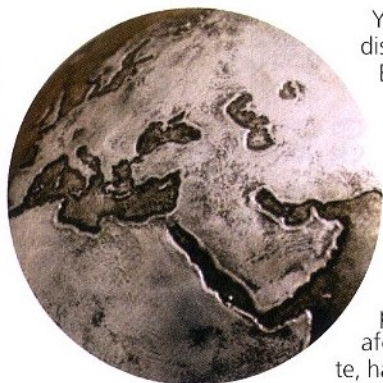
**Organization** (Organización para la Salud de la Gente): «Trabajamos desde 1985 contra el SIDA en la India, siendo una de las primeras organizaciones en hacerlo, en un momento que era tabú y no estaba bien visto hablar de este tema. Nuestras intervenciones están enfocadas a colectivos especialmente vulnerables, como trabajadoras del sexo, conductores de camiones que tienen mucha movilidad y estudiantes. Actualmente es entre los jóvenes que se produce la mayoría de nuevas infecciones y es importante dirigirnos a ellos si queremos hacer disminuir la tasa de prevalencia en la India». Para Trupti, el trabajo en red es ineludible y la conferencia es una oportunidad para ello: «Con la globalización el mundo cada vez es más pequeño y lo que ocurre en un lugar afecta a los otros. Por eso, aunque cada país es distinto y hay países con más recursos y otros, como la India, con recursos limitados, es interesante aprender de las experiencias de los demás y compartir las propias experiencias. Como humanidad trabajamos juntos para la prevención del VIH». A pesar de su juventud ya estuvo hace ocho años en Ginebra en la XII Conferencia Internacional del SIDA «cuando sólo tenía 15 años y era la única persona joven allí. Es una buena cosa que el número de jóvenes haya ido aumentando en las sucesivas ediciones, hasta llegar a 1.000 delegados jóvenes en la presente. La gente se ha dado cuenta de que a no ser que se implique a los jóvenes en la lucha contra el VIH, no habrá cambios, ya que son el principal grupo afectado. Deben tener una plataforma para que hagan oír su voz, aporten sus propuestas y sus experiencias». Y esto todavía no es una realidad: «Si vas mirando todas las sesiones apenas hay algunas donde se dé la voz a gente joven. Ves a doctores, gente que trabaja con jóvenes, pero no a jóvenes. Me gustaría ver una conferencia

donde los jóvenes estén representados a la par con los médicos y los activistas».





# Europa



Y aunque su presencia es discreta no me olvido ni de España ni de Europa.

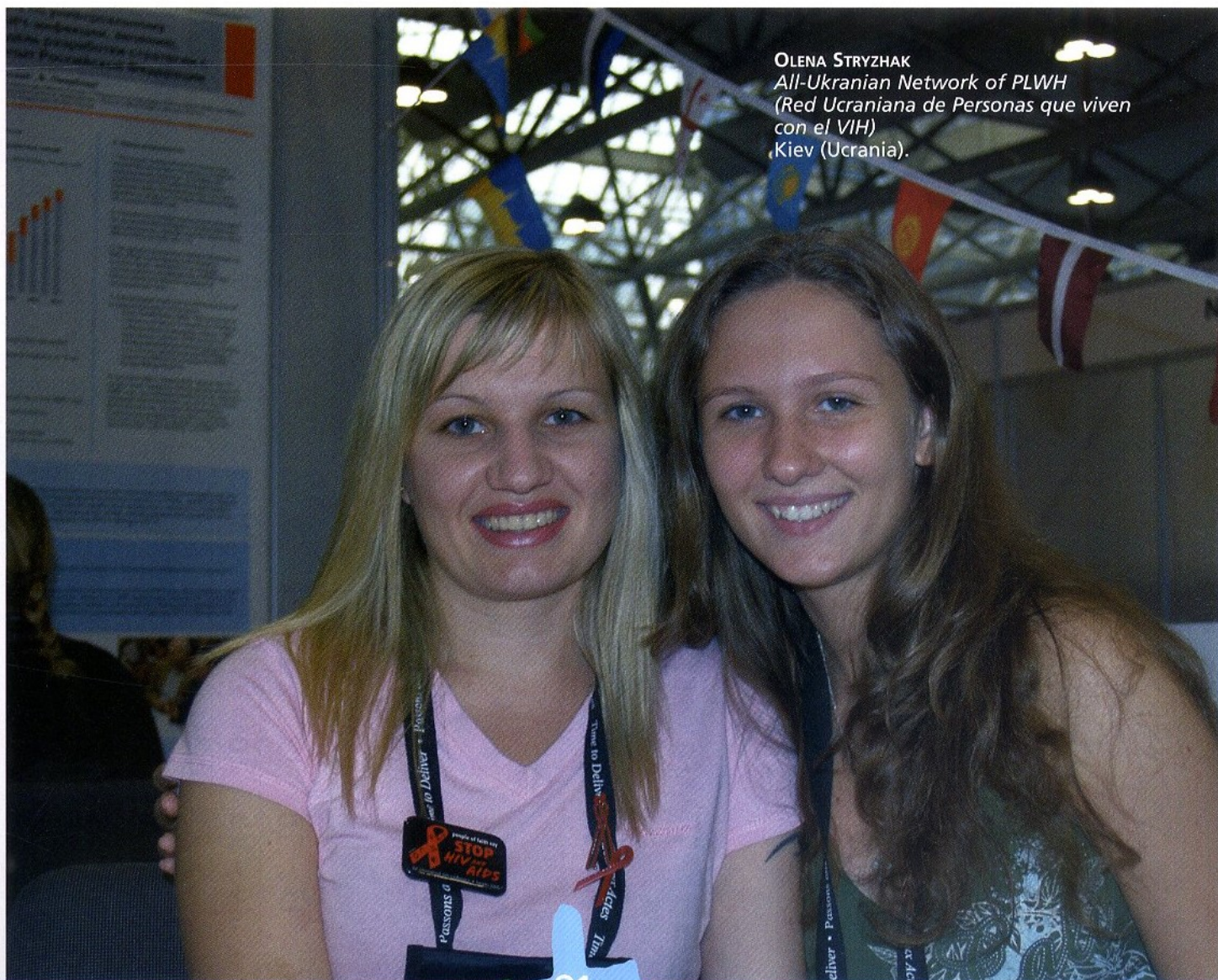
**«Aquí se puede sentir la fuerza del movimiento de lucha contra el VIH.»**

Empezando por la parte actualmente más afectada del viejo continente, hablo con **Olena Stryzhak**, coordinadora de zona de All-Ukrainian Network of PLWH (Red Ucraniana de Personas que viven con el VIH). Viene de Kiev y, aunque apenas habla inglés, nos entendemos con la ayuda de una de sus compañeras: «Nuestra misión es mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH, defender sus derechos y conseguir el acceso al tratamiento. Una de nuestras actividades principales es proveer servicios a l@s niñ@s que viven con el



VIH, a sus familias y a su entorno». Para Olena, lo bueno de estar aquí es «compartir tus experiencias, ver qué hace la gente en sus países y aplicarlo en Ucrania. Además, aquí se puede sentir la fuerza del movimiento de lucha contra el VIH y ver a tanta gente con un mismo propósito es potente.

En la misma ceremonia de apertura, éramos mucha gente reunida allí con un objetivo compartido. Hay personas que necesitan sentir esta fuerza para continuar y mejorar su trabajo. Es mi segunda conferencia y cada vez hay más asistencia y más trabajo efectivo. Contactas con gente con la que después puedes continuar comunicándote por e-mail y de esta manera se puede llegar a realizar un buen trabajo. Comparándolo con la conferencia de hace dos años, se ha mejorado».



**OLENA STRYZHAK**  
All-Ukrainian Network of PLWH  
(Red Ucraniana de Personas que viven con el VIH)  
Kiev (Ucrania).

ENERO 2007

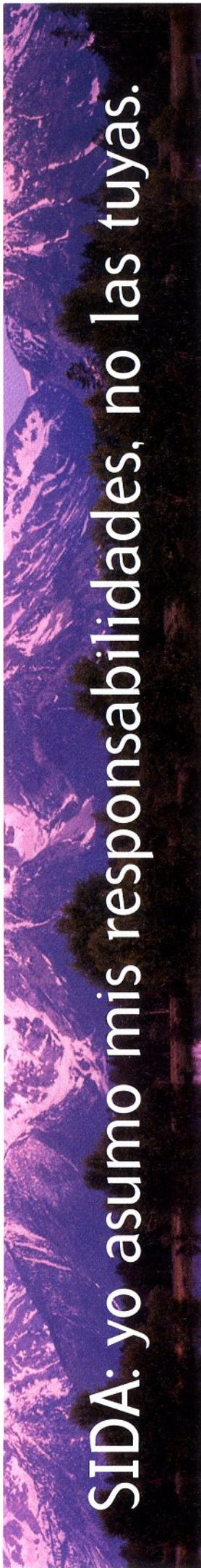
| L  | M  | M  | J  | V  | S  | D  |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
| 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |

FEBRERO 2007

| L  | M  | M  | J  | V  | S  | D  |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    | 1  | 2  | 3  | 4  |
| 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 |    |    |    |    |

MARZO 2007

| L  | M  | M  | J  | V  | S  | D  |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    | 1  | 2  | 3  | 4  |
| 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |



SIDA: yo asumo mis responsabilidades, no las tuyas.

ABRIL 2007

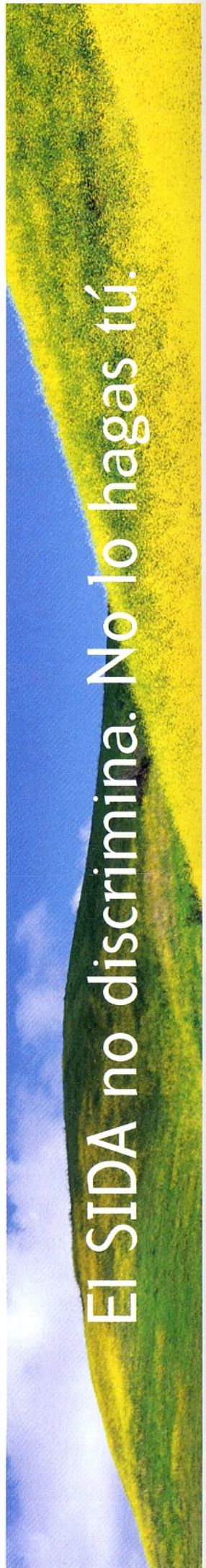
| L  | M  | M  | J  | V  | S  | D  |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    |    |    | 1  |
| 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  |
| 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |

MAYO 2007

| L  | M  | M  | J  | V  | S  | D  |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    | 1  | 2  | 3  | 4  |
| 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |

JUNIO 2007

| L  | M  | M  | J  | V  | S  | D  |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    |    | 1  | 2  |
| 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |



El SIDA no discrimina. No lo hagas tú.

JULIO 2007

L M M J V S D

|    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|
|    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  |  |  |  |
| 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  |  |  |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |  |  |  |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |  |  |  |

AGOSTO 2007

L M M J V S D

|    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|
|    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |  |  |  |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |  |  |  |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |  |  |  |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |  |  |  |

SEPTIEMBRE 2007

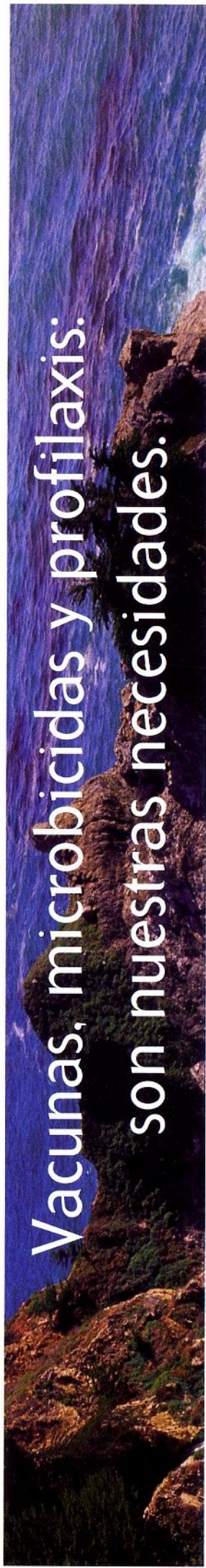
L M M J V S D

|  |  |    |    |    |    |    |  |  |  |
|--|--|----|----|----|----|----|--|--|--|
|  |  |    |    |    |    |    |  |  |  |
|  |  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |  |  |  |
|  |  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |  |  |  |
|  |  | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  |  |  |
|  |  | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |  |  |  |
|  |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |  |  |  |
|  |  | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |  |  |  |

SEPTIEMBRE 2007

L M M J V S D

|  |  |    |    |    |    |    |  |  |  |
|--|--|----|----|----|----|----|--|--|--|
|  |  |    |    |    |    |    |  |  |  |
|  |  |    |    |    |    |    |  |  |  |
|  |  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |  |  |  |
|  |  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |  |  |  |
|  |  | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |  |  |  |
|  |  | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |  |  |  |
|  |  | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |  |  |  |
|  |  | 28 | 29 | 30 |    |    |  |  |  |



Vacunas, microbicidas y profilaxis:  
son nuestras necesidades.

OCTUBRE 2007

L M M J V S D

|  |  |    |    |    |    |    |  |  |  |
|--|--|----|----|----|----|----|--|--|--|
|  |  |    |    |    |    |    |  |  |  |
|  |  |    |    |    |    |    |  |  |  |
|  |  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |  |  |  |
|  |  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |  |  |  |
|  |  | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  |  |  |
|  |  | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |  |  |  |
|  |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |  |  |  |
|  |  | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |  |  |  |
|  |  | 31 |    |    |    |    |  |  |  |

NOVIEMBRE 2007

L M M J V S D

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NOVIEMBRE 2007

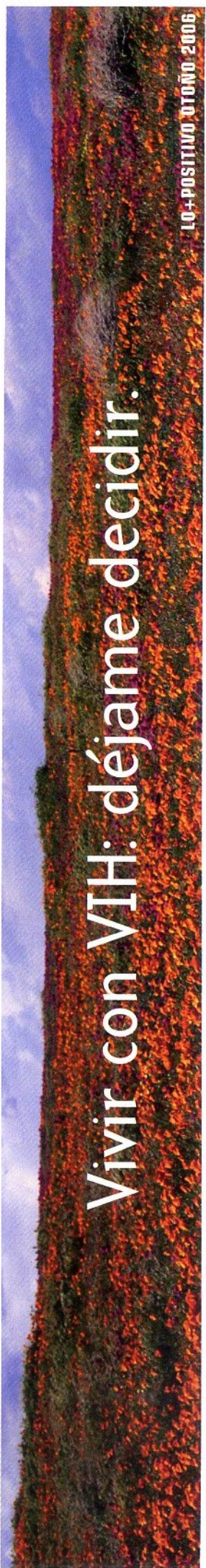
L M M J V S D

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

DICIEMBRE 2007

L M M J V S D

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Vivir con VIH: déjame decidir.



**«La manera de organizar la conferencia divide a la comunidad.»**

De Copenhague, Dinamarca, encontramos a **Henrik Arildsen** director de **Nordpol**, una red de asociaciones del norte de Europa (Dinamarca, Suecia, Noruega, Islandia y Finlandia): «Nuestro objetivo principal es ofrecer apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA y aumentar el conocimiento sobre el VIH/SIDA. Anualmente publicamos la revista *Red Ribbon*, que se difunde en las escuelas e instituciones oficiales. Ofrecemos servicios de *counselling* y actividades educativas de prevención. Los que damos las charlas somos personas que vivimos con el VIH/SIDA y compartimos nuestra experiencia de primera mano». Para Henrik la conferencia «ofrece

la posibilidad de trabajar en red en el campo del activismo. Puedes encontrarte, discutir diferentes cuestiones. Es también un lugar para adquirir habilidades y conocimientos, ver cómo lo está haciendo la gente en otros países de África, Latinoamérica y otros lugares». Sin embargo, Henrik se queja que el trabajo en red a veces se ve obstaculizado por «la manera de organizar la conferencia, que trata de dividirnos. La gente que luchamos contra el VIH estamos divididos en diferentes cajas: usuari@s de drogas, hombres, mujeres, homosexuales, transexuales, personas transgénero. Es una manera de separarnos y me preocupa que esto dificulte el trabajo conjunto. Se tendría que hacer más para unir a todos los grupos presentes en la conferencia. Cuando doy una vuelta por aquí y veo 'Mujeres de Asia', 'Mujeres de África', etc., me da la sensación de que la conferencia trata de dividirnos».

**Henrik Arildsen**  
Nordpol  
Copenhague (Dinamarca)



«Te carga pilas y te permite volver al trabajo con energías renovadas.»

Entre la reducida representación española, se encuentra **Vanessa López**, de Madrid, directora de **GlobalSIDA**: «Nuestra organización se fundó con el objetivo de crear el movimiento social **Tenemos SIDA**, que ha ido integrando a diferentes entidades. La misión de **Tenemos SIDA** es conseguir que España incremente la respuesta económica al problema del SIDA en los países del sur, a través de la incidencia política y la movilización de la ciudadanía. Nuestro cometido inicial fue crear el movimiento y actualmente nos encargamos de coordinarlo, incorporar nuevos *partners*, crear espacios de incidencia y facilitar el consenso dentro del movimiento». El día a día de su trabajo consiste en «comunicar a la sociedad qué ocurre con los países en el sur, qué es lo que no se está haciendo y qué es lo que podría hacerse desde España, escribiendo sobre la cuestión, definiendo campañas de comunicación y diseñando acciones de movilización». Vanessa cree que la conferencia es útil «porque te permite recargar energías. Entrás en la Aldea Global y ves que no estás sola en este trabajo. Te carga las pilas y te permite volver al trabajo con energías renovadas. También permite intercambiar visiones y puntos de vista y actualizarte sobre aquellos temas que más te interesan para ver cómo está la situación y qué pasará a medio plazo». Cree que las conferencias podrían mejorar: «Tengo la sensación de que las sesiones plenarias son poco flexibles y apenas hay tiempo para el intercambio. Y sí que hay otros espacios donde se puede dar la participación, pero hay tantas sesiones que es inabarcable. Quizás si hubiera menos



cantidad de información sería mejor. También es verdad que entre los conferenciantes siempre ves las mismas caras y me pregunto si no habrá más gente representativa que tenga cosas interesantes que aportar».

«Se crece y se avanza como persona implicada en la lucha contra el VIH/SIDA.»

También tengo la suerte de hablar con **Udiarraga García**, «bilbaína de toda la vida», coordinadora de proyectos y fundadora de **Itxarobide**: «Fundamentalmente damos apoyo e información a personas que viven con el VIH y, desde hace dos



o tres años, nos hemos tenido que adaptar a la realidad y especializarnos en la atención a personas que viven coinfectadas con VIH y hepatitis. A parte de este lado más asistencial, hemos abierto una línea de sensibilización de la sociedad vasca en el apoyo a encontrar una vacuna para el SIDA. Vemos que después de 25 años de epidemia, hemos de mirar más por los países en vías de desarrollo, porque se lo debemos los países ricos. De manera muy humilde estamos en un proyecto de sensibilización de la sociedad vasca respecto al desarrollo y la cooperación en SIDA, porque nos parece muy necesario». Por sus años de experiencia en el activismo, Udiarraga se encarga de «la relación con otras entidades y la atención de personas que viven con el VIH. Además, durante las mañanas me dedico al trabajo de teléfono y red y por las tardes a los grupos de autoayuda, los talleres y, si es el caso, trato de asistir a las conferencias donde hay que estar porque se aprende. Entiendo este trabajo como un crecimiento personal, no como una jornada de ocho a tres». No duda en afirmar que una conferencia internacional vale la pena porque «sirve mucho desde el punto de vista personal. Se crece y se avanza como persona implicada en este asunto. Hay cosas que en internet no se pueden ver ni tocar y, en cambio, aquí se pueden hablar y sentir. Es la parte más humana, que no se puede comprar en ningún lado. Yo por ejemplo no hablo inglés pero me busco la vida. Este tipo de eventos permite reflexionar y ver lo bien que lo están haciendo en Canadá o Ecuador o en otros lugares sin recursos. En mi vida hay un antes y un después de la conferencia de Durban (Sudáfrica), la primera a la que asistí. Aquí venía sin muchas esperanzas porque apenas hay avances clínicos, pero me ha resultado muy satisfactoria porque he aprendido cosas, he visto cosas nuevas y me ha parecido que hay una implicación mundial en el SIDA». El espacio de las ONG, donde nos encontramos, es lo que más valora Udiarraga, en contraposición a las grandes sesiones plenarias: «En la Aldea Global me he quedado sorprendida del buen trabajo que se hace y a menudo no se ve. Y en cambio vas a una plenaria, con todos mis respetos, y te



dicen lo que has visto en los periódicos durante el último año. Creo que se tendría que coordinar más el trabajo gubernamental y el no gubernamental. Que crean más en nosotros, porque hacemos un gran trabajo, a veces mejor que el de la administración».

