

Verano/Otoño 2007 • Gratis

# IMPACTO!

TRANSNACIONAL

## El VIH y la Tercera Edad

 **APLA**  
AIDS Project Los Angeles

Historias de Jane Fowler, 72 y Ricardo González, 57 • Sexualidad en la tercera edad • Tratamiento

# CONCASIDA 2007

**Nicaragua**

**4 al 9 de noviembre**

**V Congreso Centroamericano de  
ITS, VIH y SIDA**

**V Encuentro Centroamericano  
de Personas que viven con VIH  
o SIDA**

**[www.concasida2007.org](http://www.concasida2007.org)**

Este evento es el espacio de la Región Centroamericana para la socialización de información científica, intercambio de experiencias, lecciones aprendidas, que conlleven al compromiso y la acción de las autoridades gubernamentales, sociedad civil, sector religioso y privado.

# CONTENIDO



## ARTICULOS

### 8 Mi historia

Una hermosa historia de reflexión, valor y poder de Jane Fowler, de 72 años de edad, quien vive con VIH desde principio de los noventa.

*Por Jane Fowler.*

### 11 Yo se lo pedí al médico

Ricardo González cuenta cómo se dio cuenta que tenía VIH hace dos años, a los 55 años de edad y cómo el médico nunca pensó que él pudiera tener VIH.

*Por Omar Baños.*

### 14 ¿Qué sabe sobre el VIH un ochentón?

Una franca conversación sobre VIH, sexo y sexualidad con un hombre latino de 83 años de edad.

*Por Omar Baños.*

### 16 Antes de los 50

Un relato personal sobre dudas, crecimiento y esperanza después de conocer su estatus de VIH positivo.

*Por Marco A. Sandoval.*

### 20 Mi tío tenía SIDA

El testimonio de la sobrina de uno de los primeros enfermos de SIDA en El Salvador.

*Por Alexis Henríquez.*

### 22 El VIH y la tercera edad

Una revisión de los datos, realidades sobre la prevención del VIH, atención y cuidado de las personas mayores de 50 años.

*Por Omar Baños.*

### 30 Sexualidad en la tercera edad

Mitos y realidades del sexo y personas mayores, con algunos consejitos para disfrutar la sexualidad a cualquier edad.

*Por Asociación para la Salud Sexual.*

### 40 CROI: Reporte de la conferencia de retrovirus e infecciones oportunistas

Informe sobre algunos de los medicamentos en investigación que fueron presentados durante esta importante conferencia en Los Angeles, CA.

*Por Monica Leibovich-Adrabi, MD.*

## Vol. 5, No. 3

ENVÍE SU MATERIAL A:

**APLA/IMPACTO!**

The David Geffen Center

611 S. Kingsley Dr.

Los Angeles, CA 90005

Teléfono: 213.201.1361

Fax: 213.201.1598

obanos@apla.org

www.apla.org

EDITOR

**Omar Baños**

EDITORA ASOCIADA

**Mónica Leibovich-Adrabi, MD**

ARREGLO GRÁFICO

**Omar Baños**

DIRECTOR ASOCIADO

DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

**Patrick "Pato" Hebert**

DIRECTOR DEL

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

**George Ayala, Psy. D.**

COLABORADORES

DE ESTA EDICIÓN

Jane Fowler

Alexis Henríquez

Richard Levin, MFT

Larry Padua

Scott Pasfiel

Edu Ponces

Juan Carlos Ricaurte, MD

Marco A. Sandoval

Steven Vitero, D.D.S

CONSEJO NACIONAL ASESOR

Moisés Agosto

Eli Coleman, Ph.D.

Laura Figueroa

Douglas Méndez, MD

Rafael Mazín, MD

Roger Sánchez

Octavio Vallejo, MD, MPH

En parte, la publicación es posible gracias al patrocinio de:

*Abbott Laboratories*

*Boehringer Ingelheim*

*Bristol-Myers Squibb Virology*

*Gilead Sciences, Inc.*

*Pfizer, Inc.*



- 2 Editorial
- 3 Qué me dices
- 4 Noticias
- 6 Novedades
- 18 Tratamiento  
Tratamiento del VIH en mayores de 50 años de edad
- 19 Para venus  
Pidamos la prueba del VIH
- 26 Nutrición  
Recetas refrescantes
- 28 VIH  
Análisis de laboratorios
- 32 Al otro lado  
¿Qué necesitan las personas mayores de 50 en la prevención del VIH?
- 34 Nuestra salud  
Problemas metabólicos en la tercera edad
- 36 Nuestra Salud  
Boca sana
- 38 Salud mental  
Envejecer con VIH
- 43 Historia  
Historia del condón
- 44 ¿Sabías que...?
- 45 Directorio