Gracias a un joven keniano de 25 años con VIH que participa en grupos de apoyo mutuo, una chica de 20 de Estados Unidos que defiende los derechos de los jóvenes, un mexicano de 35 que ofrece información a la comunidad latina de Toronto, una activista malasia de 45 que empodera a trabajadoras del sexo, y muchas y muchos más. Gracias a todas y todos ellos he podido reconstruir algunas piezas del mosaico de la respuesta contra el VIH/SIDA que se ha dibujado este mes de agosto en Toronto. Con toda su diversidad de procedencias y campos de actuación, la mayoría coincide en la utilidad de una conferencia internacional. Compartir experiencias, darse a conocer, renovar el compromiso personal o captar la atención de la opinión pública son algunas de sus razones. También han visto aspectos a mejorar, como escuchar más la voz de la población afectada, dar la palabra a las y los jóvenes o abrirse a nuevos puntos de vista. En México 2008, más.



**UDIARRAGA GARCÍA**  
Itxarobide  
Bilbao (España)

El programa científico de la XVI Conferencia Internacional del SIDA (CIS) de Toronto se estructuró en cinco itinerarios (o tracks) paralelos: a) biología y patogénesis del VIH; b) investigación clínica, tratamiento y asistencia; c) epidemiología, prevención e investigación sobre la prevención; d) ciencias sociales, de la conducta y económicas, y e) políticas. A continuación os ofrecemos las noticias más relevantes de cada uno de estos itinerarios.

# EL RATÓN Y EL GATO

**C**UANTO MÁS SABEMOS DEL VIH, más nos fascina cómo de sofisticados son los mecanismos que utiliza para escapar, manipular o eliminar las defensas del organismo humano que buscan reconocerlo y eliminarlo. Lo que hace precisamente tan único y a la vez tan escurridizo al virus de la inmunodeficiencia humana es su capacidad de adaptación, el que pueda sortear uno a uno todos los obstáculos que el sistema inmunitario pone a su paso para evitar que se replique, se extienda y acabe por colonizar a su huésped, o sea, nosotr@s. En Toronto descubrimos algunos más de los trucos de los que se vale este retrovirus para sobrevivir en un medio tan hostil.

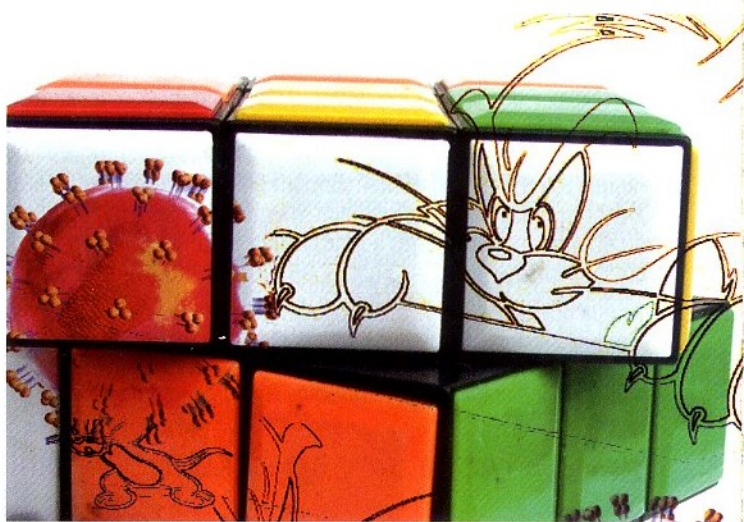
El itinerario o track A de la Conferencia Internacional del SIDA suele ser el más árido y de difícil comprensión si uno no es especialista en la materia. Y no nos referimos a ser médic@, sino a tener nociones avanzadas de inmunología, virología y vacunología. Las del itinerario A son investigaciones de laboratorio o con animales, lo que conocemos como fase preclínica, y para describirlas se utiliza una jerga esotérica basada a su vez en dar por descontado el conocimiento de otras muchas referencias. Pero entender la patogénesis y la biología del VIH es fundamental para poder controlarlo con mejores medicamentos y para encontrar algún día, esperamos no tan lejano, la deseada vacuna.

Hemos intentado resumir lo más destacado del itinerario A con un lenguaje más llano del original pero sin perder la concreción o el rigor, por lo que podría ser que aún necesitéis consultar un glosario o recurrir a los buscadores de internet durante la lectura. Lo hemos estructurado en tres bloques independientes, así no es imprescindible comprenderlo todo para entender una parte.

## Cuanto más activado el sistema inmunitario, mejor para el VIH

El VIH necesita del sistema inmunitario para reproducirse. De hecho, sin una activación de este sistema que suponga la proliferación de diferentes tipos de células, como los linfocitos T (preferidas por el virus), el VIH tendría serias dificultades o tal vez simplemente no podría encontrar células que infectar para hacer copias de sí mismo.

El primer conjunto de investigaciones presentadas en la Conferencia describen cómo el VIH estimula el sistema inmunitario en su propio beneficio: provocando la activación de las células T y que éstas se reproduzcan hace que el VIH pueda infectarlas con más facilidad y rapidez, extendiendo la infección.



El sistema inmunitario innato cuenta con unas proteínas denominadas receptores TLR (*toll-like receptors*, en sus siglas en inglés) que reconocen la presencia de microbios y activan la respuesta de las células inmunitarias. Una investigación presentada en Toronto mostró que el VIH dispone de regiones que estimulan el sistema inmunitario por medio de los receptores TLR 7 y 8, lo que deriva en una activación inmunitaria crónica: de este modo ante la presencia del VIH, el sistema inmunitario no deja nunca de estar activado y ofrece células para que puedan ser infectadas por el virus.

Más en detalle, los experimentos hicieron patente que al poner en contacto en el laboratorio linfocitos T con secuencias de ARN del VIH se induce la activación de una molécula denominada CDC9 que es conocida por ser un marcador de la activación de las células T. De

esta manera, queda demostrado que el VIH manipula el sistema inmunológico para manejar él mismo la evolución de la infección.

Por el contrario, hay escenarios en los que el sistema inmunitario sí puede evitar que el VIH consiga cronificarse. Es el caso de grupos de mujeres (trabajadoras del sexo) que están muy expuestas al VIH, pero permanecen seronegativas de modo persistente. Un estudio mostró cómo la sangre periférica (la que se extrae del brazo, para aclararnos) de estas mujeres expresa una mayor susceptibilidad a la estimulación de receptores TLR mediante la producción de más interleuquina 10 (IL-10) inmunosupresora y de menos interferón gamma inmunoestimulador. Dicho de otro modo, en estas mujeres, el sistema inmunitario se inhibe, se deprime, para evitar que el VIH aproveche la proliferación de células para infectarlas.

Otra pista sobre cómo se autorregula el sistema inmunitario y puede controlar el VIH nos la dan los modelos animales. Existe un tipo de primate conocido como mono verde africano, que se caracteriza por tener una infección por VIH no patogénica (significa que la presencia del virus no deriva en enfermedad): estos monos muestran grandes cantidades de células T reguladoras (CTR). Las CTR son un subconjunto de células a las que se ha prestado bastante atención en los últimos cinco años y que pueden detectar y prevenir la hiperactivación inmunitaria (una proliferación excesiva de la respuesta inmunitaria que puede ser perjudicial para el propio organismo).

Se estudiaron ocho de estos monos verdes africanos y se descubrió que había una prevalencia mucho más alta de células que expresaban el gen FOXP3 (un marcador de la presencia de CTR) lo que podría explicar que el sistema inmunitario de estos animales se mantenga preparado para actuar pero a la vez mantenga a raya la hiperactivación inmunitaria propia de la infección por VIH.

Otro ejemplo de modelo animal tiene que ver con el papel que cumplen las citoquinas (proteínas mensajeras del sistema inmunitario) antiinflamatorias. Al comparar monos verdes africanos que estaban infectados por VIH pero no desarrollaban la enfermedad, y macacos *rhesus* también infectados que sí la desarrollan, se comprobó una gran diferencia en el patrón de expresión de las citoquinas que producían: los macacos *rhesus* expresaban más citoquinas antiinflamatorias que los monos verdes. De hecho, en los *rhesus* las moléculas antiinflamatorias causaban una activación generalizada de las células T que llevaba a su vez a la rápida progresión de la infección por VIH.

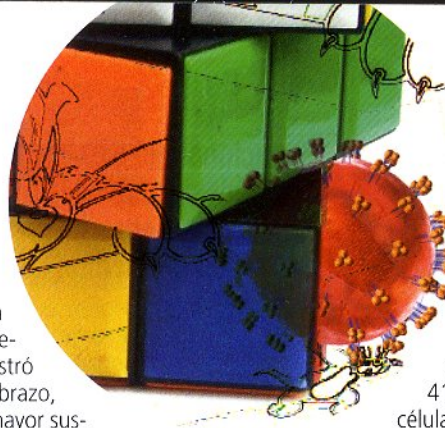
Esto puede tener importantes implicaciones para la búsqueda de la vacuna o para las estrategias que persiguen neutralizar la infección por VIH sin necesidad de antirretrovirales, como destacó en Toronto la investigadora Françoise Barré-Sinoussi. Ella cree que el desarrollo de una vacuna para el SIDA tiene que dirigirse tanto a la infección por VIH propiamente como a las señales patogénicas precoces, esto es, aquello que nos indica que se está produciendo una alteración del sistema inmunológico desde los primeros estadios de la infección. Para ello necesitaríamos sustancias que pudieran utilizarse para neutralizar la activación inmunitaria que observamos en individuos infectados.

## El virus y sus circunstancias

Las vacunas clásicas para las enfermedades infecciosas (la gripe, la viruela, la hepatitis, etc.) están basadas en la inoculación del mismo microbio que el que provoca la enfermedad correspondiente pero atenuado. De este modo, el sistema inmunológico desarrolla defensas que preserva en la memoria para ser activadas cuando el microbio real, completo, se presente en el organismo.

En el caso del VIH esta estrategia no es posible ni probarla porque es demasiado peligrosa: el VIH tiene una gran capacidad para recomponerse, y nadie garantiza que una vacuna basada en un virus atenuado no pudiera convertirse en un VIH totalmente funcional e infeccioso.

La vacuna del SIDA debe buscar otras vías. En Toronto se exploraron tres: nuevos adyuvantes, nuevos vectores y la incidencia en el entorno.



Hubo varias presentaciones sobre la relevancia de nuevos adyuvantes, moléculas que pueden activar respuestas inmunitarias que sean eficaces frente al VIH. Por ejemplo, el uso de moléculas propias del sistema inmunitario que puedan generar una respuesta eficaz de células T que a su vez pudieran eliminar las otras células infectadas. Entre dichas moléculas hay una denominada ligando 41BB (proteína específica de la superficie de las células T) que cuando se introduce en una vacuna en

laboratorio induce niveles muchos más altos de producción de citoquinas, de interferón, de células T aniquiladoras y de proliferación de linfocitos en general, lo que es en principio una buena señal. Habría que probar, pues, si esto funciona también en humanos y tiene eficacia para evitar la infección crónica por VIH.

Otra alternativa son las moléculas que puedan detener la replicación del VIH, como la interleuquina 27. La IL-27, que es producida por monocitos (glóbulos blancos precursores de los macrófagos), sirve para inhibir de una manera muy eficiente la replicación viral en células CD4 y en los propios monocitos. La IL-27 se puede activar con el uso de VPH-VLP (partículas no infecciosas derivadas del virus del papiloma humano que tienen capacidad para generar una respuesta inmunitaria antiviral y antitumoral) y podría investigarse si es útil para suprimir la replicación del VIH e hipotéticamente usarse como vacuna.

Los vectores son los vehículos que se emplean para transportar las moléculas que pueden activar una respuesta inmunitaria, en este caso frente al VIH. Un grupo mostró en Toronto que se puede imitar un virus que contenga las fibras del Adenovirus 35 (Ad35), que tiene una gran capacidad de infectar las células dendríticas. Estas células son las más potentes a la hora de detonar la respuesta inmunitaria, lo que es un claro efecto de la eficacia de una vacuna. Los investigadores observaron que al utilizar una vacuna de este tipo para inmunizar un macaco podía eliminarse totalmente la carga viral del macaco infectado, en contraste con otras estrategias o vectores que no pueden contener la replicación viral por completo sin presencia de tratamiento antirretroviral.

El último aspecto importante y que de alguna manera resulta novedoso es el enfoque de que las vacunas no sólo se dirijan al propio VIH sino también al entorno en el que se desenvuelve, en concreto a la presencia de otros patógenos presentes que ayudan a la replicación del VIH.

Uno de ellos es el virus del herpes simple 2 (VHS-2). Un trabajo presentado en la Conferencia atribuye al VHS-2, a partir de un modelo matemático, el 50% por cierto de las infecciones por VIH. El VHS-2 está asociado con la presencia de un marcador de activación celular conocido como CDC9, ya mencionado en el apartado anterior, que indica una alta presencia de células T muy activadas. A su vez, la alta activación de las T CD4 es un campo propicio para la replicación del VIH, como hemos explicado más arriba.

Una estrategia de contención del VIH podría ser entonces intentar eliminar la presencia del VHS-2. Si se consiguiera, el entorno en el que se tendría que mover el VIH le sería más inhóspito, lo que podría facilitar la eficacia de una vacuna.

Otra estrategia podría basarse en el hecho de que la infección por VHS-2 incrementa los niveles de DC-SIGN (un receptor del VIH en células dendríticas inmaduras; iDC, en sus siglas en inglés) y de CCR5 (un correceptor del VIH en células CD4+). Esto estimula la infección por VIH, lo que a su vez lleva a una reactivación y expansión del VHS-2, completando el círculo. De nuevo, la eliminación o control del VHS-2 rompería el ciclo de influencias mutuas y pondría las cosas mucho más difíciles al VIH.

## El vigor de un retrovirus

El tercer y un último bloque temático al que se prestó especial atención en la conferencia fue el *fitness* viral. De difícil e incierta traducción, por *fitness* viral se entiende la situación en que se encuentra el VIH en un momento dado para cumplir con su función básica, que es reproducirse. En castellano podría utilizarse "el estar en



forma" del virus o más sencillamente, aunque no sea exactamente lo mismo pero se le acerca, vigorosidad.

Parece estar claro que conforme avanza la infección, la vigorosidad del virus aumenta, y que de hecho son varias las razones detrás de este fenómeno. Una de ellas son las mutaciones del VIH que implican la eliminación de secuencias virales que puedan ser reconocidas por los linfocitos T citotóxicos (LTC). Si el VIH muta para eliminar partes de sí mismo que eran reconocidas por los LTC, éstos no pueden cumplir su objetivo de eliminar el virus, porque ya no lo detectan.

Durante bastante tiempo se ha especulado sobre si cada mutación de escape frente a la acción del sistema inmunológico le suponía al VIH una pérdida de *fitness*, esto es que de alguna manera se debilitara y perdiera vigor, capacidad replicativa. Como si pagara un peaje por el hecho de mutar.

En Toronto pudo escucharse que puede haber descenso o aumento de la vigorosidad del virus dependiendo de si hablamos del principio de la infección o de fases más avanzadas. En efecto, si bien existe evidencia de que las mutaciones de escape frente a los LTC en el gen *gag* del VIH reducen la vigorosidad de éste, esto ocurre sólo en un estadio muy tardío de la infección (cuando está muy extendida). Por el contrario las mutaciones de escape en el gen de la envoltura del VIH emergen en un estadio precoz y resultan en una vigorosidad significativa: las mutaciones de escape en ese momento permiten al VIH reproducirse mejor.

También se habló de cómo el VIH se defiende ante la acción del sistema inmunitario. El *Vpr* es un gen auxiliar (no forma parte de la estructura básica) del VIH que éste utiliza para ayudarse durante la reproducción en linfocitos T o en macrófagos. Las investigaciones mostraron que *Vpr* induce el suicidio celular (apoptosis) en células T

y en neuronas, lo que en el caso de las primeras supone una molestia menos para el VIH.

Además, el VIH utiliza otro mecanismo bastante sofisticado para repeler otra defensa, el ARN interferente (ARNi). El ARNi es un mecanismo que la célula utiliza para impedir la reproducción del VIH –y de otros virus- en su interior: es una cadena de ARN propia de la célula que se coloca ("interfiere") en medio de la copia del ARN viral justo en el momento en el que la copia está siendo creada a partir del original. Al parecer, el VIH utiliza ARN viral de señuelo como reclamo y consigue que el ARNi se equivoque y se le una, evitando por ende que éste se pegue al ARN auténtico y que éste siga adelante tranquilamente con su replicación.

Para acabar con la descripción del múltiple impacto del VIH sobre el sistema inmunológico, en la Conferencia pudo entenderse que el virus no sólo actúa sobre las células que lo reconocen especialmente (como los linfocitos), sino también sobre el conjunto de células del sistema. Por ejemplo, un estudio mostró que si se exponen a infección las células T más importantes, sólo queda infectado menos del 1% de éstas, pero que si se observa el patrón de expresión genética en el laboratorio, se puede comprobar que todas las células han experimentado algún cambio, por lo que en realidad lo que queda alterado es todo el sistema inmunitario.

El conocimiento del largo, prolijo y complejo proceso de interacción del VIH y el sistema inmunológico puede resultar por un lado deprimente, porque hace visible cómo el virus supera cada una de las barreras que le salen al paso, pero por otro es esperanzador, porque identifica nuevas dianas terapéuticas hacia las que dirigir fármacos innovadores y esclarece paulatinamente el contexto en el que podría probarse la eficacia de la vacuna.

# Pocas novedades, NUEVOS ENFOQUES

**L**OS DATOS MUNDIALES PRESENTADOS en la XVI Conferencia Internacional del SIDA muestran que el éxito del tratamiento antirretroviral no entiende de razas o de continentes: los medicamentos para el VIH se muestran eficaces en adult@s y en niñ@s tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Sin embargo, el éxito de la terapia antirretroviral depende también de otros factores estructurales problemáticos que de no solucionarse harán cada vez más insalvable la brecha entre países pobres y ricos. A la espera de nuevos medicamentos más potentes y menos tóxicos, l@s investigadores presentaron en Toronto nuevos enfoques que permiten optimizar el uso de los fármacos antirretrovirales actualmente disponibles. Todo ello fue ofrecido en el itinerario o *track B* dedicado a la investigación clínica, el tratamiento y la asistencia.

A finales de junio de 2006, 1,65 millones de personas estaban recibiendo tratamiento antirretroviral en todo el mundo, lo que significa que el número de personas africanas que reciben tratamiento desde 2003 se ha multiplicado por diez. Una cifra insuficiente si tenemos en cuenta que todavía está sin cubrir el 70% de las necesidades de tratamiento en este continente.

Muchas personas con VIH en el sur de África viven en una situación generalizada de hambruna y pobreza que podría comprometer la eficacia del tratamiento. Un estudio llevado a cabo en Zambia ha hallado que las personas con VIH que recibieron un suplemento alimenticio de trigo y soja enriquecido con micronutrientes ganaron más peso y tuvieron una adhesión a su tratamiento mejor que los pacientes que no lo tomaron. Los investigadores hallaron que el suplemento alimenticio no incrementó el recuento de células CD4, por lo que se necesitan más estudios para determinar la utilidad de los suplementos alimenticios en personas que toman terapia anti-VIH.

## Inicio del tratamiento y adhesión

Según datos presentados en esta conferencia el recuento basal de linfocitos CD4 (el número de células T CD4 de un sujeto al comienzo de una terapia) continúa siendo, independientemente del entorno geográfico, un factor pronóstico constante y fiable de la aparición de acontecimientos asociados al SIDA y de mortalidad tras el inicio de la terapia antirretroviral. Estudios llevados a cabo en cohortes procedentes tanto de países desarrollados como en desarrollo inclinan la balanza hacia el inicio más temprano de los regímenes antirretrovirales.

Uno de los retos más importantes a la hora de iniciar el tratamiento es conseguir una adhesión sostenida a la pauta prescrita. Sobre este punto, en un estudio presentado en Toronto, se mostró que la adhesión al tratamiento era mayor en los programas africanos (77%) que en los norteamericanos (55%). Aunque todavía está por



ver si esas tasas son constantes con el paso del tiempo, lo que parece evidente es que la extensión de la terapia antirretroviral a gran escala es factible y que la participación de los grupos comunitarios es un elemento clave para mantener esa adhesión y por consiguiente para el éxito de la terapia en contextos menos favorecidos.

Para conseguir una adhesión mantenida se requiere además que los regímenes sean más fáciles de tomar. Conseguir la simplificación de los tratamientos pasaría por reducir el número de pastillas y el número de dosis, y disponer de nuevos fármacos más potentes y mejor tolerados. Hasta que podamos llegar a tal situación ideal, se necesitan nuevas estrategias de optimización de las pautas de tratamiento actuales. En la Conferencia, se presentaron datos del ensayo CPCRA 058 que mostró que el uso de tres clases de fármacos anti-VIH no se relacionó con resultados tanto clínicos como inmunológicos mejores que el uso de dos clases de fármacos únicamente.

## Nuevos enfoques: Kaletra® en monoterapia

En Toronto se presentaron varios estudios que examinaron este enfoque de tratamiento desde diferentes ángulos. El estudio Monark evaluó lopinavir/ritonavir (LPV/r, Kaletra®) en monoterapia como tratamiento de inicio para personas que nunca antes habían tomado tratamiento. Si bien el estudio confirma en general la utilidad de iniciar tratamiento con LPV/r en cuanto a eficacia virológica, a las 48 semanas significativamente menos personas en el grupo en monoterapia que en el grupo en triterapia (LPV/r, AZT y 3TC) consiguieron cargas virales por debajo de 50 copias/ml (84% frente a 98%). En el grupo en monoterapia se dieron más episodios de viremia de nivel bajo (entre 50 y 400 copias/ml).

Dos estudios evaluaron una estrategia basada en el mantenimiento con LPV/r en monoterapia en personas que hubiesen alcanzado primero la supresión viral con un régimen de múltiples fármacos. En el estudio M03-613, los participantes fueron distribuidos aleatoriamente a recibir o bien LPV/r o bien efavirenz, ambos junto con AZT/3TC. Una vez habían alcanzado la supresión viral con éxito, las personas en el brazo de LPV/r se mantenían tomando monoterapia. A las 96 semanas, un 50% del grupo en monoterapia y un 61% del grupo en triterapia habían conseguido la supresión viral sostenida (carga viral por debajo de 50 copias/ml), una diferencia que no fue significativa. La mayor parte de las elevaciones de la carga viral que se contabilizaron como fracasos con la monoterapia con LPV/r fueron de nivel bajo y transitorios. En otro estudio, personas con supresión virológica duradera fueron distribuidas de forma aleatoria a continuar un régimen estándar de tres fármacos basado en LPV/r o a recibir LPV/r en monoterapia. Después de 48 semanas, porcentajes similares en ambos grupos tuvieron cargas virales por debajo de 50 copias/mL. De las seis personas del grupo en monoterapia en las que se dio fracaso virológico, dos desarrollaron resistencia a los inhibidores de la proteasa y cuatro tuvieron resupresión virológica exitosa con el uso de nucleósidos.

El estudio KalMo por su parte mostró que cambiar a LPV/r en monoterapia era eficaz, seguro y bien tolerado en personas con supresión virológica. Un grupo de 60 personas se distribuyó de forma aleatoria a o bien pasar de una triterapia a LPV/r en monoterapia o mantener un régimen TARGA de tres fármacos. A las 48

semanas, un 86,7% en el grupo de monoterapia y un 83,3% en el grupo de triterapia habían alcanzado una carga viral por debajo de las 80 copias/mL.

En conclusión, se puede decir que, según los datos presentados en Toronto, LPV/r en monoterapia parece mostrarse inferior a los regímenes estándar de tres fármacos tanto para la inducción como probablemente también para el mantenimiento. Además, planea la duda del desarrollo de resistencia cuando se utiliza LPV/r sólo, posibilidad mucho más difícil de que se produzca cuando LPV/r se utiliza en combinación. Por otro lado, queda por dilucidar si adoptar este enfoque de tratamiento permitirá limitar las toxicidades y reducir los costes.

## Nuevos fármacos

De los nuevos fármacos en investigación se ofrecieron datos muy prometedores del inhibidor de la integrasa de Merck, **MK-0518**. Se trata del primer inhibidor de la integrasa, una partícula que el VIH utiliza para acoplar o integrar el ADN del propio virus en el ADN de la célula que ha infectado. Esta nueva familia de medicamentos bloquea la acción de la integrasa, impidiendo así que el ADN celular sea modificado para producir nuevas partículas del VIH.

El compuesto de Merck tiene una dosificación oral de dos veces al día y no requiere potenciación con ritonavir. Se presentaron datos a 24 semanas de un ensayo de Fase IIb de no inferioridad que comparó dosis diferentes de MK-0518 (100mg, 200mg, 400mg y 600mg dos veces al día) con el no análogo efavirenz en pacientes que no habían tomado antes tratamiento antirretroviral. Durante los 10 primeros días, los cuatro grupos (de ocho personas cada uno) recibieron las dosis de MK-0518 en monoterapia dos veces al día lo que llevó a descensos medios de la carga viral que oscilaron entre -1,7 a -2,2log<sub>10</sub>. A continuación, 30 personas más fueron inscritas en cada uno de los brazos, que recibieron tenofovir y 3TC más la dosis específica de MK-0518. Un grupo control recibió tenofovir/3TC más efavirenz. La mayoría de los pacientes eran hombres y no-blancos. Los recuentos basales medios de CD4 oscilaron de 271 células/mm<sup>3</sup> a 338 células/mm<sup>3</sup>, y cargas virales de 4,6 a 4,8 log<sub>10</sub> copias/mL.

A las 24 semanas, las tasas de respuesta fueron similares en todos los brazos de MK-0518, y entre MK-0518 y efavirenz. Significativamente más personas que tomaron MK-0518 que las que tomaron efavirenz consiguieron cargas virales por debajo de las 50 copias/mL a las semanas 4 y 8, lo que indica que la supresión viral fue más rápida con el uso del inhibidor de la integrasa. Los aumentos en el recuento de células CD4 fueron similares en todos los brazos de tratamiento. MK-0518 fue muy bien tolerado en todas las dosis, siendo la náusea el efecto secundario más común (11% de los participantes frente a 13% de los participantes en el brazo de efavirenz). Las anomalías de laboratorio de grado 3/4 fueron poco frecuentes: una persona en el brazo de 600mg de MK-0518 tuvo que salir del estudio como consecuencia de las elevaciones de las enzimas hepáticas.

Los datos que está proporcionando la investigación de este fármaco lo convierten en un candidato muy prometedor. Actualmente, Merck está poniendo en marcha el programa de acceso expandido a MK-0518.

También se presentaron en Toronto datos de fármacos recién comercializados (al menos en una parte del mundo), y entre ellos, los



de seguridad y eficacia a 48 semanas de TMC114 (darunavir, Prezista®). Los estudios Power 1 y 2 muestran una eficacia virológica e inmunológica superiores de este inhibidor de la proteasa (IP) en pacientes pretratados en comparación con el grupo control. La dosis de 600/100mg dos veces al día es la que mejores resultados ha proporcionado. En términos virológicos, la tasa de personas que alcanzaron una reducción de la carga viral de más de 1log fue de un 61% en el brazo de TMC114 y de un 15% en el brazo control (un 46% tuvo <math><50</math> copias/ml de ARN de VIH frente a un 10% en el grupo control). En términos inmunológicos, el aumento medio de CD4 fue de 102 células/mm<sup>3</sup> en el brazo de TMC114 y de 19 células/mm<sup>3</sup> en el grupo control. Los efectos secundarios más comunes en el brazo de TMC114 frente al grupo control son: diarrea (20% frente a 28%), náuseas (18% frente a 13%), cefalea (15% frente a 20%), nasofaringitis (resfriado, 14% frente a 11%) y astenia (12% frente a 17%). La tasa global de interrupciones del estudio por efectos secundarios fue de un 7% en el brazo de TMC114 y un 5% en el grupo control. Se espera que el fármaco se apruebe en Europa en enero de 2007.

## Interrupciones de tratamiento

En la pasada 13 Conferencia sobre Retrovirus y Enfermedades Oportunistas, que se celebró en Denver (EE UU) en febrero pasado, se informó de la paralización del estudio SMART, un ensayo que había sido diseñado para evaluar un enfoque de interrupción de tratamiento guiada por el recuento de CD4. El motivo de la interrupción prematura del estudio fue el riesgo significativamente mayor de desarrollar infecciones oportunistas y morir en aquellas personas que interrumpieron la terapia. La noticia fue un varapalo tanto para médicos e investigadores que confiaban en esta estrategia de tratamiento como para muchas personas con VIH a las que les gustaría descansar del tratamiento de forma segura al menos por un tiempo.

Un análisis de seguimiento presentado en Toronto intentó determinar por qué los pacientes en el brazo de interrupción, los cuales reiniciaron la terapia cuando su recuento de CD4 cayó por debajo de 250 células/mm<sup>3</sup> y permanecieron muy poco tiempo por debajo de 200 células/mm<sup>3</sup>, tuvieron peor resultado.

Un análisis actualizado evaluó los recuentos de CD4 y carga viral y halló que, en gran parte, esto explicaría las diferencias existentes entre los dos brazos. El recuento de CD4 y las mediciones de carga viral tuvieron un impacto similar general sobre este ajuste, y el porcentaje de CD4 tuvo un impacto similar al del recuento de CD4. Además, combinar recuento de CD4 y carga viral fue mejor factor pronóstico del riesgo que cualquiera de los marcadores por separado, lo que demuestra que el riesgo de enfermedades oportunista y muerte se refleja tanto en recuentos de CD4 más bajos como en cargas virales más elevadas.

Sin embargo, se debe observar que el recuento de CD4 y la carga viral no explican todo el incremento del riesgo y que probablemente existan –aunque todavía no han sido identificados– otros factores que pueden desempeñar también algún papel en el incremento del riesgo de enfermedades oportunistas o muerte al interrumpir la terapia.

Otro subanálisis revisó esta tasa de riesgo sobre una amplia gama de poblaciones y subgrupos con el fin de explorar la aplicabilidad de los hallazgos del estudio SMART. Los investigadores obser-

varon que sobre una variedad de características demográficas basales (al inicio del estudio), los hallazgos eran similares. La única característica basal que tuvo un resultado diferente fue la carga viral basal, es decir, el riesgo tras la interrupción del tratamiento fue más pronunciado en pacientes que entraron al estudio con una carga viral por debajo de 400 copias/ml, lo que sugiere que los pacientes con viremia, ya estén tomando tratamiento antirretroviral o no, tienen un riesgo similar de desarrollar acontecimientos adversos.

La conclusión que podemos sacar de todo ello es que hasta que no se disponga de datos y resultados de más estudios parece lógico sugerir que si se realiza una interrupción del tratamiento se controle muy de cerca la evolución de los CD4 (por ejemplo, cada cuatro semanas) y que se reinicie el tratamiento con recuentos de CD4 más altos (en torno a los 350 células/mm<sup>3</sup>) que el umbral que se utilizó en el estudio SMART.

## VIH y Tuberculosis

Otro punto destacado en la conferencia fue la coinfección entre el VIH y la tuberculosis (TB). En muchas zonas de África, la tuberculosis es una de las causas de muerte más frecuente y en algunos contextos, la principal entre personas con VIH. El uso de TARGA disminuye las tasas de tuberculosis por lo que suministrar TARGA junto con profilaxis sería una buena estrategia para reducir su incidencia. Ahora bien, la incidencia de TB podría aumentar incluso después de haberse iniciado la terapia para el VIH. Los estudios que se han llevado a cabo en Uganda y Senegal han mostrado que la incidencia de la infección aumentó durante los primeros meses de terapia anti-VIH. En un estudio de Uganda la incidencia de la TB fue aproximadamente 8 por 100 paciente/años durante los seis primeros meses de tratamiento para el VIH. En otro estudio llevado a cabo en Senegal, la incidencia de la infección fue de 6,4 casos por 100 paciente/años durante el primer año de tratamiento para el VIH, antes de disminuir espectacularmente a 1,4 casos por 100 paciente/años el tercer año de tratamiento. Los investigadores especulan con la posibilidad de que el síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria podría haber contribuido a los aumentos precoces de TB observados.

## Asistencia

Entre las presentaciones dedicadas a la asistencia, uno de los temas más repetido fue la falta de personal de enfermería en ciertas regiones del mundo con una alta prevalencia de la enfermedad. Si queremos lograr el acceso universal a la atención sanitaria, será necesario mantener y fortalecer al personal de enfermería y a otros profesionales sanitarios. Por ejemplo, en África subsahariana se necesitan más de 600.000 enfermeras que puedan ofrecer atención sanitaria para el VIH, así como también otros servicios. Las estrategias que se están llevando a cabo en África para reforzar el trabajo de enfermería van desde los programas de voluntarios con formación sanitaria, es decir, personal sanitario retirado o desempleado, a cambios en las funciones del personal de enfermería, que pasan a encargarse de ciertas labores tradicionalmente realizadas por los médicos y para tal fin transfieren tareas administrativas y burocráticas a trabajadores no profesionales.

# SUPERAR ABC<sup>el</sup>

# E

El VIH continúa propagándose de forma implacable. Las cifras son alarmantes: ONUSIDA calcula que aproximadamente 38,6 millones de personas viven con VIH, la mayoría de ellas en África subsahariana. Sólo en 2005 se produjeron 4,1 millones de nuevas infecciones por VIH y fallecieron 2,8 millones de personas como consecuencia del SIDA. La infección afecta de forma desigual a las distintas regiones del mundo y dentro de ellas, el modo en que el VIH incide en la población también es diverso. Es por ello que parece más acertado hablar de 'epidemias de VIH' en lugar de hablar de una única epidemia. Analizar las diferentes situaciones de vulnerabilidad que ponen a las personas en riesgo de contraer el VIH es un paso fundamental a la hora de implementar intervenciones de prevención realistas y efectivas. De éstas y otras cuestiones se habló en el itinerario o *track C* que cubre las áreas de epidemiología, prevención e investigación sobre prevención.



La vía principal de transmisión del VIH continúa siendo la sexual, pero los datos muestran que en Europa del Este y algunas zonas de Asia el principal mecanismo de transmisión es actualmente el uso de drogas inyectables. En Europa y Norteamérica la vía principal de transmisión es sexual, sobre todo entre hombres que practican sexo con hombres. En la India o en Suráfrica, el VIH se transmite principalmente a través de las relaciones heterosexuales. En este país africano, la epidemia afecta de forma desproporcionada a mujeres y niñas; entre las mujeres embarazadas la prevalencia del VIH supera el 40%.

Los datos epidemiológicos presentados en Toronto muestran un tímido halo de esperanza cuando menos para un número reducido de países que están observando un descenso en sus prevalencias del

VIH habitualmente altas, entre los cuales se cuentan Kenia, Zimbabue, Haití, Burkina Faso y varios estados de la India. En otros países, como Uganda, que se había convertido en el símbolo mundial de la lucha contra el SIDA logrando reducir espectacularmente sus tasas de infección por VIH, están aumentando de nuevo los índices de prevalencia de esta enfermedad. El caso de Uganda nos recuerda que no podemos bajar la guardia en la respuesta al VIH/SIDA.

Existe toda una serie de factores estructurales de índole cultural, política, social y económica que contribuyen a la expansión del VIH. Para detener, o al menos ralentizar, la propagación de la epidemia será necesario hacer visible y buscar soluciones para la violación de los derechos humanos, el estigma y la discriminación, la pobreza, las desigualdades de género, poder y raza, y cualquier otro condicionante que ponga a los individuos en una situación de riesgo de contraer el VIH. Los esfuerzos para responder de forma efectiva a la infección por VIH deberán tener en cuenta también estos factores estructurales.

Durante la Conferencia, se dio a conocer el estado de la investigación de nuevas herramientas para la prevención del VIH, entre

ellas los ensayos de eficacia sobre la circuncisión masculina, nuevos métodos barrera para las mujeres (diafragma), profilaxis pre- y post-exposición, microbicidas vaginales y terapia supresora para la infección por el virus del herpes simple tipo 2. La conferencia de Toronto se recordará por el impulso que se dio a la investigación de los microbicidas en todos sus aspectos: desde el reconocimiento mediático en el mundo entero a través del discurso de los archiconocidos Bill y Melinda Gates hasta el anuncio de datos muy prometedores de los ensayos de microbicidas en curso.

Los resultados de los ensayos de todos estos variados enfoques preventivos se darán a conocer en los próximos años; no obstante, su realización no está exenta de retos, como por ejemplo la aceptabilidad de las nuevas estrategias, la adhesión de los participantes, las tasas de incidencia del VIH durante el ensayo, la desinhibición del comportamiento, las cuestiones éticas, como por ejemplo garantizar el tratamiento antirretroviral en caso de que un/a participante se infecte durante el transcurso del ensayo, y por último, los costes.

Todos estos nuevos enfoques, una vez que los ensayos clínicos muestren su seguridad y eficacia, vendrán a sumarse, y no sustituir,

a las herramientas preventivas de eficacia probada existentes, como es el uso del preservativo. A la espera de que la investigación de la vacuna ofrezca pronto una candidata que sea segura y eficaz, estas nuevas herramientas para la prevención permitirán superar las limitaciones de uno de los paradigmas de prevención denominado ABC (siglas en inglés de abstinencia, fidelidad y condones) que, pese haberse demostrado su escasa o nula utilidad en determinados contextos, es el defendido, entre otros, por la administración Bush. En Toronto se propuso pasar de un paradigma ABC a otro basado en el ABCCDEFGHI, siendo A abstinencia; B fidelidad (del inglés *Be faithful*); C condones; C consejo y pruebas diagnósticas; C circuncisión; D diafragma; E profilaxis pre- y post-Exposición; F microbicidas para uso Femenino; G control de la infección del tracto Genital; H tratamiento supresor del virus del Herpes simple tipo 2; e I inmunidad

En definitiva, dado que la epidemia sigue su curso y continúa expandiéndose, necesitamos combinar las estrategias de prevención bien conocidas con las nuevas herramientas que vaya proporcionando la investigación sobre prevención, herramientas que han de tener en cuenta los diferentes factores estructurales que subyacen en este mosaico de múltiples epidemias que es la infección por VIH.

# ¿Puede la MORALIDAD estar por encima de la MORTALIDAD?

**U**NO DE LOS LEITMOTIVS más repetido durante la Conferencia de Toronto fue que la epidemia del SIDA es la suma de muchas y variadas epidemias. Entre éstas, algunas son ocultas y afectan a las poblaciones más marginadas y excluidas, como pueden ser las personas privadas de libertad, en exclusión social o las poblaciones indígenas. El análisis de los factores que ponen a las personas en situación de riesgo de contraer la infección fue desgranado en el itinerario o *track D*, que versa sobre las ciencias sociales, económicas y del comportamiento.