*IMPACTO! Transnacional* es una revista trimestral publicada por AIDS Project Los Angeles (APLA). Todo el material tiene únicamente un propósito informativo y no debe ser utilizado como una recomendación médica. Siempre consulte con su médico. El contenido de los artículos firmados es responsabilidad de los autores y no refleja necesariamente el punto de vista de APLA. Los nombres, fotografías, anuncios y referencias en ningún sentido indican la orientación sexual o estatus serológico de las personas. Todos los artículos deberán entregarse escritos a máquina dos meses previos a su publicación. *IMPACTO! Transnacional* se reserva el derecho de editar el material en cuanto a estilo y brevedad. La publicidad en *IMPACTO! Transnacional* está limitada a anuncios de servicio público y agencias comunitarias no lucrativas.

Copyrights © 2001-2007 AIDS Project Los Angeles (APLA). Se permite la reimpresión no comercial siempre que se otorguen los créditos necesarios.



Hace unos días terminé de leer *Memoria de mis putas tristes*, de Gabriel García Márquez. Es una historia de un octogenario que al cumplir sus noventa años de edad decide vivir su fantasía sexual con una jovencita en una casa de citas. Es una historia de deseo, placer y amor a finales de la vida, cuando creemos que a esa edad solamente pensamos en lo que dirá nuestra lápida.

La historia del hombre de casi noventa ilumina y ejemplifica esta edición de *IMPACTO!* sobre la tercera edad, la sexualidad y el VIH. Cuando hablamos de la tercera edad, siempre nos imaginamos a personas mayores, con arruguitas, enfermos y frágiles. Nos imaginamos personas mayores de 80 años que esperan pacientemente la muerte. Pero como en la historia de García Márquez, la edad, la avanzada edad, no nos impide sentir, desear y querer.

En esta edición abordamos la tercera edad y el VIH porque consideramos que poco se habla sobre el tema. Algo importante de aclarar aquí es que utilizamos la edad de los 50 años como parámetro de cuando se entra a la tercera edad. Aunque es cierto que ahora los cincuentones y setentones parecen muchísimo más jóvenes a lo que acostumbrábamos a ver en décadas pasadas, siguen siendo parte de la tercera edad.

Ahora bien, envejecemos mejor que antes. Desde un mejor cuidado personal, hasta los diferentes medicamentos que nos pueden ayudar con las dolencias propias del envejecimiento. También es cierto que durante los últimos 26 años, muchas personas de la tercera edad se encuentran en una realidad antes desconocida: vivir con VIH después de los cincuenta, o vivir con la posibilidad de infectarse con VIH hasta ya pasados los setenta años de vida.

Las historias personales que aparecen en esta edición precisamente hablan de vivir con VIH después de los cincuenta y de haberse infectado con el virus en una edad que para muchos es impensable. Tal es la historia de Jane Fowler, que nos cuenta el momento en que se enteró que tenía VIH, su reacción inicial y su decisión de dar la cara como una mujer mayor de 72 años. Otra de las historias que lamentablemente es común con las personas mayores de 50, es la de Ricardo González: no utilizan condones en las relaciones sexuales porque piensan que a su edad ya no pueden contraer el VIH u otras infecciones de transmisión sexual, desconocen los modos de transmisión del VIH, sus médicos de cabecera nunca les hablan sobre VIH, y no se hacen la prueba del VIH.

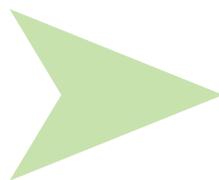
Aunque esta edición tiene sus limitaciones sobre la información del VIH y la tercera edad, tratamos de que ayude a empezar conversaciones entre gente mayor. Hablemos sobre sexualidad, VIH, prácticas sexuales, amor y deseo. Hablemos sobre los tratamientos, lo que significa para una persona mayor de 50 tomar ARV y tener otras complicaciones médicas propias del envejecimiento.