En las sesiones y presentaciones de este itinerario se ha podido observar en Toronto un cambio de enfoque a la hora de tratar el VIH/SIDA por parte de las ciencias sociales, económicas y del comportamiento. Se ha pasado de hablar sobre "prácticas sexuales inseguras" a abordar las circunstancias individuales que ponen a los individuos en una situación de riesgo de contraer el VIH. Entre estas circunstancias, algunas tienen que ver con las actitudes o valores de género, la identidad sexual y de género y las percepciones individuales sobre la vulnerabilidad frente al VIH.

Otros factores de riesgo son de índole estructural y tienen que ver, por ejemplo, con la discriminación por motivos de sexo, los conflictos armados y la pobreza. Algunos de estos factores, además, interactúan entre sí y con frecuencia se observa cómo las desigualdades de género conducen a la creación de relaciones de dependencia de las mujeres hacia los hombres en las que es frecuente el uso de sexo como moneda de cambio.

En Toronto hemos sabido que incluso en contextos de recursos limitados se puede implementar el tratamiento antirretroviral (TAR) con una alta tasa de adhesión. Ahora bien, algunos estudios procedentes sobre todo de las ciencias económicas, pero también antropológicas y sociales, al tiempo que reconocen que la extensión de TAR en estos contextos es factible, señalan que existe toda una serie de problemas persistentes que dificultan tal implementación, como por ejemplo el hecho de que las personas en tratamiento vendan sus medicamentos

para poder comprar comida, o que no se puedan permitir los costes de transporte para desplazarse hasta los hospitales donde los atienden.





Y la cosa no acaba aquí. Las patentes y los derechos de la propiedad intelectual, la presión de la industria farmacéutica y los acuerdos de libre comercio son un impedimento más que añadir a la larga lista de factores que ponen el TAR fuera del alcance de la mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA en las regiones del mundo que más lo necesitan. Un buen ejemplo de ello es la defensa acérrima que hace EE UU de la ley de propiedad intelectual sobre las patentes de los medicamentos, que limita el acceso a fármacos antirretrovirales genéricos. En las ayudas que otorga este país a países de bajos recur-

sos con una alta prevalencia de VIH a través del PEPFAR (siglas en inglés de Plan de Emergencia del Presidente para Paliar el SIDA), una de las cláusulas que se exige a los países receptores de ayuda es que sólo compren medicamentos de marca o genéricos aprobados por la FDA (siglas en inglés de Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EE UU). Otro de los requisitos es que, en el campo de la prevención, las intervenciones que implementen los países receptores de la ayuda PEPFAR se basen en el enfoque preventivo ABC (abstinencia, fidelidad y condones). Un ponente keniano formulaba la siguiente cuestión al plenario durante su intervención: «¿Puede la moralidad estar por encima de la mortalidad?».

En cuanto a los estudios sociales y del comportamiento, en Toronto se puso de manifiesto que todavía existen lagunas de conocimiento, por ejemplo, en todo lo que tiene que ver con la cultura sexual en términos de significados, intenciones y formación de parejas. Asimismo, los contextos de las culturas sexuales en términos de asunción y evitación del riesgo siguen, en gran medida, inexplorados.

La investigación futura en el campo del VIH/SIDA deberá cimentarse sobre la base de una serie de preguntas correctas: ¿cuáles son los orígenes de la homofobia y de otras formas de discriminación que amplifican el riesgo de contraer el VIH? ¿Qué formas de fundamentalismo cultural y religioso suponen una amenaza para los avances en el campo de la prevención y la asistencia? ¿Cómo abordar la demanda de fármacos de primera y de segunda línea dadas las limitaciones de la economía política? y, ¿cuál es el marco que se está utilizando en los planes de investigación?

A la luz de los datos, deberíamos ser capaces de repensar la agenda del VIH/SIDA siendo más proactivos y teniendo en consideración cuestiones elementales de igualdad y justicia social. Para ello, la colaboración de la sociedad civil, es decir de las personas que viven infectadas o afectadas por el VIH, será fundamental a la hora de elaborar planes de investigación que tengan en cuenta la experiencia vivida por la gente.

# ¡Son los derechos humanos, estúpid@s!

**P**olíticas. De eso va el *track* o itinerario E de la Conferencia Internacional del SIDA. En inglés *policy*, un término elástico referido a la ideación e implementación de decisiones que afectan a los individuos, en pequeña o en gran escala. En Toronto las intervenciones fueron casi unánimes al defender un enfoque de derechos humanos para que los esfuerzos de todo tipo destinados a detener la epidemia del VIH/SIDA puedan tener algún éxito.

Una leyenda contemporánea atribuye al equipo electoral del ex presidente de EE UU Bill Clinton la creación de la frase «¡Es la economía, estúpid@!», base de la estrategia con la que se supone que ganó sus primeras elecciones, allá en 1992, frente a un George Bush padre empeñado en la defensa de los valores conservadores tradicio-

nales mientras los estadounidenses lidiaban con una prolongada recesión que les impedía llegar a fin de mes sin cargarse de deudas.

La fórmula ha creado escuela, y sigue siendo apropiada aquí, pese a lo manida. Porque mires por donde mires en relación con el VIH y su impacto económico, social y político vuelves una y otra vez



recursos educativos, propietarios y hereditarios en tantas partes de África y el mundo.

Los DDHH son de las personas, más allá de cómo se construyen sus identidades. Así, los hombres que practican sexo con otros hombres ven sus problemas atendidos y sus necesidades cubiertas. Los DDHH incluyen a todas y todos al mismo nivel en los procesos de representación y de toma de decisiones sin dejar fuera a nadie, ni a las personas transgénero.

Los DDHH siguen siendo la base del *counselling* y la prueba del VIH, lo que nos permite recordar la importancia del consentimiento informado, de la confidencialidad y del respeto a la autonomía personal.

Los DDHH refuerzan las medidas de prevención, asegurando el acceso a preservativos, a formas de inyección seguras y que los niños nazcan sin VIH. Los DDHH establecen que es derecho básico de un recién nacido que su madre siga con vida y con buena salud.

Es el desprecio a los DDHH lo que sustenta los acuerdos comerciales y de propiedad intelectual que obstaculizan el acceso a tratamientos para el VIH, las enfermedades oportunistas y otras relacionadas con la pobreza. Es la arrogancia frente a los DDHH lo que presiona a un gobierno del Sur a primar la legislación de protección de patentes y el libre mercado por encima de la implantación y desarrollo de sistemas nacionales de salud.

Es la falta de compromiso y liderazgo en DDHH lo que sigue expandiendo el estigma y la discriminación, creando desigualdad, y excluyendo a millones de seres humanos de la sociedad global.

Los DDHH no pueden ser sólo retórica, porque su consecución implica voluntad política y asignación de recursos. En Toronto, quedó claro no sólo que los compromisos de financiación por parte de los países enriquecidos no se cumplen, sino que incluso se niega la información para rastrear las cantidades reales y el uso que se hace de ellas, en un claro abuso de los DDHH. También es un abuso de los DDHH que las ayudas que pueden salvar vidas se condicionen a criterios ideológicos, estrategias geopolíticas o intereses morales y religiosos fundamentalistas.

En Toronto aprendimos que sin derechos humanos no será posible acabar con el VIH/SIDA.

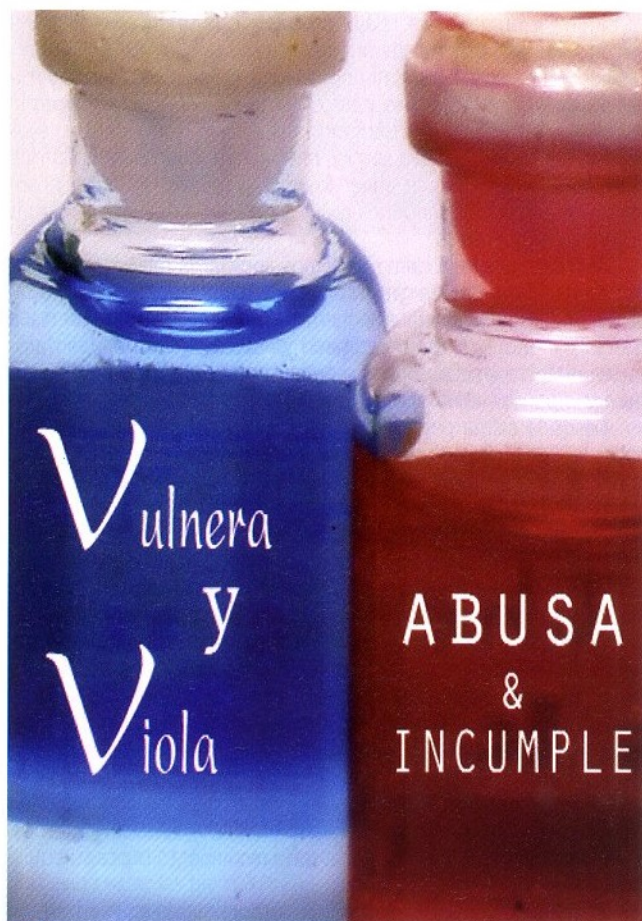
a la raíz del problema: la falta de respeto y la reiterada vulneración de los derechos humanos (DDHH) en cada rincón del planeta. El derecho a la salud, a la vida, y a la libre determinación de la personalidad; el derecho a la vivienda, al trabajo y a la movilidad territorial; el derecho a la libre expresión, a reunirse y a manifestarse públicamente; el derecho a formar una familia, a ser tratado con respeto, y a unas condiciones de existencia dignas; el derecho a participar en los procesos políticos, en las tomas de decisiones que afectan al individuo, y al control de la acción gubernamental; todos y cada uno de esos derechos son conculcados.

La vulneración de los derechos humanos es terreno abonado para la expansión del VIH y el VIH es detonante o excusa para la violación de derechos. Como se dijo hasta la extenuación en Toronto: los derechos humanos son la centralidad del abordaje del VIH/SIDA, y eso vale para el ámbito local, el nacional y el internacional.

Sin derechos humanos, no habrá acceso universal a los tratamientos. Sin DDHH, los enfoques de salud pública no tienen sentido social. Sin DDHH, se criminaliza a las personas que viven con VIH y a quienes están en situación de mayor riesgo de adquirirlo como focos infecciosos y se les culpa de la expansión de la pandemia. Sin DDHH, seguimos siendo el problema y nos impiden ser parte de la solución.

En la Conferencia Internacional, las intervenciones denunciaron que los políticos y la sociedad olvidan con frecuencia que quienes utilizan drogas también tienen derechos humanos. Cuando los gobiernos de países como Rusia prohíben las sustancias necesarias para los programas de sustitución (metadona o buprenorfina), o como EE UU niegan fondos federales para los programas de intercambio de jeringuillas, o como Canadá rechazan las salas de venopunción, están vulnerando DDHH.

Gracias a los DDHH, grupos surafricanos pudieron ganar en los tribunales el derecho de los presos de Westville a tener acceso a tratamiento. Gracias a los DDHH, puede alegarse el derecho de las mujeres a establecer las condiciones de sus relaciones sexuales sin miedo a ser agredidas, su derecho a un acceso equitativo a los



# RELAJATE, CUÍDATE, QUIÉRETE



UN FILÓSOFO ALEMÁN LLAMADO SHOPENHAUER describió la vida como un péndulo que oscila entre el dolor y el aburrimiento. La alternancia repetitiva entre la tensión y la monotonía puede llevarnos a vivir en un estado de “conciencia inferior”. Fácilmente dejamos de diferenciar entre lo que ocurre fuera y lo que acontece de piel para adentro y respondemos a esos estímulos externos de una forma automática, vacía de dirección e intencionalidad humanas.

Cuando estamos tensos, apenas percibimos la realidad de forma fragmentada y cometemos errores por falta de perspectiva. En la calma, las ideas vienen a la mente y fluyen; también percibimos con claridad nuestro cuerpo, nos distinguimos del entorno y las sensaciones, las emociones y los pensamientos aparecen enteros, nítidos como lo son los paisajes bajo la luz del otoño.

En los estados de estrés, nuestra percepción se vuelve tendenciosa. No podemos olvidar que cuando estamos tensos nuestro SNC (sistema nervioso central) se muestra especialmente disponible a percibir todo aquello relacionado con la tensión. Y a la inversa, si dentro de nosotros hay calma también la hay en nuestro entorno.

Existen muchos y variados caminos para encontrar la calma. El trabajo en relajación es uno de los caminos a través del cual podemos alcanzar un mayor estado de bienestar. Un estado perfectamente natural y humano. La relajación implica volver la mirada hacia adentro con el fin de recuperar nuestro centro, nuestro equilibrio.

Todos hemos experimentado un estado de plenitud mental y física alguna vez, aunque nos parece no tener demasiado “control” sobre ello, viene y va y no sabemos a qué leyes responde. Las leyes que rigen en la naturaleza son las mismas que rigen para nosotros. La relajación nos permite afinar los filtros que existen entre nosotros y la realidad, abriéndonos a una experiencia más amplia y más auténtica, si queremos.

Así pues, desde la calma podemos apreciar la relación existente entre todas las cosas. La gravitación de una galaxia afecta a la otra, la de una estrella afecta a la tierra y la de la luna nos afecta a nosotros. Todo está interrelacionado y nuestro ánimo también produce un efecto en el entorno. La práctica de la relajación puede ayudarnos a percibir el mundo en relación con el que vivimos.

Desde la calma percibimos también la similitud existente entre todas las cosas. Existen semejanzas entre el delta de un gran río, las conexiones neuronales y los nervios de una hoja o entre el riego de los campos y la circulación de la sangre. Así también, las leyes de la naturaleza no son distintas entre lo mayor y lo más pequeño; una montaña y una piedra se parecen en su esencia. La calma en el interior y la calma en el exterior se parecen y necesitan de condiciones similares.

El trabajo por la calma, nos permite apreciar el tránsito permanente que significa existir. Somos cambio y como ocurre con el cosmos que parece regirse por un pulso, una sístole y diástole también laten en nosotros, en un devenir constante.

Cuando apreciamos el permanente fluir que es la existencia, nos damos cuenta de que la inmovilidad no existe, nada permanece inmóvil; esto no ocurre ni en el cosmos ni en nosotros. La relajación nos permite modificar el nivel de movimiento y vibración internos. Aunque nada permanece estático, todo movimiento busca su equilibrio.

El trabajo en relajación se traduce corporalmente en la distensión

de los músculos. Sin embargo, la relajación nada tiene que ver con la inmovilidad. Durante la relajación nuestro cuerpo se encuentra en reposo, en un estado general de hipoactivación, pero algunos centros de nuestro SNC se mantienen especialmente activos y se agudiza nuestra capacidad de autopercepción. La relajación es un ejercicio proactivo, pues resulta una reconcentración de la energía que nos orientará de forma eficaz hacia nuestras metas.

Existir es sentir. Solemos creer que el pensamiento es la más alta expresión de la vida. Nuestro pensamiento rige nuestras acciones integrado en un todo que somos nosotros, en concordancia entre el percibir, el sentir y el pensar. La relajación nos hace más sensibles a nuestro “ser entero”.

Cuando nos percibimos más conscientes y “enteros”, nos resulta más fácil mostrarnos flexibles. Para aceptarnos, necesitamos rehusar las posturas rígidas y antitéticas de todo o nada, bueno o malo.

El caos está presente en el mundo. La aceptación del caos nos libera del sufrimiento seguro que supone la búsqueda continua de seguridad. La práctica de la relajación nos permite explorar el caos y cohabitar con él sin sufrimiento. Entonces aparece un cierto orden y el caos desaparece para regresar de nuevo.

«Cada uno de nosotros lleva dentro un Dios.»

SÉNECA, *Epístolas Morales a Lucilio*.

La relajación puede aportar grandes beneficios a nuestra salud. Cuantiosos estudios han mostrado que la relajación produce efectos y cambios fisiológicos favorables:

- Disminución de la tensión muscular.
- Disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco.
- Aumento y mejora de la circulación sanguínea, arterial y periférica e incremento de la oxigenación celular.
- Disminución de la frecuencia respiratoria y aumento de la intensidad y regularidad del ritmo respiratorio.
- Disminución de la actividad simpática en general (división del sistema nervioso involucrado en las actividades relacionadas con el gasto de reservas energéticas almacenadas en el cuerpo).
- Disminución de la secreción de las hormonas adrenalina y noradrenalina.

Además de estos cambios específicos, cabe señalar otros cambios generales como la disminución del metabolismo, disminución



de los índices de colesterol y ácidos grasos en plasma, incremento del nivel de leucocitos con una mejora del sistema inmunológico, etc. Estos cambios favorables en el organismo tienen consecuencias tanto más importantes cuanto más regularmente y sistemáticamente se utilice la relajación.

La relajación también produce mejoras en las áreas cognitivas (capacidades relacionadas con la producción del pensamiento) e intelectuales:

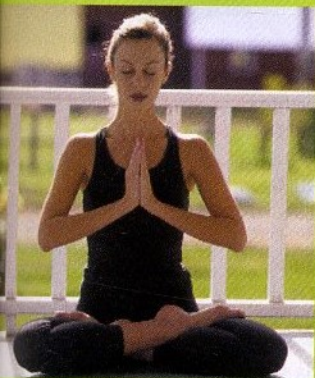
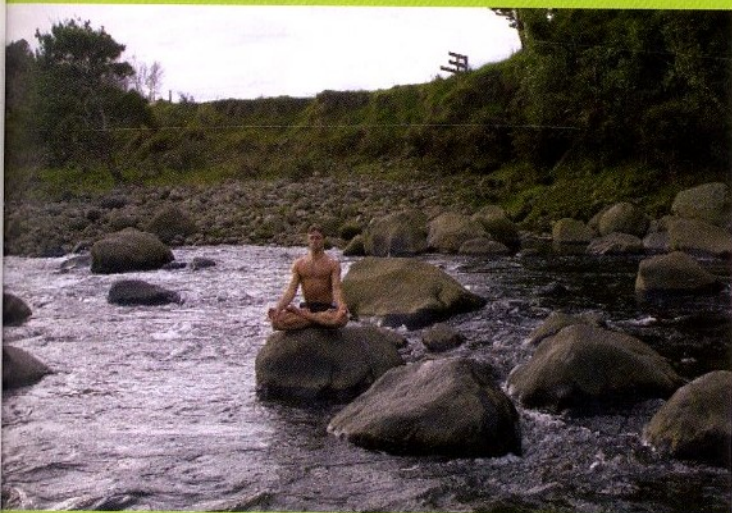
- Se aprecia un aumento de la capacidad memorística (acumular y recuperar datos).
- Mejora de la concentración y de la capacidad de aprendizaje.

Los informes subjetivos de las personas en estado de relajación señalan cambios percibidos en los niveles de tensión y ansiedad, destacándose una sensación especial de confort y tranquilidad. Éste es uno de los aspectos más rápida y fácilmente percibidos, posiblemente uno de los más apreciados de la relajación (PEVELER y JOHNSTON, 1986).

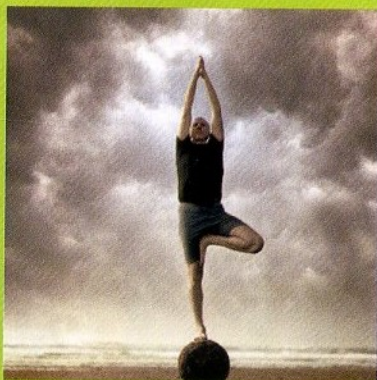
Recuerda que la calma es incompatible con el estrés.

Cuando practicamos la relajación de forma regular obtenemos un mayor nivel de vigor, vitalidad y energía. No es de extrañar que todos los efectos positivos que la relajación tiene sobre nuestro cuerpo y sobre nuestra mente, tengan un importante impacto también sobre nuestra autoestima. Cuando percibimos que podemos influir

**Si dentro de nosotr@s hay calma también la hay en nuestro entorno**



**Aumento y mejora de la circulación sanguínea, arterial y periférica e incremento de la oxigenación celular.**

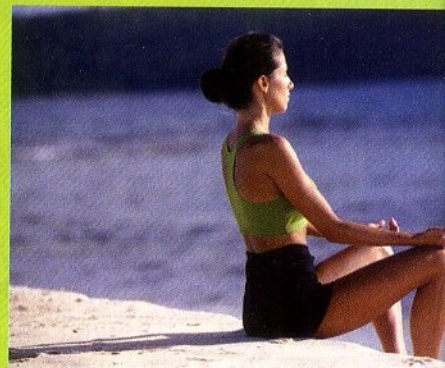


**Disminución de la secreción de las hormonas adrenalina y noradrenalina.**

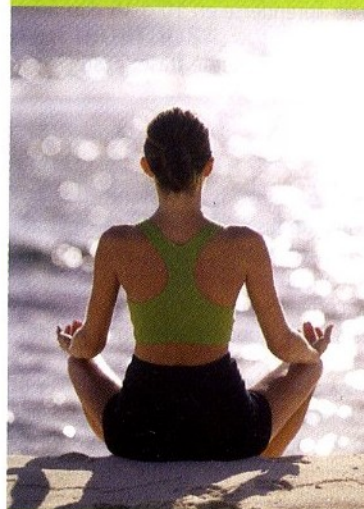
**En la calma, las ideas vienen a la mente y fluyen**



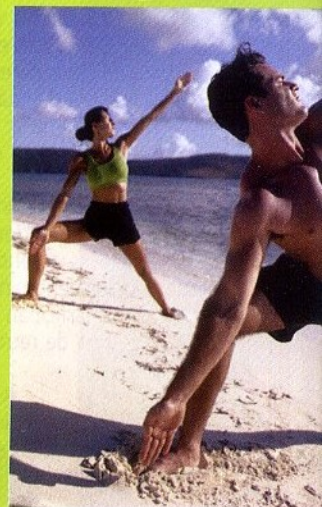
**La relajación puede aportar grandes beneficios a nuestra salud**



**Disminución de la tensión muscular**



**Disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco.**



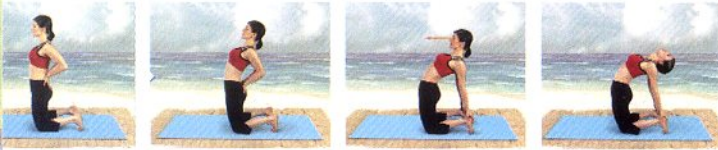
positivamente sobre nuestro cuerpo, mejoramos la valoración que hacemos de nosotr@s y de nuestras posibilidades.

A continuación, te ofrecemos una sencilla guía para la práctica de la relajación. Se trata de una de las múltiples técnicas de relajación existentes. Prueba si quieres, es fácil y no requiere ninguna condición especial. Tú marcas tu ritmo y tú decides hasta dónde quieres llegar.

Antes de empezar, unas recomendaciones:

- Busca un ambiente tranquilo donde nada ni nadie te moleste ni te distraiga.
- Procura que la temperatura sea agradable y si lo prefieres, aténúa la iluminación. Puedes poner una música suave.
- Usa una ropa cómoda y evita zapatos, gafas o cualquier prenda que te oprima.
- Colócate cómodamente, tumbada o sentada. Procura que en posición tumbada tu cabeza esté ligeramente elevada sobre un cojín y que tu cuerpo descansa sobre una superficie dura en la que tu cuerpo se apoye completamente. Los brazos a los lados o apoyándose cómodamente encima del cuerpo. Si te sientas, hazlo en un sillón cómodo que te permita apoyar la cabeza; los pies descansan sobre un apoyo o en el suelo, cómodamente y sin cruzar las piernas.
- Cierra los ojos.

# ENTRENAMIENTO AUTÓGENO (Schulz, 1972)



El Entrenamiento Autógeno (EA) es una técnica que tiene como punto de partida y referencia la hipnosis. Pero a diferencia de la hipnosis el EA pretende que sea la propia persona la que autoinduzca, según su voluntad, la "desconexión" generalizada del organismo (de forma menos profunda que en la hipnosis). Este determinado estado de conciencia facilita la aparición de las sensaciones de relajación, tranquilidad y calma.

Tal estado de desconexión se consigue por concentración interna, a través de la "entrega" interior a determinadas representaciones mentales progresivamente aprendidas.

Esta técnica se aprende de forma progresiva, del primer al sexto paso. Lo óptimo es practicar de 2 a 3 veces al día, durante tres minutos. Cada paso puede aprenderse en 10 o 15 días aproximadamente.

Sítuate cómodamente y repite la siguiente frase: «Estoy completamente tranquil@».

## Ejercicio 1: Peso

- Repite 6 veces esta frase para tus adentros (pausadamente): «Mi brazo derecho (izquierdo si eres zurd@) pesa mucho». Ayúdate de imágenes, concéntrate.
- Añade la frase: «Estoy completamente tranquil@».
- Permanece en este estado de concentración no más de 3 minutos.

Este ejercicio facilita la relajación muscular.

Es posible que después de una semana practicando este ejercicio empieces a sentir peso en otras partes de tu cuerpo. Este fenómeno se denomina generalización y significa que otros grupos musculares participan de la relajación. Vas bien.

El sistema de retroceso o salida de la relajación siempre es el mismo:

- 1.º Flexiona y extiende los brazos varias veces.
- 2.º Realiza varias respiraciones profundas.
- 3.º Abre los ojos.

## Ejercicio 2: Calor

- Repite 6 veces: «Mi brazo derecho (o izquierdo si eres zurd@) pesa mucho».
- Y una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Repite 6 veces: «Mi brazo derecho (o izquierdo si eres zurd@) está caliente».
- Permanece en este estado de concentración no más de tres minutos. Salida.

Este ejercicio facilita la relajación de los vasos sanguíneos

## Ejercicio 3: Regulación del corazón

- Repite 6 veces: «Mi brazo derecho pesa mucho».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «Mi brazo derecho está caliente».

- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «El corazón late tranquilo y fuerte».
- Permanece en este estado de concentración no más de tres minutos. Salida.

Se trata de sentir el corazón, no de disminuir su ritmo.

## Ejercicio 4: Regulación de la respiración

- Repite 6 veces: «Mi brazo derecho pesa mucho».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «Mi brazo derecho está caliente».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «El corazón late tranquilo y fuerte».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «Algo respira en mí».
- No trates de forzar la respiración, déjate llevar.
- Permanece en este estado de concentración no más de tres minutos. Salida.

## Ejercicio 5: Regulación abdominal

- Repite 6 veces: «Mi brazo derecho pesa mucho».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «Mi brazo derecho está caliente».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «El corazón late tranquilo y fuerte».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «Algo respira en mí».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «Mi abdomen irradia calor».
- Concéntrate en el plexo solar, el nudo nervioso más importante. Se encuentra entre 5 y 7 centímetros por encima del ombligo.
- Permanece en este estado de concentración no más de tres minutos. Salida.

## Ejercicio 6: Enfriamiento de la frente

- Repite seis veces: «Mi brazo derecho pesa mucho».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «Mi brazo derecho está caliente».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «El corazón late tranquilo y fuerte».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «La respiración es tranquila», «Algo respira en mí».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «Mi abdomen irradia calor».
- Una vez: «Estoy completamente tranquil@».
- Seis veces: «La frente está agradablemente fresca».

Con este ejercicio evitamos que se agolpe la sangre en la cabeza. Permanece en este estado de concentración no más de tres minutos. Salida.

## REFERENCIAS

LABRADOR, F. J.; CRUZADO, J. A., y MUÑOZ, M. (2000), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, Barcelona, Ediciones Pirámide.



# V A D E O T O Ñ O

## VA DE CUIDARSE...

Q

UEDÓ ATRÁS EL VERANO y las frugales ensaladas dan paso a platos que progresivamente incluyen los colores, las texturas y los olores de la nueva estación. El otoño sabe a tierra fresca; llegan los boniatos, las calabazas, las castañas, los hongos y las setas. Aprovechar los productos de temporada es sin duda una excelente oportunidad para cuidarnos.

### ENSALADA CON FRUTOS DE OTOÑO

Esta variación de ensalada resulta muy fresca y fácil de preparar. La mezcla de sabores y la combinación de colores hace de éste un plato estimulante. Empieza con una forma muy sana de abrir el apetito.

#### INGREDIENTES (para dos personas):

1 ensalada tipo hoja de roble • 1/5 manzana ácida • 1/5 granada • 1 lata pequeña de maíz.  
Para el aliño: aceite de oliva virgen • vinagre de manzana o de vino • tamari\* (se puede sustituir por un poco de vinagre de módena) • un poco de sal.

\*Tamari: aderezo a base de soja.

#### PREPARACIÓN

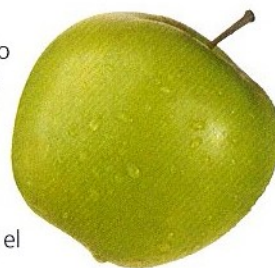


Lava la ensalada, córtala en trozos pequeños y colócala en un plato grande o en una fuente. Lava la manzana, córtala por la mitad (sin pelar), láminala bien fina y secciona los trozos en dos mitades. Desgrana media granada. Mezcla la ensalada con la manzana, el maíz (con media lata es suficiente) y la granada.



Para hacer el aliño bate el aceite con la sal, el vinagre y un poco de tamari.

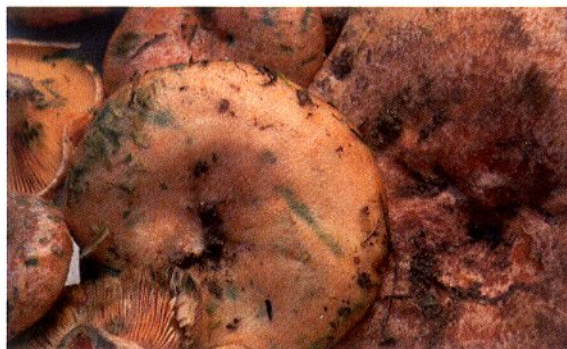
Si quieres puedes completar el plato adornándolo con unas tostadas untadas con paté de oliva.





## ARROZ CON SETAS

Está de más decir que se trata de un arroz vegetal. La misma receta se puede aplicar para cocinar otro arroz con verduras, mezclando éstas de manera idéntica a como se hará con las setas. Este arroz es muy apropiado



para esta estación, ya que es la época de las setas y además, se puede preparar con cualquier seta que encontréis en el mercado, o, mejor todavía, si las cogéis vosotr@s en el campo, siempre que sepáis distinguir las setas comestibles de las venenosas. Así tendréis la posibilidad de dar un paseo por el bosque, haréis ejercicio, que es muy sano, y disfrutaréis también con los olores y los colores de esta época del año, lo que os servirá también para relajaros y disfrutar mucho más de este plato tan sabroso y aromático. También, si no es época de setas o son muy caras, se puede hacer con champiñones y añadir unas pocas de setas deshidratadas, como el boletus o la senderuela, añadiendo al arroz el agua donde hemos hidratado previamente las setas, que es muy aromática y le dará al arroz mucho más sabor a setas.

### INGREDIENTES (para cuatro personas):

- 600g de setas, de una sola variedad o mezcladas
- 4 cebollas o chalotes
- 1 puerro
- 5 dientes de ajo
- perejil
- 2 tomates maduros
- 300g de arroz de gran calidad del tipo bomba
- 2 litros de agua
- aceite de oliva
- sal
- pimienta
- 4 hebras de azafrán tostado
- 6 ñoras

### PREPARACIÓN

- Hidratar las ñoras en agua caliente, dejándolas en remojo en un bol.
- Limpiar y, si es necesario, lavar con agua las setas y cortarlas en trozos de igual tamaño.
- Picar 4 dientes de ajo junto con un poco de perejil.



- Picar muy finos los chalotes o cebollas.
- Picar el puerro, asimismo, muy fino.
- Rallar los tomates con un rallador.
- Machacar en el mortero un diente de ajo, perejil y las hebras de azafrán tostado.



## ELABORACIÓN

- En una cazuela que contenga aceite, sofreír a fuego vivo las setas, que se irán cociendo en el agua que desprendan durante la cocción. Cuando el agua se haya consumido (unos 8 minutos después) y empiecen a sofreírse los trozos de setas con el aceite, salpimentar y añadir el ajo y el perejil picados y proseguir la cocción 1 minuto más. A continuación, retirar las setas de la cazuela y reservarlas.
- En la misma cazuela, y con el aceite colado, que estará perfumado y teñido por las setas, dorar los chalotes y el puerro picado, lo que tardará, a fuego muy lento, unos 10 minutos.
- Luego, sin alterar la potencia del fuego, añadir los tomates, salpimentar y dejar que la cocción continúe otros 5 minutos, hasta que el tomate se haya confitado.
- Agregar el arroz a la cazuela y mezclarlo con el sofrito durante 1 minuto.
- Raspando con un cuchillo separar la carne de la piel de la ñora y reservar la carne.
- Verter en la cazuela los 2 litros de agua hirviendo, añadir la sal que se desee y hacer que cueza, a fuego medio, 10 minutos.
- Añadir a la cazuela las setas que habíamos reservado, la ñora, y el ajo, el perejil y el azafrán machacado, continuar la cocción 3 minutos más y rectificar de sal. Antes de servir, dejar que repose durante 2 minutos.



## MAGDALENAS INTEGRALES DE PLÁTANO

Estas magdalenas resultan deliciosas, sanas y muy energéticas. Constituyen un buen recurso para llevar y son una fantástica forma de aprovechar los plátanos cuando estos están demasiado maduros. Necesitas un molde refractario para magdalenas, al que vas a sacar mucho partido porque estas succulentas magdalenas se preparan muy fácil y muy rápido.

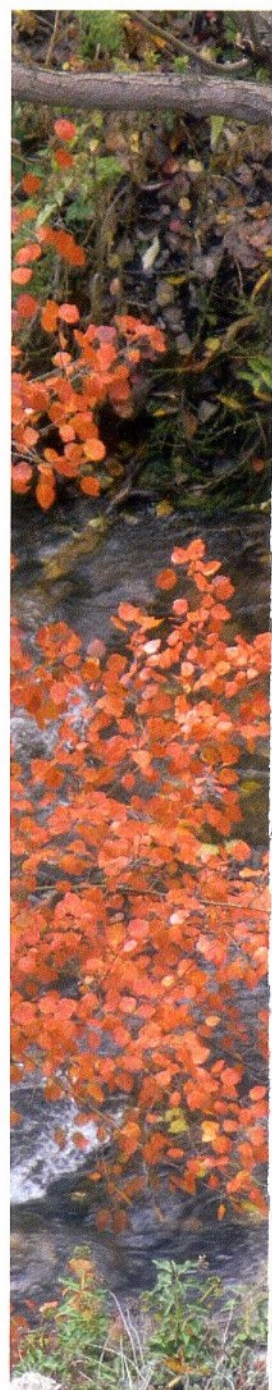
### INGREDIENTES (para doce magdalenas):

- 250g de harina integral • 125g de mantequilla (o margarina) • 160g de azúcar de caña • 2 huevos • 3 plátanos muy maduros • 100g de nueces • 1 sobre de levadura • Vainilla natural (opcional) • Sal

### PREPARACIÓN

Mezcla la mantequilla con el azúcar y una cucharadita de moca hasta obtener una pasta lisa. Añade los huevos despacio y uno a uno. Añade los plátanos previamente triturados. Añade la harina, una cucharada sopera de levadura y una cucharada de moca de sal. Remueve bien hasta obtener una pasta homogénea. Añade las nueces y remueve. Rellena el molde con la masa repartiendo por igual entre los huecos (no es necesario que los huecos estén completamente repletos).

Precalienta el horno 10 minutos a 190°. Posición bóveda y solera. Coloca el molde en el listón del medio del horno. Tiempo de cocción entre 20 y 25 minutos.



# ¡HASTA LOS HUESOS!

## (1ª PARTE)

**L**OS HUMANOS DISPONEMOS en tanto que vertebrados de una larga lista de huesos. Estos huesos nos dan forma y tamaño y nos permiten realizar las funciones básicas de la supervivencia. Durante los primeros años de vida, la estructura ósea se desarrolla hasta alcanzar su plenitud en la juventud. Entonces se estabiliza durante por lo menos una década. A partir de los cuarenta, los huesos pierden densidad y menguan progresivamente con la edad. La pérdida grave de la masa ósea es una afección conocida como osteoporosis y las personas que la padecen tienen un riesgo mayor de que sus huesos puedan fracturarse. El aumento de los problemas óseos en personas con VIH se está configurando como un importante motivo de preocupación que se está dando en personas más jóvenes que las que experimentan el mismo debilitamiento óseo en la población general.

Pese a ello, todavía no existen conclusiones definitivas sobre cuáles podrían ser las causas de los problemas óseos (**osteopenia**, **osteoporosis** y **osteonecrosis**) en las personas con VIH: si el VIH por sí mismo, el compromiso inmunitario, un síndrome de envejecimiento acelerado o la toma de ciertos antirretrovirales o familias de antirretrovirales.

### El tejido óseo

El tejido óseo es una estructura viva que está formada fundamentalmente por **colágeno** que proporciona al hueso una estructura blanda y flexibilidad y **minerales**, entre los que se incluyen el calcio y el fosfato, que ofrecen la dureza necesaria a esa estructura de colágeno. Esta doble composición brinda a los huesos un balance que les permite conservarse fuertes y flexibles según la ocasión.

Desde que nacemos nuestros huesos van creciendo incrementándose su masa y volumen hasta llegar más o menos a los treinta años. Durante todo este período, además, los huesos experimentan un proceso denominado **remodelación** y en el que están implicadas dos tipos de células óseas: los **osteoclastos** y los **osteoblastos**. Los osteoclastos se encargan de retirar el hueso que ha envejecido y se ha gastado (resorción ósea), y los osteoblastos son los responsables de la formación del hueso con colágeno y minerales nuevos (formación ósea).

Para que no se produzca una pérdida excesiva de masa ósea se requiere que haya un balance equilibrado entre ambas partes del proceso, situación que suele producirse en la madurez cuando se retira más hueso que el que se deposita.

### Principales problemas óseos

La **osteoporosis** [*osteo* (gr. 'hueso') + *per/por* (gr. 'poro') + *ōsis* (gr. 'enfermedad, afección')] es una enfermedad que se caracteriza porque los huesos pierden masa y densidad, lo que implica un aumento del riesgo de fractura ósea. Afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas y de edad avanzada.

La **osteopenia** [*osteo* (gr. 'hueso') + *penia* (gr. 'carencia, pobreza')] hace referencia a una pérdida o carencia mineral ósea menos grave. Si bien es cierto que ambas afecciones implican una densidad ósea menor de lo normal, únicamente la osteoporosis se asocia con un riesgo significativo de fractura. Un diagnóstico de osteopenia no significa necesariamente que la persona vaya a desarrollar osteoporosis, aunque el riesgo es mayor.

Otro problema relacionado con el metabolismo óseo es la **osteonecrosis** [*osteo* (gr. 'hueso') + *necr-* (gr. 'muerte') + *ōsis* (gr. 'enfermedad, afección')], es decir la muerte de las células óseas, causada por un suministro sanguíneo inadecuado que provoca la muerte de los tejidos óseos. Sobre esta última complicación ósea os hablaremos en la segunda entrega de este artículo en el próximo número de LO+POSITIVO.

Ninguna de estas tres afecciones define un estadio de SIDA. De hecho, hasta hace relativamente poco estas enfermedades eran poco comunes entre personas con VIH.

La pérdida de la masa ósea se puede diagnosticar por medio de un escaneado DEXA, siglas en inglés de escáner de absorciometría de rayos X de energía dual, una prueba que permite medir la densidad mineral ósea (DMO). Normalmente este escáner se realiza en los huesos de la columna.

### ¿De qué nos informa un escaneado DEXA?

Esta prueba diagnóstica proporciona dos tipos de valores:

**Valor Z:** Comparación de la DMO de una persona con los valores que se consideran normales para su edad y sexo.

**Valor T:** Comparación de la DMO de una persona con la máxima DMO alcanzada por la población general a los 30 años, punto álgido del desarrollo óseo.

A partir de estas dos mediciones podemos conocer la **desviación estándar (DE)**, un cálculo estadístico que sirve para cuantificar en qué medida un resultado determinado se aparta de la normalidad, y si es así permite orientar en la decisión de cuánto es necesario un tratamiento.