Después de todo, lo que nos queda es seguir aprendiendo, porque como dice el dicho: “el que no oye consejos no llega a viejo” y se pierde la posibilidad de vivir el enamoramiento que vive el octogenario de *Memoria de mis putas tristes*.

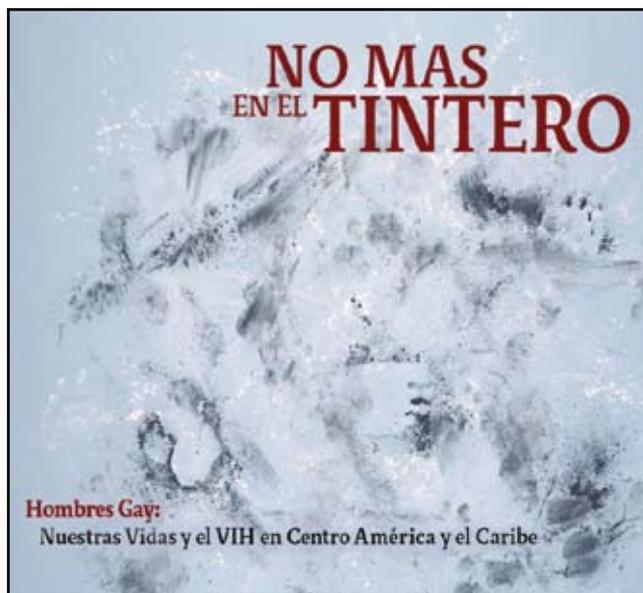
Omar Baños

Editor





*AIDS Project Los Angeles, anunció que conjuntamente con Asociación Kukulcán de Honduras y la Coalición de Organizaciones Gay de América Central recientemente publicaron el documento No Más en el Tintero: Una consulta entre hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres en Centro América y el Caribe Hispano para explorar las posibilidades de estrategias de prevención con esta población. Para más información, puede ver el documento completo en [www.apla.org/espanol/publicaciones.html](http://www.apla.org/espanol/publicaciones.html). Aquí reproducimos el prólogo del documento:*



**A** veces perdemos la perspectiva de las cosas positivas en nuestras vidas por la rapidez con que vivimos. Nos enfrascamos en magnificar lo negativo. Las ausencias en nuestras vidas parecen insostenibles. Todos queremos resolver nuestros problemas, llenar los vacíos y responder a nuestras necesidades de forma inmediata. Pero en ese afán —justificado— perdemos los momentos importantes para hacer una pausa en el trabajo que realizamos día tras día y darnos el regalo de poder valorar esas cosas que sí tenemos.

Nos gustaría decir que este informe reporta esas cosas que sí hemos logrado. La verdad es que las menciona, pero no son el centro prioritario. ¡Con mucha razón!. Lo que este informe muestra es el trabajo de prevención del VIH con hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Centroamérica y el Caribe que han realizado los hombres gay, bisexuales, travestis y transgéneros organizados; también e indaga en las carencias, necesidades y vacíos con los que hemos trabajado desde que apareció el primer caso de VIH en la región. Es una realidad penosa, pero necesaria de abordar.

Este informe entrelaza la voz narrativa de los que estuvimos presentes en la Ciudad de la Ceiba, Honduras para expresar las posibilidades concretas para un futuro saludable y seguro para los hombres gay y HSH en la región. Lo

que tratamos de hacer en la redacción de este informe es proponer una narrativa diferente de los típicos documentos sobre el tema. Aquí ofrecemos un informe consensuado que contextualizada las vidas y las experiencias de los hombres gay y HSH en la región. La voz narrativa es un “nosotros” que invoca la voz de todos los que estuvimos presente. Así, construimos una narrativa grupal de hombres gay activistas de la región, que de forma unísona expone denuncias, realidades y propuestas concretas.

Ambos autores y todos los que participamos en la Consulta y la elaboración de este informe, esperamos que la narrativa nos invite a reflexionar sobre las cosas maravillosas que los hombres gay, bisexuales, travestis y transgéneros hemos logrado durante los años y nos rete a pensar en la construcción de un mejor futuro.

Finalmente, esperamos que todos nuestros aliados, amigos, familiares y colaboradores en la lucha contra el VIH y en pro los Derechos Humanos encuentren útil y razonable lo que aquí se propone. Aún queda pendiente una narrativa que recoja esos asuntos de fortalezas, respuestas, resistencia y logros importantes de las luchas de los activistas gay de la región. Por ahora, les invitamos a que hagan una pausa en sus ocupadas agendas y disfruten este informe.