**Normal:** Valor T: Hasta -1 DE.  
DMO: 1000-9000mg x cm<sup>2</sup> de hueso.

**Osteopenia:** Valor T: Entre -1 y -2,5 DE.  
DMO: 850-750mg x cm<sup>2</sup> de hueso.

**Osteoporosis:** Valor: -2,5 DE o más.  
DMO: <650mg x cm<sup>2</sup> de hueso.



## ¿POR QUÉ SE PRODUCE LA OSTEOPOROSIS EN PERSONAS CON VIH?

La osteoporosis se produce por una falta de calcio y proteína en los huesos, pero la razón por la que se manifiesta en personas relativamente jóvenes con VIH es todavía poco clara.

La alta prevalencia de osteopenia en personas con VIH en comparación con personas sin VIH sugiere que el VIH por sí mismo contribuye en la desmineralización ósea en esta población. Sin embargo, todavía no está claro si otros factores podrían contribuir en esta reducción ósea en personas que viven con VIH. Hay cada vez más indicios de que los inhibidores de la proteasa (IP) no se asocian con la osteoporosis, pero que otros antirretrovirales sí podrían contribuir a esta enfermedad.

Entre los factores de riesgo comunes de osteoporosis en personas con VIH se incluyen:

- Historia familiar.
- Sexo femenino y menopausia precoz.
- Bajos niveles de testosterona en hombres.
- Uso prolongado de corticosteroides o anticonvulsivos.
- Baja ingesta de calcio.
- Pobre absorción de calcio.
- Fumar.
- Baja masa corporal.
- Estilo de vida sedentario.

## ¿QUÉ PAPEL JUEGA LA INFECCIÓN POR VIH EN EL DESARROLLO DE LOS PROBLEMAS ÓSEOS?

Recientemente, algunos estudios publicados han arrojado más luz sobre cómo contribuye la infección por VIH a la desmineralización ósea. Entre ellos, el Estudio 903 de Gilead que ha ofrecido los datos de DMO de los participantes al inicio de la investigación. Este estudio, un ensayo de distribución aleatoria con grupo control en el que participaron 600 personas naive a los tratamientos que recibieron o tenofovir/lamivudina/efavirenz o d4T/lamivudina/efavirenz durante un período de 144 semanas, ha sido el mayor ensayo llevado a cabo hasta la fecha que ha evaluado la DMO en personas naive a los tratamientos. Los datos de este estudio muestran que la infección por VIH podría desempeñar un papel significativo en las anomalías óseas que se observan en personas con VIH.

Los investigadores hallaron una prevalencia de osteopenia al inicio del estudio de un 23% en el grupo de tenofovir y de un 28% en el grupo de d4T (edad media de los participantes: 36 años), que es significativamente más elevada que la prevalencia en la población general.

## ¿Y LOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES?

Algunos estudios han examinado la DMO a lo largo del tiempo en personas que reciben TARGA. Un estudio evaluó a 54 personas durante un período de 54 semanas y observó que un índice de masa corporal (IMC) más bajo anterior al tratamiento se asociaba con una

DMO más baja. Ni los regímenes basados en indinavir ni los basados en nelfinavir se asociaron con un descenso de la DMO a lo largo de tiempo. En un estudio longitudinal en el que participaron doce adultos que no habían tomado anteriormente antirretrovirales y que iniciaron tratamiento con abacavir, lamivudina y amprenavir, los investigadores hallaron que a la semana 48 del período de seguimiento, la DMO de todo el cuerpo había aumentado significativamente.

En otro estudio en que 93 personas que recibían TARGA fueron estudiadas durante 72 semanas, los investigadores observaron que los factores más significativos asociados con una baja DMO a nivel basal fueron: IMC bajo, peso corporal bajo, larga duración de la infección por VIH (más de 7 años desde el diagnóstico), y fumar. Durante el período del estudio, la DMO total se incrementó significativamente en la columna vertebral y en la cadera y no se asoció con la terapia con inhibidores de la proteasa. Durante los intervalos examinados, estos estudios mostraron una DMO estable o un poco mejorada en los pacientes que recibían tratamiento antirretroviral de forma estable.

En la actualidad generalmente se acepta que los inhibidores de la proteasa no causan osteopenia y osteoporosis. Estudios en los que el tratamiento antirretroviral se cambió a regímenes basados en inhibidores que no fueran de la proteasa no afectaron la DMO, lo que respalda esta hipótesis. En el ACTG 5125, un total de 62 pacientes se distribuyó aleatoriamente a cambiar de un régimen basado en un inhibidor de la proteasa a otro basado en un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido o a un régimen sin análogos de nucleósido que contuviera lopinavir/ritonavir y efavirenz. Después de un período mediano de seguimiento de 104 semanas, no hubo ningún cambio significativo en la DMO en o entre los grupos. Con anterioridad, otro grupo había evaluado la DMO longitudinalmente durante un período de 48 semanas a 18 pacientes que cambiaron de regímenes basados en inhibidores de la proteasa a regímenes sin IP que contuvieran nevirapina y no hallaron cambios significativos en la DMO durante el período de estudio.

Sin embargo, el inicio de TARGA parece que se asocia con cierta pérdida ósea, cuya cantidad varía con respecto al régimen de tratamiento. En el estudio 903 de Gilead, durante las 144 semanas, la DMO de la columna vertebral descendió en un 2,2% en el brazo de tenofovir, en comparación con el 2,4% en el brazo de estavudina. La prevalencia total de osteoporosis y osteopenia se incrementó un poco al final del estudio, con una prevalencia de osteopenia de un 28% en el grupo de tenofovir y un 27% en el grupo de estavudina (incremento absoluto de normal a osteopenia, 13% frente a 8%) y una prevalencia de osteoporosis de un 5% en cada grupo (incremento absoluto, 0 frente a un <1%). Esta pérdida modesta inicial de hueso tras el inicio de la terapia tiende a estabilizarse con el tiempo y su significado e implicaciones clínicas para regímenes de tratamiento intermitente permanece poco claro.

En definitiva, se requieren más estudios que expliquen en profundidad cuál es la relación entre los fármacos antirretrovirales y la reducción de la pérdida ósea en personas con VIH. Lo que sí parece bastante claro es que el riesgo de desarrollar osteopenia y/u osteoporosis es proporcional a los años de infección por VIH diagnosticada, riesgo que podría aumentar si la persona tiene además otros factores de riesgo asociados.

En la próxima entrega, nos detendremos en la osteonecrosis y en la prevención y el tratamiento de los problemas óseos en personas con VIH.

## REFERENCIAS

- AIDSMAP: Osteoporosis.
- AMOROSA, V., TEBAS, P.: "Bone Disease and HIV Infection", *Clinical Infectious Diseases*, July 1, 2006; 42:108-114.
- AIDSMEDS.COM: Riesgos para los huesos (osteopenia y osteoporosis).



# FLASHES INFORMATIVOS

## de nuestro sitio web: [gtt-vih.org](http://gtt-vih.org)

Te ofrecemos una nueva selección de resúmenes de noticias publicadas en nuestra página de internet. Si quieres leer la noticia completa, visita nuestro portal recién remodelado: [www.gtt-vih.org](http://www.gtt-vih.org). También, si lo deseas, puedes suscribirte a nuestras listas de distribución y recibir puntualmente en tu correo las últimas novedades sobre el VIH/SIDA y sus tratamientos.

### LA NOTICIA DEL DÍA

La Noticia del Día es un servicio informativo de noticias diarias sobre los aspectos más relevantes y actuales relacionados con los tratamientos del VIH/SIDA y sus patologías asociadas.

#### SARCOMA DE KAPOSI PULMONAR EN PERSONAS CON VIH

10/07/2006

Sólo un 50% de las personas que son diagnosticadas con sarcoma de Kaposi pulmonar permanecen vivas cinco años después. Ésta es la conclusión a la que llega un estudio que ha sido publicado en la edición de julio de *HIV Medicine*. Los investigadores del Hospital Chelsea and Westminster en Londres (Reino Unido) también hallaron que el tiempo mediano de supervivencia para las personas diagnosticadas con sarcoma de Kaposi pulmonar fue sólo de 19 meses.

El sarcoma de Kaposi es un tipo de cáncer incluido entre las enfermedades que definen un estadio de SIDA, y de éstas es una de las más comunes observada en personas con VIH. La terapia antirretroviral de gran actividad ha permitido descender su incidencia en determinados países en los últimos años, pero todavía hoy día provoca una cantidad significativa de enfermedad y muerte en contextos donde está limitado el acceso a la terapia antirretroviral.

Fuente: *Elaboración propia*

#### REPLICACIÓN DEL VIH EN LOS RESERVORIOS DEL TRACTO INTESTINAL

01/08/2006

Se sabe que un cierto tipo de tejido gastrointestinal conocido como tejido linfoide asociado al tracto intestinal (GALT, en sus siglas en inglés) es un lugar crucial para la replicación del VIH y el descenso de CD4 desde las fases más tempranas. Por ello, un grupo de investigadores de la Universidad de California quiso determinar el efecto de TARGA sobre la supresión viral en el tracto intestinal y su capacidad para restaurar el sistema inmunitario en esta misma zona.

Para tal fin, diseñaron un estudio en el que participaron diez personas con VIH, de las que se obtuvieron muestras de sangre y biopsias del tracto digestivo antes de empezar TARGA y tres años después de comenzar el tratamiento. Tres pacientes iniciaron TARGA

durante la infección primaria por VIH y los siete restantes durante la infección crónica.

Fuente: *AIDSMAP / Medscape / Elaboración propia.*

#### COBERTURA DE LA XVI CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL SIDA, 13 DE AGOSTO, TORONTO, CANADÁ: VIERNES 18 DE AGOSTO

14/08/2006: *Arranca la XVI Conferencia Internacional del SIDA con récord de participación*

En palabras de Helena Gayle, copresidenta de la Conferencia y presidenta de la IAS, «dentro de veinticinco años, miraremos retrospectivamente a CIS 2006 como un nuevo punto de partida en la epidemia; un momento en la historia donde tuvimos la oportunidad de ponerle freno a la marea del VIH y optamos por actuar con decisión».

15/08/2006: *Cambios de tropismo en pacientes naive que no toman tratamiento anti-VIH*

Durante la XVI Conferencia Internacional del SIDA (CIS) se presentarán en Toronto datos de la nueva clase de fármacos en investigación, los antagonistas del correceptor CCR5, en concreto de maraviroc y vicriviroc, los dos que actualmente están en fases más avanzadas de su desarrollo.

16/08/2006: *Coinfección con VHC: falta de respuesta a una epidemia oculta*

En los últimos años la hepatitis C (VHC) se ha convertido en una de las causas más frecuentes de enfermedad hepática en personas infectadas con VIH. En algunos países como España esta enfermedad está siendo motivo de fallecimiento de muchas personas coinfectadas con ambos virus.

17/08/2006: *Buscándoles los genes al VIH*

APOBEC3G es una proteína humana presente dentro de las células cuya función es hacer frente a la acción viral. Para intentar impedirlo, APOBEC3G interfiere con la replicación del VIH incorporándose a las partículas virales y dañando el material genético del virus. Pero el VIH contiene una proteína propia que le sirve para neutralizar esa acción, el gen llamado vif. Vif actúa de dos maneras: uniéndose a APOBEC3G e impidiendo así que esta proteína se pegue a las partículas virales; y atacando APOBEC3G para destruirlo y hacer que desaparezca de la célula.

18/08/2006: *Nuevos fármacos en la recta final de la Conferencia de Toronto*

MK-0518. Uno de los fármacos que han despertado expectación es el inhibidor de la integrasa de Merck (Merck, Sharp and Dohme, o MSD, en España), conocido como MK-0518. Eso viene motivado por los datos conocidos hasta ahora que en personas pretratadas han sido muy buenos...





mario a los programas de tratamiento y cuidado. Estos importantes resultados hacen que los programas de VCT sean un componente crítico de la respuesta comunitaria al VIH/SIDA.

## LAS VACUNAS ENTABLAN BATALLA CONTRA UN VIRUS INTestinal

Julio 2006 • Vol. 4 • N.º 7

*Nuevas vacunas previenen una enfermedad diarreica potencialmente mortal en niños*

Casi todos los niños, en todo el mundo, han sido infectados por rotavirus a los cinco años de edad. Este patógeno común puede provocar una variedad de síntomas, desde un pequeño malestar gastrointestinal hasta la enfermedad diarreica conocida como gastroenteritis aguda que puede llevar a una grave deshidratación. Y a pesar de que incluso los casos más graves de la enfermedad se pueden tratar fácilmente mediante la reposición de líquidos o electrolitos, el rotavirus provoca la muerte de 600.000 niños cada año, la inmensa mayoría de ellos en países en desarrollo en donde existe un limitado acceso a servicios sanitarios. Este único virus es responsable de aproximadamente el 5% de las muertes infantiles de todo el mundo.

Actualmente existen muchos serotipos de rotavirus circulando en el mundo, pero afortunadamente para los desarrolladores de vacuna, más del 80% de las enfermedades relacionadas con los rotavirus están provocadas únicamente por cuatro de estos serotipos. El rotavirus se transmite por vía oral y una vez dentro del cuerpo, puede provocar la aparición de diarrea y vómitos, que conjuntamente son responsables de una deshidratación a menudo rápida y grave.

den conducir a que se produzcan errores en el modo en el que esas medicaciones son prescritas y/o tomadas. Un nuevo estudio divulgado en la publicación *Clinical Infectious Diseases* demuestra que tales errores pueden ser habituales incluso en entornos hospitalarios e incluso cuando se emplean programas informáticos que deberían alertar de los problemas a los encargados de hacer las prescripciones.

El éxito del tratamiento antirretroviral depende de la adhesión a regímenes adecuadamente prescritos. Puede producirse la aparición de resistencia a fármacos y toxicidad excesiva debido a errores como omisiones en el tratamiento o una incorrecta frecuencia y/o dosificación de los fármacos (incluyendo la falta de un ajuste adecuado de las dosis para compensar las interacciones entre fármacos). Varios estudios previos han demostrado que pueden producirse errores en la medicación en entornos hospitalarios.

## La práctica de serosorting "no es infrecuente" entre hombres gay y bisexuales en California

25/10/2006

El grupo de investigadores recomendó que los recientes estudios que muestran un aumento de la prevalencia del sexo sin protección y la incidencia de infecciones de transmisión sexual deberían ser interpretados a la luz de estos descubrimientos y sugiere que el sexo anal sin protección no implica siempre necesariamente que una persona se arriesga a infectarse por, o a transmitir, el VIH.



VAX en español es un boletín mensual que ofrece una versión condensada de los artículos del IAVI Report, un boletín sobre la investigación en vacunas de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA. Aquí tenéis breves fragmentos de textos que encontraréis en la sección de vacunas de nuestra web.

## ENTENDER LA REALIZACIÓN DE COUNSELLING Y PRUEBA VOLUNTARIOS BASADOS EN EL HOGAR

Junio 2006 • Vol. 4 • N.º 6

*¿Cómo los servicios de realización de counselling y prueba del VIH basados en el hogar o móviles pueden mejorar las respuestas comunitarias?*

Los servicios de realización de counselling y prueba voluntarios (VCT, en sus siglas en inglés) son un componente clave de los programas de prevención, cuidado y tratamiento del VIH. Las personas aprenden cosas sobre los comportamientos que los ponen en riesgo de infección del VIH y cómo pueden reducir este riesgo mediante el proceso de counselling, y esta información puede actuar como un catalizador para que las personas modifiquen sus comportamientos.

Las personas que realizan VCT también descubren si tienen VIH o no. Para las personas infectadas, por lo tanto, los servicios de VCT a menudo suponen el punto de entrada pri-

## Las Noticias de NAM: Actualización en Tratamientos

gTt en colaboración con la ONG británica NAM edita y traduce al español las noticias de esta prestigiosa organización, con el fin de informar a las comunidades hispanas en el Reino Unido y de acercarse a Iberoamérica. Todas las noticias se encuentran en la sección "Actualización en tratamientos" de nuestro sitio web.

## Merck lanza un programa de acceso expandido para su inhibidor de la integrasa

22/08/2006

Merck ha anunciado que su inhibidor de la integrasa experimental, MK-0518, estará disponible a través de un programa mundial de acceso expandido para personas con VIH que hayan agotado otros fármacos y que se encuentran en riesgo de sufrir enfermedad clínica o deterioro inmunológico.

MK-0518 mostró resultados prometedores en un estudio de Fase II de búsqueda de dosis presentado este mismo año. Hasta el 72% de los pacientes con amplia experiencia en tratamientos que recibieron MK-0518 en combinación con un régimen de base (optimizado mediante pruebas de resistencia), alcanzaron una carga viral inferior a 50 copias/ml en 16 semanas, frente a sólo el 8% en el brazo de placebo.

## Los errores médicos son habituales entre los pacientes con VIH hospitalizados

19/09/2006

Las complejidades de la medicación antirretroviral, especialmente la interacción entre fármacos y las toxicidades, pue-

# SOBREVIVIR

## AL INTERFERÓN y LA RIBAVIRINA

Guía práctica para el manejo de los efectos adversos del tratamiento para la hepatitis C (2ª parte)

**E**n el número anterior, os ofrecimos una serie de trucos e ideas para abordar los síntomas que se derivan del tratamiento estándar para la hepatitis C con interferón pegilado y ribavirina. Como ya dijimos, estos síntomas pueden variar mucho de persona a persona y en el tiempo, y lo mismo se puede aplicar a los remedios que se les puede poner, por lo que esta lectura debe ponerse en su contexto.

Como criterio amplio suele resultar útil adelantarse de alguna manera a la aparición de problemas derivados de la terapia. Hablar con los seres queridos (la pareja, la familia, los amigos) y cuando sea posible compañer@s de trabajo permite a quienes están a tu alrededor prepararse para los posibles acontecimientos y reaccionar con más seguridad, especialmente si los efectos adversos son graves o aparecen de improviso. También tú puedes sentirte mejor si recibes apoyo y comprensión.

Puede servirte mucho el acordar con una o unas pocas personas que se presten a ser tu referencia en caso de que necesites apoyo urgente o tomar decisiones rápidas.

Algunas ONG disponen de grupos de ayuda mutua, aunque no son específicos de la coinfección. Acudir a ellos o bien a un/a profesional de la ayuda psicológica puede ser un recurso muy útil en algunas circunstancias.

### ERUPCIONES CUTÁNEAS

El tratamiento puede provocar erupciones con picazón o sin ella, que son molestas y deterioran la calidad de vida.

#### TRUCOS E IDEAS PARA LAS ERUPCIONES CUTÁNEAS

- Uso diario de lociones hidratantes.
- Puede optarse por el empleo de cremas que contengan avena o hidrocortisonas, medicamentos antihistamínicos orales u otros fármacos que alivien la picazón.
- En verano o en climas calurosos, conviene aplicarse protección solar.
- En caso de que el problema perdure o se agrave, es aconsejable acudir al/a la dermatólogo@.

### SEQUEDAD BUCAL y CUIDADO DENTAL

El interferón causa sequedad en la boca, lo que a su vez favorece la caries dental y la inflamación de las encías (gingivitis).

#### TRUCOS E IDEAS PARA EL CUIDADO BUCAL:

- Visitar al dentista antes, durante y después del tratamiento: las intervenciones precoces evitan la necesidad de prácticas más invasivas a posteriori.
- Para evitar daño a las encías, es mejor un cepillo de cerdas suaves.
- El cepillado de dientes es más efectivo después de cada comida, y si además se acompaña del uso de hilo dental y/o de enjuagues.
- Beber de forma abundante agua y otros líquidos no carbonatados ayuda a mantener al boca limpia.

### FALTA DE ALIENTO y/O TOS

La terapia para la hepatitis C puede causar falta de aliento y/o tos. Si esto sucede, hay que descartar en primer lugar que exista alguna enfermedad subyacente como neumonía o fibrosis pulmonar.

#### TRUCOS E IDEAS PARA LA FALTA DE ALIENTO y/O LA TOS

- En caso de tos: aumento de la toma de líquidos, evitación de atmósferas irritantes (humo de tabaco), uso de humidificadores, de jarabes para la tos y de medicación.
- En caso de falta de aliento: hay que comprobar si es un síntoma de una anemia causada por la ribavirina, y en tal caso tratarla. Si el diagnóstico es negativo, el médico deberá evaluar la posible presencia de otras enfermedades y en su caso tratarlas.

### IRRITABILIDAD

Los síntomas de tipo psiquiátrico (irritabilidad y depresión) son muy comunes en personas que toman interferón, particularmente si tienen predisposición a ellos o bien los han experimentado en el pasado.

#### TRUCOS E IDEAS PARA EL MANEJO DE LA IRRITABILIDAD:

- Prepararse antes de iniciar el tratamiento, conversando con seres queridos y colegas de la posibilidad de que aparezcan cambios de humor.
- Evitar en lo posible situaciones de estrés personal y/o laboral.
- Ejercitarse en técnicas de relajación, como respirar hondo o contar hasta 10.
- Compartir los sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento con personas del entorno o bien acudir a un grupo de ayuda mutua.
- Tratar otros síntomas como la fatiga, el insomnio y la depresión.

### DEPRESIÓN

La depresión es uno de los principales síntomas asociados al tratamiento para la hepatitis C y una de las causas más comunes de abandono de la terapia. El/a médic@ debe estar atent@ a la eventual aparición de ideas destructivas o suicidas en cuanto se den los primeros síntomas depresivos, y consultar con un/a especialista el abordaje más adecuado, incluyendo el uso de medicación antidepressiva. De hecho, en la actualidad se está imponiendo la idea de comenzar la terapia antidepressiva semanas antes de empezar con interferón y ribavirina, como medida profiláctica.

### OTRAS COMPLICACIONES

La terapia combinada para la hepatitis C puede provocar la aparición o exacerbación de otras dolencias como disfunción de las tiroideas o problemas oculares (visión borrosa). Es importante comunicar al/a la médic@ todos los síntomas que se presenten, y que éste se tome en serio su significado. En ocasiones, la falta de intervención o que ésta sea demasiado tardía puede hacer que el problema sea irreversible.

**Referencia:** este artículo ha sido escrito a partir de varios textos autorizados disponibles en Internet.

# Nuevo portal de internet de gTt

**E**N EL GRUPO SOBRE TRATAMIENTOS DEL VIH (gTt) siempre hemos apostado por el uso de las nuevas tecnologías como una herramienta que nos permite difundir información sobre los tratamientos anti-retrovirales en particular y sobre la infección por VIH en general. Para poder seguir realizando nuestra labor de forma eficaz, hemos tenido especial interés en saber cómo nos percibís y de qué forma os llega la información.

Esta apuesta nos ha llevado a una profunda reflexión sobre la forma en que presentamos nuestro trabajo a través de nuestro portal web, ya que este espacio virtual consideramos que representa una ventana abierta para quien desea conocer nuestra entidad, y un canal de información y orientación que nos permite llegar hasta vosotr@s.

A principios de 2005 comenzamos a elaborar un plan de acción que nos iba a orientar de la mejor manera para llevar a cabo tal reflexión. Vimos claramente que en este proceso era necesario plasmar la opinión de nuestr@s lectores y usuari@s, pues, al fin y al cabo, éste va a ser vuestro portal también. Para recabar vuestro punto de vista, confeccionamos una encuesta cuya información os hicimos llegar por medio de nuestras listas de distribución. Entre otras cosas, queríamos saber cuál era vuestro grado de satisfacción con la web existente y cómo os gustaría que fuese el nuevo portal de gTt.

Enviamos la encuesta, a finales de 2005, y la respuesta fue inmediata: cientos de vosotr@s respondisteis la encuesta, lo que era un signo inequívoco de que queríais colaborar con nosotr@s en la mejora de esta herramienta. Las respuestas fueron muy variadas, singulares y coincidentes entre sí.

Un@s consideraban que la página web estaba bien tal y como ya estaba; otr@s opinaban que necesitaba más tanto en cantidad como en profundidad. Y entre un@s y otr@s había una cantidad no menos importante que confeso que os gustábamos, pero que no nos entendíais.

Todo esto nos permitió darnos cuenta de que vosotr@s, lectores y usuari@s, sois muy plurales, con intereses, necesidades y expectativas muy distintas. Por este motivo, decidimos empezar a trabajar, en la medida de nuestros recursos y capacidades, en intentar adaptar nuestro portal a esa diversidad y pluralidad manifiesta, sin perder la esencia de lo que somos y nuestro objetivo principal: la información.

Fruto de ese trabajo, de esa reflexión de grupo compartida con vosotr@s, nació el nuevo portal web de gTt: [www.gtt-vih.org](http://www.gtt-vih.org). Un portal mucho más estructurado, claro, interactivo, participativo y accesible, con diferentes niveles de aproximación según los intereses de cada usuari@. El nuevo portal cuenta con cinco grandes bloques que facilitan la búsqueda de información en función de las necesidades del/la usuari@: **aprende**, **actualízate**, **consúltanos**, **participa** y **conócenos**.

**Aprende:** Podrás encontrar información básica sobre el VIH, prevención (vacunas y microbicidas), tratamientos, enfermedades y síntomas, investigación y desarrollo, publicaciones para descargar y enlaces a otras web que tratan básicos del VIH. Esta información puede servir de orientación a la hora de tomar decisiones o para empezar a conocer un poco más la infección por VIH.

**Actualízate:** Un espacio para nuestras publicaciones como La Noticia del Día, LO+POSITIVO, Actualización en Tratamiento de NAM, doctorXpress, pero además también se puede encontrar información actualizada, más avanzada y detallada sobre fármacos en investigación, vacunas y microbicidas; acciones políticas y diálogo social y político, enlaces a portales y revistas especializadas y suscripciones.

Concebido para aquell@s usuari@s que buscan información en profundidad y requieren de una actualización constante.

**Consúltanos:** Servicio de consultas y asesoramiento por correo electrónico. Podéis plantearnos vuestras dudas sobre tratamientos, pero además, ahora contáis con una sección sobre *Preguntas Frecuentes* que puede orientaros mejor ante vuestras dudas. Esta sección también cuenta con un *Glosario de Términos* que se actualiza progresivamente y facilita la comprensión de conceptos en algunas noticias o artículos.

**Participa:** Este apartado es totalmente nuevo y nace de vuestras peticiones. Podréis encontrar historias personales de otr@s lectores que han querido compartir su historia con vosotr@s y también os brinda la oportunidad de compartir la vuestra. Para aquellas personas que deseen poder participar en los próximos reportajes de la revista LO+POSITIVO también encontraréis aquí la forma de cómo hacerlo. Por otra parte, para l@s que buscan conocer gente o relacionarse con otras personas, vivan con VIH o no, está la sección de *Contactos Personales*. Pero si además tenéis algo que decir, contáis con la sección *Opina*, aquí recogemos vuestras críticas, sugerencias, peticiones, etc.

**Conócenos:** Información sobre el equipo de gTt, quiénes somos, nuestros objetivos, con quién colaboramos y trabajamos, quiénes son nuestros patrocinadores, cómo administramos los fondos recibidos y en qué proyectos los invertimos. Y, además, si deseáis colaborar económicamente con nosotr@s tenéis la posibilidad de hacerlo.

Sin embargo, esto no es todo, hemos cambiado totalmente el diseño. La nueva arquitectura con *software* libre aporta más agilidad y dinamismo y facilita aún más su accesibilidad para nuestros usuari@s habituales y también para las personas con discapacidad, ya que incorporamos el Nivel A de Conformidad con las Directrices de Accesibilidad de Contenido Web 1.0 (WCAG 1.0). Contamos también con la acreditación del Código de Conducta HOM (HOMcode) que certifica la calidad de las páginas web que están especializadas en temas de salud y la filiación a *Creative Commons*, por la que alentamos la reproducción, traducción y distribución de nuestros materiales sin limitaciones y sin necesidad de pedirnos permiso siempre que se haga sin ánimo de lucro, no sea alterada y se cite la fuente.

También disponéis de nuevas secciones como *Lo nuevo en gTt*, para manteneros al día de lo más recientemente publicado en nuestra web, *noticias anteriores* y *Lo más destacado* por apartados. Además de un *buscador* mejorado y mucho más completo.

Después de todo este arduo proceso, siempre en continua elaboración, sólo queremos agradeceros vuestro apoyo y participación: sin vosotr@s este nuevo portal no hubiera sido posible y queremos seguir contando con vuestras opiniones y sugerencias que nos permitan seguir mejorándolo y adaptándolo lo más posible a vuestras necesidades de información. Os invitamos a que nos visitéis para valorarla y, sobre todo, disfrutarla.

Gracias.

El equipo de gTt

# Microbicidas, y compañía VIH

La XVI Conferencia Internacional del SIDA (CIS) celebrada el pasado mes de agosto en Toronto (Canadá) ha permitido que la población mundial fije su atención en estos nuevos productos que en un futuro no muy lejano servirán para prevenir la infección por VIH/SIDA. Este impulso entusiasta es fruto de los resultados esperanzadores que está produciendo la investigación de los microbicidas. Meses antes de que tuviera lugar la XVI CIS, otro evento, la conferencia Microbicidas 2006, que tuvo lugar en Ciudad del Cabo el pasado 23-26 de abril, dedicó un amplio espacio a debatir diferentes aspectos que han surgido como resultado de la puesta en marcha de estudios clínicos para la investigación de posibles productos.

Entre estos aspectos se incluyen el impacto que tendría sobre la epidemia la aparición de un producto parcialmente eficaz contra el VIH (en cuanto a los cambios en la prevención, por ejemplo), las implicaciones éticas del cuidado a las personas que seroconvierten durante el estudio, la participación de la comunidad en el diseño y puesta en marcha de los estudios o la forma en que un producto que fuera eficaz contra otras ITS podría mejorar la prevención del VIH y los efectos que este impacto puede tener a la hora de medir la actividad del producto frente al propio VIH o frente a otros patógenos. Se ha comprobado que la mayoría de productos actualmente en estudio tienen cierta actividad frente a otras infecciones de transmisión sexual aparte del VIH y lo que en principio es una magnífica noticia también añade un factor de complejidad a los ya de por sí complejos estudios de microbicidas.

## Simular el impacto de un microbicida sobre las ITS

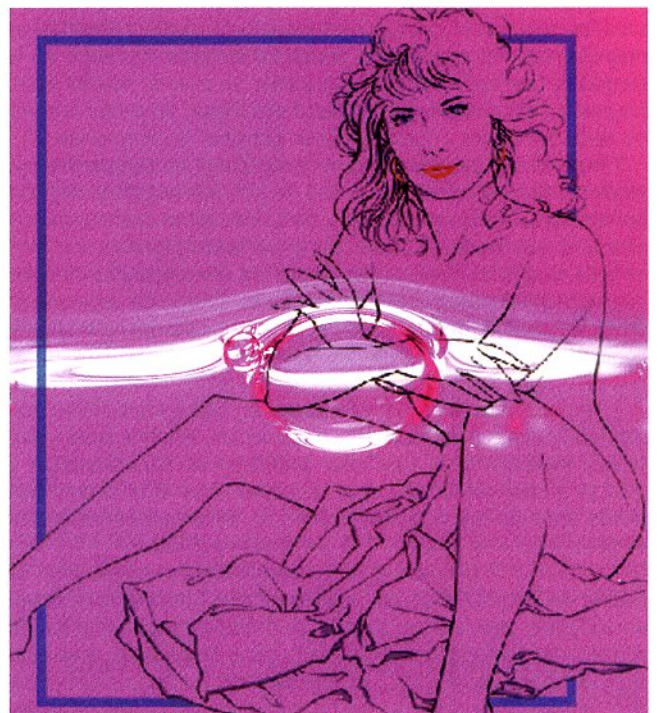
En un panel dedicado específicamente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y su relación con la transmisión del VIH, Anna Foss (London School of Hygiene and Tropical Medicine) presentó un sistema de modelos matemáticos aplicado a la determinación del impacto de las intervenciones preventivas en la transmisión del VIH y otras ITS, y el desarrollo de técnicas que ayuden a despejar las incertidumbres derivadas del uso de estos modelos de proyección y que puedan ser aplicadas a futuras políticas de prevención.

Por ejemplo, varios estudios han mostrado que ITS como la gonorrea, clamidia, vaginosis bacterianas o tricomoniasis y, sobre todo, el virus del herpes simple 2 (VHS-2), pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH, por lo que prevenir estas ITS, incluso a niveles relativamente bajos, tendría un impacto directo en la transmisión del VIH. El impacto del uso de microbicida se simula, utilizando un modelo matemático dinámico con datos específicos del centro, la transmisión del VIH y de otras ITS entre trabajadoras del sexo y sus clientes, y entre trabajadoras del sexo y sus parejas (no clientes). Este modelo, que mostró que la gonorrea dobla el riesgo de transmisión del VIH, se modificó para incluir los datos conductuales y biológicos recogidos en Cotonou, Benin, donde se contemplaban 3 posibles escenarios de prevalencia de gonorrea: bajo (8,6% en trabajadoras sexuales, 2,3% en clientes), medio (21% en trabajadoras sexuales, 5,4% en clientes) y alto (40% en trabajadoras sexuales, 9,7% en clientes).

Anna Foss y sus colaboradores exploraron lo que ocurriría si, manteniendo constantes factores como el uso de condones o las conductas de riesgo, se utilizaran microbicidas con diferentes niveles de eficacia frente a la gonorrea y el VIH al menos en la mitad de los actos sexuales no protegidos con condones.

1. Un microbicida con una eficacia del 50% tanto frente al VIH como a la gonorrea contribuiría a una reducción del riesgo de contraer el VIH del 24-33% en los tres niveles de prevalencia de gonorrea.
2. Un microbicida eficaz sólo contra la gonorrea en un 50% podría reducir el riesgo de contraer el VIH en un 12%.
3. Cuando la prevalencia de gonorrea es muy elevada, un producto sólo moderadamente eficaz frente a la gonorrea no tendría un impacto importante en la transmisión de la gonorrea o del VIH, por lo que en este contexto sólo habría un beneficio sustancial en el riesgo del VIH cuando el producto fuera muy eficaz contra la gonorrea.

El resultado de sus estudios muestra que disponiendo de un microbicida con cierta actividad frente a algunas ITS se obtienen reducciones considerables en el riesgo individual frente al VIH en todos los escenarios estudiados. La doctora Foss concluye que, aunque la importancia de la eficacia de los microbicidas frente a las ITS será diferente en función del entorno, el desarrollo de productos microbicidas y combinados activos frente a las ITS es una prioridad en





la investigación en el campo de los microbicidas, principalmente en aquellos productos no basados en ARV, ya que éstos tienen poca o ninguna actividad frente a las ITS y por lo tanto no entrarían en esta categoría de investigación.

Pero la Dra. Foss también alerta frente a la introducción de un factor adicional en el diseño de los estudios que contribuye a complicar su realización, ya que las ITS tienen la capacidad de actuar como elemento de confusión en la interpretación de los resultados del ensayo al añadir aspectos que podrían alterar los datos de eficacia real del producto en estudio.

## VHS-2 y TRANSMISIÓN del VIH

Según la profesora Connie Celum (Facultad de Medicina de la Universidad de Washington), un microbicida eficaz contra el VHS-2 podría ofrecer un enorme beneficio a las mujeres y podría aumentar la posibilidad de mejorar la eficacia del producto en cuestión frente al VIH. La relación sinérgica entre el VHS-2 y la transmisión del VIH puede ser importante en países con altas prevalencias de ambas infecciones, y resultados de estudios recientes muestran que el VHS-2 puede aumentar el riesgo de infección por VIH entre personas en riesgo al tiempo que la infectividad de las personas coinfectadas puede aumentar durante las fases de reactivación del VHS-2, por lo que es necesario continuar realizando estudios para determinar en qué medida se podrían prevenir nuevas infecciones por VIH con la prevención y el tratamiento de la infección por VHS-2.

Todos los microbicidas que están actualmente en ensayos clínicos muestran cierta actividad *in vitro* frente al VHS-2, aunque el paso de la evaluación *in vitro* a la evaluación clínica podría funcionar mejor en teoría que en la práctica. El uso del VIH como marcador primario de la eficacia de un microbicida requiere tener en cuenta la necesidad de incluir la evaluación del VHS-2, para lo cual hay que determinar el estado serológico al VHS-2 en el momento de la inscripción y, en el caso de que sea negativo, evaluarlo de nuevo al final del ensayo, determinando el momento de la conversión mediante las muestras recogidas durante el estudio.

Pero el análisis de la actividad directa de un microbicida en la prevención del VHS-2 como marcador de eficacia primario o secundario en un estudio sobre microbicidas contra el VIH podría resultar complicado debido a que la inscripción de mujeres VIH-negativas sin evaluar su estado serológico al VHS-2, la prevalencia de esta infección puede ser del 50%, nivel que resulta insuficiente si se desea incluir el VHS-2 como criterio primario y exige por tanto que se cambien los criterios de inclusión o buscar un índice superior de adquisición de VHS-2 para que el estudio tenga la potencia suficiente para estudiar

# TU OPINIÓN PARA 2007

Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

### 1-Sexo

- Hombre  Mujer  
 Transgénero

### 2-Edad

- Menor de 20  20-30  
 31-40  41-50  
 51-60  Mayor de 60

### 3-Estatus VIH

- VIH+  VIH-  
 Desconocido

### 4-¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

- Sexo no seguro:  
 Hombre-hombre  
 Mujer-mujer  
 Hombre-mujer  
 Por compartir jeringuillas  
 Transfusión sanguínea  
 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  
 Diseño  
 En general

### 10-¿Qué temas te han gustado más?

.....  
 .....

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

.....  
 .....



EN TERAPIA  
ANTIRRETROVIRAL,  
EFICACIA Y TOLERABILIDAD  
UNIDAS PARA SIEMPRE

## ¿Te atreverías a romper una relación así?

El tratamiento antirretroviral conlleva una relación equilibrada entre eficacia contra el virus, tolerancia y comodidad para el paciente. Esta relación la mantienen ya 150.000 pacientes en todo el mundo  
¿Estarías dispuesto a renunciar a ella?

Infórmate. Consulta con tu médico.





ese punto. Si, por el contrario, se inscribe a mujeres VIH y VHS-2 negativas, será necesario evaluar un número superior de mujeres (hasta dos o tres veces más) y se verá reducida la incidencia de VIH, con el consiguiente aumento del coste del ensayo.

### Interpretar bien los resultados de los ensayos

Según la doctora Khatija Ahmed (Universidad de Lempopo, Pretoria), la vagina es un entorno muy complejo y cualquier producto que se introduzca en ella podría alterar su química dejando inservibles las habituales técnicas de medición de las ITS, por lo que es necesario evaluar las técnicas y modelos que pueden ser utilizados en la investigación de microbicidas.

La medición del efecto que un microbicida va a tener en la incidencia de las ITS ha puesto de manifiesto algunos aspectos que si no son tenidos en cuenta pueden poner en peligro los resultados de la investigación:

- El método de acción frente a las ITS varía de un microbicida a otro, lo cual puede inducir la aparición de discrepancias en los resultados.
- Muchas pacientes tienen infecciones asintomáticas y ello presenta un dilema sobre cuándo y cómo establecer los controles.
- El sistema de colección de muestras (bastoncillo de algodón/dacron) también puede introducir diferencias que han de ser contempladas en función del producto y de la ITS.
- El tipo de muestra (frotis, orina o lavado), así como los métodos estándar de muestra (cultivo, serología o molecular), son diferentes para cada ITS.
- Y, por último, el efecto del microbicida o la formulación puede interferir en la realización de la prueba.

Ciertos aspectos de la realización de pruebas introducen dificultades añadidas que contribuyen a complicar la realización de estudios que incluyan las ITS como marcador secundario, como pueden ser el estadio de la infección, el lugar de colección de la muestra, el tipo de

muestra, el transporte de muestras o las técnicas de laboratorio existentes o la experiencia del personal que las lleva a cabo. Y también existen otros factores derivados del propio producto en estudio: diferencias en la composición del microbicida, o la permanencia de residuos del mismo en la vagina (que dependerá de la viscosidad, volumen, método de aplicación, número de aplicaciones, etc.).

En conclusión, la doctora Ahmed reconoció que la medición de las ITS como segundo marcador en los ensayos clínicos de microbicidas introduce muchas dificultades y retos que es preciso analizar para establecer si las ventajas de hacerlo compensan el esfuerzo.

Así, antes de introducir marcadores para la determinación del impacto de las ITS en los ensayos de microbicidas, deben realizarse pruebas *in vitro* e *in vivo* para cada microbicida y placebo con el fin de determinar cuáles van a ser los mejores análisis a realizar y las modificaciones necesarias para llevarlos a cabo, pues, de no ser así, los datos resultantes del marcador secundario no pueden validarse y sólo contribuirán a complicar el ensayo.

### Conclusión

Todas las ponentes del panel se mostraron de acuerdo en que la interacción entre ITS y VIH es un aspecto de los estudios de microbicidas cuya complejidad aporta datos valiosos sobre futuras direcciones para los ensayos clínicos y que está contribuyendo al desarrollo de mejores sistemas de análisis, técnicas de medición, modelos de proyección, etc. En definitiva, abren un campo nuevo al diseño de estudios clínicos del que se extraerán importantes y valiosos conocimientos para la realización de mejores ensayos así como sobre un más amplio espectro de posibilidades de los microbicidas para la prevención de las mujeres.

### Fuente

Abstracts Microbicidas 2006 (OB19); Aidsmap ([www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com))



## No ahorremos esfuerzos en la lucha contra el SIDA

Tras años de ahorrar esfuerzos en la lucha contra el SIDA, 25 millones de personas han fallecido de forma prematura. Porque ahorramos esfuerzos, el SIDA se ha convertido en la mayor pandemia que vive la humanidad y empobrece día a día a nuestro Mundo. **Ya es hora de que no ahorremos esfuerzos.**

El movimiento I ENEMUS SIDA está formado por:

[www.tenemossida.org/enterate](http://www.tenemossida.org/enterate)



# Mirada Latina:

## voces comunitarias para impulsar el cambio social



que permitiera a las PVVS ejercer su ciudadanía comunicativa. Así nació en enero de 2006 el primer módulo del proyecto «Mirada Latina: Comunicación Positiva», que se puede visitar en [www.comunicacionpositiva.org](http://www.comunicacionpositiva.org).

La iniciativa fue bien acogida por otr@s profesionales y la misión informativa de Mirada Latina echó a andar en las semanas que precedieron a la sesión especial sobre el SIDA de la ONU (UNGASS) celebrada en Nueva York del 31 de mayo al 2 de junio. Posteriormente el proyecto fue presentado en la Conferencia del SIDA de Toronto (Canadá) en el mes de agosto donde dos de sus editores asistieron como corresponsales bajo los auspicios de la Sociedad Internacional del SIDA (IAS, en sus siglas en inglés) y la Fundación Open Society.

Un@s 200 activistas, expert@s y periodistas del VIH/SIDA están suscrit@s actualmente a Mirada Latina. Los despachos de Comunicación Positiva llegan a listas de interés como Diálogos farmacéuticos de la OPS, la Red 2002 y otros. El objetivo de este módulo es hacerse eco del debate iniciado por líderes comunitari@s y de los temas de actualidad en materia de acceso a tratamientos y derechos humanos de manera que las opiniones expresadas sean recogidas por los diarios de referencia nacional en Iberoamérica. Al mismo tiempo, algunos documentos de políticas son traducidos al inglés como posibles lecciones aprendidas para otras comunidades que luchan contra el SIDA en el mundo.

Todas las personas u organizaciones comprometidas en la lucha contra el SIDA son bienvenidas a inscribirse y aportar sus opiniones. Para ello deben escribir a los editores a: [contacto@comunicacionpositiva.org](mailto:contacto@comunicacionpositiva.org).

Enrique Góngora

Mirada Latina es una iniciativa de comunicación ciudadana que surge con el apoyo de la Red latinoamericana de personas que viven con VIH (Redla+) y miembros de la Coalición por el acceso a tratamientos (ITPC/CIAT). Su coordinador editorial es el periodista colombiano David Morales Alba, quien presentó a miembros de estas redes la herramienta de un gestor de contenidos para el periodismo digital

Si TIENES dudas SOBRE CUALQUIER MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL, CONTACTA CON NOSOTR@S:  
**Servicio de Consultas del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH**  
 acerca de la infección por VIH, las enfermedades asociadas y sus tratamientos.

**Consultas presenciales** (con cita previa) en nuestra sede  
 y **telefónicas 93 458 26 41** lunes y miércoles de 11:00h a 18:00h

Las consultas por correo electrónico a **[consultas@gtt-vih.org](mailto:consultas@gtt-vih.org)** se atienden de lunes a viernes por orden de recepción y en la mayor brevedad posible.

Con el apoyo de Generalitat de Catalunya, Departament de Salut Programa de la SIDA.



# en la web

Una nueva selección de sitios web en español donde podrás encontrar información completa y variada sobre el VIH/SIDA, su prevención, sus tratamientos y otros aspectos relacionados. También se incluyen en esta selección sitios de internet con información sobre organizaciones internacionales y asociaciones comunitarias de América Latina, y materiales de apoyo para l@s profesionales sanitarios y comunitarios que trabajan y atienden a las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA.

## www.unicef.org/spanish/

El sitio web de UNICEF en español (Programa de las Naciones Unidas dirigido a la ayuda y defensa de los derechos de la infancia y la juventud). En esta página podrás encontrar mucha información relacionada con la infancia y la adolescencia en el mundo, principalmente en los países en desarrollo, sus necesidades y carencias y las actividades y estrategias que se están llevando a cabo para intentar paliarlas. Destacamos dos apartados importantes "VIH/SIDA y la infancia" y "VIH/SIDA: Activistas jóvenes" en la sección "La juventud opina", que contiene una completísima guía de orientación sobre cómo pasar de meros espectadores a manifestar y actuar de forma eficaz las inquietudes y deseos en la lucha contra el SIDA.



## www.healthfinder.gov/español/

healthfinder® es el sitio web del Departamento de Salud de Estados Unidos. Aquí podrás encontrar información en español sobre temas relacionados con la salud, y una sección de preguntas sobre la salud en general y sobre el VIH/SIDA en particular. Colabora la organización estadounidense *Family Health International*. Contiene, además, un útil glosario alfabético por enfermedades, trastornos y procedimientos médicos y cuenta con un servicio de noticias por correo electrónico.

## www.sida.utfsm.cl/

Se trata de la página web del Programa Alerta, una iniciativa interuniversitaria de varias universidades chilenas con fines meramente educativos que está dirigida a la población estudiantil universitaria para contribuir en la prevención del VIH/SIDA en este colectivo. Este sitio ofrece un servicio de consultas de prevención vía correo electrónico, además de un panel de noticias y reportajes sobre eventos relacionados con el VIH/SIDA.



## www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/aids.htm

En la sección en español del sitio web de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se aloja información sobre la vigilancia del SIDA en las Américas. Se incluyen los informes de situación *Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015* y *El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del Milenio*, además de otra publicaciones como *Guías técnicas para implementar encuestas serológicas centinela de VIH en mujeres embarazadas y otros grupos* y *Situación epidemiológica del SIDA en la región*. El sitio cuenta también con otros apartados como "Prevención y control" en el que se ofrecen pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas, y estrategias de prevención del VIH y atención en mujeres.

## www.sidainformate.org

La Sociedad Wills Wilde es una organización no gubernamental, con sede en la ciudad de Mérida (Venezuela), cuyo propósito es ofrecer respuestas educativas para la prevención del VIH/SIDA. En su sitio web podrás encontrar información sobre el VIH/SIDA desde lo más general a lo más específico. Ofrecen un servicio de asesoramiento a través de correo electrónico y para aquell@s que prefieren un *counseling* más personal se puede contactar en línea a través de [sidaenlinea@msn.com](mailto:sidaenlinea@msn.com) si eres usuario del Messenger de Hotmail o MSN. El sitio web contiene también información sobre los tratamientos antirretrovirales, las ITS, el preservativo masculino y femenino, un glosario de términos y noticias de interés, entre otros servicios.

# Faro Positivo

Faro Positivo es la única asociación en Lanzarote que se dedica a luchar contra el SIDA y a contribuir en el bienestar de las personas que viven con VIH/SIDA.

Nuestra ONG nace en 2003 como consecuencia de la inquietud de los infectados y sus familiares. Tomamos el nombre de la primera asociación en Lanzarote, Faro, pionera en la lucha contra el SIDA. En memoria y reconocimiento a la labor realizada por los que ya no se encuentran entre nosotros, decidimos llamarnos igual añadiendo 'Positivo' dado nuestro carácter innovador, diferente filosofía y metodología.

La fundación de Faro Positivo se produjo en un momento en que los tratamientos antirretrovirales llevaban ya años administrándose, incluida la triple terapia, y la sentencia de muerte de las personas con VIH casi había desaparecido. Por ello, los objetivos de esta asociación y las actividades se vieron encaminados hacia un cambio en las estrategias. Nuestras principales servicios son:

- Prevención.
- Orientación.

- Información.
- Captación y formación del voluntariado.
- Apoyo Psicológico y social.
- Asesoría médica.
- Asesoría jurídica.
- Grupos de apoyo.
- Prestamos asistencia hospitalaria, domiciliaria y acompañamiento siempre que se solicite.
- Crecimiento personal.

Ofrecemos todos estos servicios a la ciudadanía y a las personas que viven con VIH en particular.

Además, Faro Positivo se ha convertido en Lanzarote en un centro de referencia sobre información relativa a los medicamentos del VIH.

Puedes ponerte en contacto con nosotros en:

Faro Positivo  
c/ El Bartolo 12  
35500-Arrecife (Lanzarote)  
928 801 793  
faro\_vih@hotmail.com

oenegés

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

**ARABA:** *Vitoria-Gasteiz:* GAITASUNA 945289115 C.C.ANTI-SIDA 945257766 **ALICANTE:** CIPS 965240563 DECIDE-T 600968210 *Benidorm:* AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** COLEGA 950276540 **ASTURIAS:** *Gijón:* C.C. ANTI-SIDA 985338832 *Oviedo:* XEGA 985224029 **BADAJOS:** PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358 **BALEARS:** *Mallorca:* BEN AMICS 971723058 ALAS 971715566 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505 ACTUA 934185000 CREACIÓN POSITIVA 934314548 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 GAIS POSITIUS 932980029 GTT 932080845 P.A.I.T 934240400 PROJECTE DELS NOMS 933182056 RED2002 932080685 SIDA-STUDI 932681484 *Granollers:* AUMMO 615681422 *Sabadell:* ACTUA VALLÈS 937271900 **BIZKAIA:** *Bermeo:* TXO-HIESA 946179171 *Bilbo:* T-4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 ARCADIA CÁDIZ 965212200 *Algeciras:* C.C.ANTI-SIDA 956634828 *La Línea:* C.C.ANTI-SIDA 956237146 *Arcos de la Frontera:* GIRASOL 956717063 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613 **CASTELLÓN:** A.C.CONTRA EL SIDA (CASDA) 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957492779 CONVIHDA 957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:** C.C.ANTI-SIDA 981144151 *Santiago de Compostela:* C.C.ANTI-SIDA 981573401 *Ferrol:* Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guixols 972324005 **GRANADA:** NOS 958200602 C.C.ANTI-SIDA 958521352 COLEGA 958263853 **GUIPÚZKOA:** *San Sebastián-Donosti:* A.C.ANTI-SIDA 943290722 HARRI BELTZA OIARTZUN 943493544 *Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI 943792699 **HUELVA:** COLEGA 959284955 **HUESCA:** Vihvir 676099749 **JAÉN:**

**COLEGA 953271284 LANZAROTE:** FARO POSITIVO 928801793 **LAS PALMAS:** *Las Palmas de Gran Canaria:* AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149969 **LLEIDA:** A.ANTI-SIDA 973221212 **LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 *Ponferrada:* ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI-SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI-SIDA 982263098 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 COLEGA 915211174 FIT 915912019 SERPOSITIVAS 917987714 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA (ASIMA) 952601780 COLEGA 952223964 **MURCIA:** C.C.ANTI-SIDA 968298831 FUNDACIÓN CONTRA EL SIDA 968904001 *Cartagena:* C.C.ANTI-SIDA 968521841 *La Albatalla:* AMUVIH 626029002 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948177244 **PONTEVEDRA:** *Vilagarcía Arousa:* 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** ADHARA 687245264 COLEGA 954501377 COLEGA *Morón:* 637169671 *Federación Andaluza Colegas:* 902118982 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 *La Palma:* INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COL·LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA: OFICINAS Y NAIF 963920153 CENTRO DE DÍA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 605921206 *Gandia:* SERVICIO INFORMACIÓN Y AYUDA AL/LA INFECTAD@ 962877371 **VALLADOLID:** C.C.ANTI-SIDA 983358948 **ZAMORA:** C.C.ANTI-SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI-SIDA 976438135 IBERAIDS 976201686 LYGA 97-6395577 OmSIDA 976201642

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)

**Ref: 600**

Chico gay, pasivo, 34 años, VIH+. Busco pareja con la que compartir momentos de felicidad y amor, pues me encuentro muy solo. Valoro la educación y el respeto. Toledo/ Madrid.

**Ref: 601**

Hola soy José, VIH+, 44 años, heterosexual, muy sano. Me gustaría conocer a una chica de similares características, si puede ser de la zona de Alicante o alrededores. ¡Un saludo!

**Ref: 602**

Hola, me llamo Javi, 32 años, pelo y ojos castaños, 1,83m; 85kg. Heterosexual, liberal y muy simpático. Me gusta la música, leer, viajar, etc. Y aunque soy muy maravilloso, ahora me encuentro privado de libertad en Burgos.

**Ref: 603**

Fco. José, 42 años, VIH+ indetectable. Rubio-castaño, ojos marrones, 1,80m, 70kg. Deseo encontrar a una mujer de entre 32 y 42 años para compartir mi vida con ella. No lo pienses y escíbeme. Soy cariñoso y con ganas de enamorarme. Te espero.

**Ref: 604**

Hola me llamo Marisa, tengo 53 años, soy portadora del VIH y asintomática. Estoy perfectamente de salud. Quisiera tener una relación seria con señores de 49 a 55 años, preferentemente de Madrid.

**Ref: 605**

Juan, murciano, 44 años, heterosexual, busca correspondencia con mujer de 38 a 45 años. Experiencia, esbelto, proporcionado, leal, sé escuchar a una mujer y dialogar con ella. Sinceridad. Carga viral indetectable. Escíbeme.

**Ref: 606**

Chica, 46 años, atractiva, extrovertida e independiente, necesita encontrar a un hombre que tenga las cosas claras, en todos los aspectos. Si podemos conocernos y enamorarnos, mejor. Legal y sincero, como yo. ¿Pido mucho? Puedes ser tú. Escíbeme, contestaré.

**Ref: 607**

Chico de Almería, 39 años, alto, guapo dicen, aunque yo me veo del montón; me gustaría conocer a hombre, si es posible de la provincia, mayor de 39 años para relación estable. Soy amante del verdadero amor, y mi meta es encontrar a esa persona a la que amar, cuidar y respetar.

**Ref: 608**

Chica transexual femenina 35 años aparentando menos, morena, 1,69m, 66kg, VIH+, buen estado de salud, agradable, guapa, cariñosa, deportista, romántica y leal. Busco a chico para intentar relación. Madrid. nadianak06@hotmail.com.

**Ref: 609**

Chico heterosexual, 38 años de Cádiz, deseaba conocer a chica. Echo de menos el estar enamorado, soy deportista. Busco una razón para levantarme por las mañanas.

**Ref: 610**

Chica de 43 años, VIH+ indetectable. Alegre, sincera, con ganas de vivir, optimista y sin vicios. Me gusta la naturaleza, viajar, cine, pasear. Busco a un hombre similar, amistad o lo que surja. Barcelona o provincia.

**Ref: 611**

Tengo 44 años, VIH+ asintomático, trigüeño, 180m, 79kg. Tengo programado viajar a España el próximo año y me gustaría conocer a personas heterosexuales para contactos de amistad sincera y sana.

**Ref: 612**

Mariluz, 42 años, VIH+ indetectable, quisiera encontrar amor, cariño y sinceridad para una posible relación estable, con hombre heterosexual similar a mí. Enviad número y foto, gracias.

**Ref: 613**

Soledad, 41 años, soltera, 1,68m, 52kg, pelo castaño, ojos miel. Busco relación estable con hombre heterosexual y maduro. No olvidéis enviarme tu foto y número para contacto.

**Ref: 614**

Mabel, 41 años, VIH+, indetectable, soltera. Quisiera encontrar pareja estable con hombre heterosexual de 40 a 47 años. Enviad número de contacto y foto. Besos. Gran Canaria.

**Ref: 615**

Chico de 26 años, VIH+, moreno, ojos verdes, 65kg, 1,75m, majo, fibrado y muy simpático de Barcelona. Busco a chicos activos de 25 a 35 años, para amistad o posible relación. Un beso y ánimo. También busco amistades.

**Ref: 616**

Se busca: chica alegre y divertida, coherente, independiente, jovial, ágil, dinámica... Se ofrece: chico similar, en Madrid, de cuarenta y pico. ¿Probamos a ver lo que pasa?

**Ref: 617**

Lola. 50 años. Atractiva, romántica, cariñosa, alegre... busca a chico de 45 a 50 años, no fumador, muy cariñoso, sincero y optimista. País Vasco o zona Maresme (Barcelona). Para relación bonita.

**Ref: 618**

Hola soy José, 44 años, VIH+ desde hace 18 años, heterosexual de Alicante. Me gustaría conocer a chica que no tome drogas para amistad, salir y si hay buen rollo, una posible relación. rockero62@hotmail.com.

**Ref: 619**

Hola. Soy chica de Palma, de 45 años. Busco a pareja estable, para cuidarnos mutuamente. Me gusta escribir, leer, manualidades, hacer cosas, escuchar música... sincera y sobre todo solidaria y generosa. Me gusta la familia.

**Ref: 620**

Chico gay, 1,80m, 80kg, sin pluma, atractivo, VIH+. Busco a chicos y/o hombres para amistad y/o relación estable. Si pudieras ofrecerme trabajo será de gran ayuda. Yo 30 años.

**Ref: 621**

Fran, 45 años. VIH+ hace 18 años, estado de salud bueno, con paga justa para vivir. Busco a compañera que sea fiel, sincera y hogareña, no me importa su estado actual, para poder formar un hogar y ser felices juntos. Me da igual prisión, calle, deterioro, etc...

**Ref: 622**

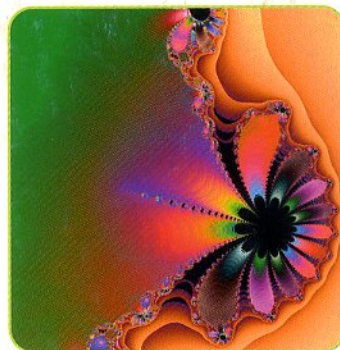
María, 44 años. VIH+ Indetectable, atractiva. Me gustaría conocer a chico de 40 a 50 años, divertido, vida sana, alto, a ser posible de la zona de Andalucía. Para posible relación de pareja.

**Ref: 623**

Javi, 38 años, VIH+, indetectable, heterosexual, atlético. 1,80m y 84kg. Sobre todo me gustaría volverme a enamorar, vivo por ello, espero que me escribáis, un beso.

## 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 hacerlo con frecuencia.



## 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 otr@s a hacerlo.

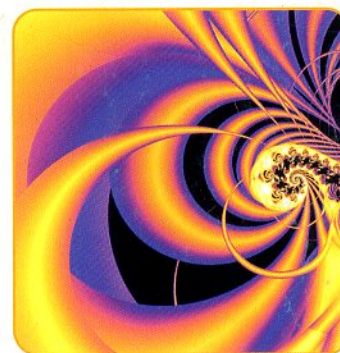
NUEVA WEB

# www.gtt-vih.org

¡VISÍTALA!

## 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.



## 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.