## GEOVAX ANUNCIA INICIO DE DOS INVESTIGACIONES DE VACUNA CONTRA EL VIH/SIDA

Los Laboratorios GeoVax, Inc., anunciaron en julio el comienzo de dos nuevos estudios en humanos de una vacuna contra el VIH/SIDA. Los estudios están dentro de los lineamientos de la FDA y son los 3ros y 4tos en una serie de estudios cuyo objetivo es evaluar la seguridad en humanos y la respuesta inmune de la vacuna de GeoVax. *(Para más información leer [www.medicalnewstoday.com/articles/77086.php](http://www.medicalnewstoday.com/articles/77086.php)).*

## OMS RETIRA VIRACEPT® DE ROCHE DE SU LISTADO DE PRECALIFICADOS

Recientemente la industria farmacéutica Roche notificó el retiro y la suspensión de lotes del antirretroviral Viracept®, por haberse detectado la presencia de una impureza genotóxica en algunos de sus lotes.

Viracept® contiene nelfinavir como uno de sus ingredientes activos. El medicamento estaba precalificado por la OMS en base a la evaluación científica de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y de una válida autorización de venta en la Unión Europea.

La autorización para la venta de Viracept® en la Unión Europea fue suspendida el 21 de junio de 2007 en vista de la preocupación de las autoridades por la calidad y seguridad de este producto, que puede contener sustancias genotóxicas en algunos de sus lotes.

La OMS suspendió también Viracept® de la lista de los productos precalificados de la OMS. (Más información en: [website: www.emea.europa.eu](http://www.emea.europa.eu)). La información sobre la presencia del genotóxico se refiere a los lotes actuales de Viracept® proveídos por Roche a países fuera de Estados Unidos, Canadá y Japón. De acuerdo a la situación actual

y las medidas a tomar respecto al Viracept® por favor dirigirse a las recomendaciones de la OMS que se pueden encontrar en: [http://www.who.int/prequal/info\\_press/ViraceptWHOstatementJune14-07\\_En.pdf](http://www.who.int/prequal/info_press/ViraceptWHOstatementJune14-07_En.pdf).

Junto a otros actores relevantes, la OMS está dando seguimiento a esta situación para brindar informaciones específicas y asesoramiento al respecto. *(Para más información leer [www.paho.org/spanish](http://www.paho.org/spanish)).*

## SEXO ORAL, CÁNCER DE GARGANTA Y VIRUS

De acuerdo a lo publicado por la FDA News el 10 de mayo 2007 (Rob Stein, 5/10/07), la Dr Maura L. Gillison del Johns Hopkins Medical Institution y colegas estudiaron a un grupo de personas con cáncer orofaríngeo (garganta), amígdalas y tejido circundante y encontraron que aquellos pacientes que tenían la infección del virus del papiloma humano (VPH) tenían 32 veces más probabilidades de desarrollar un cáncer de la cavidad oral comparados con pacientes que no tenían el VPH.

Por otro lado hallaron que aquellos individuos que habían tenido entre una a cinco parejas con prácticas de sexo oral tenían 3,8 veces más probabilidades de desarrollar el cáncer de la cavidad oral, y aumentaba respectivamente con mayor número de parejas (sin importar si eran parejas femeninas o masculinas). Parece que las tasas de cáncer de tipo oral han aumentado recientemente, y en particular en aquellos que no son fumadores ni alcohólicos.

## CÁNCER DE PIEL Y EL VIH

El cáncer de piel parece presentarse con mayor frecuencia en personas con VIH comparados con la población general, según se informó en la IV conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA (IAS, siglas en inglés) en Australia. La Dra Nancy Crum-Cianfone de Bethesda EE.UU., estudió a 4.507 personas con VIH. Los datos obtenidos demostraron que del total de las personas estudiadas, 260 desarrollaron cáncer de piel. El sarcoma de Kaposi fue el más común, si bien la frecuencia de este tipo de cáncer se ha reducido con la introducción de la terapia antirretroviral. Los otros tipos de cáncer de piel como el carcinoma de células basales ha aumentado (2,3 veces) y el de melanoma (3,1 veces) en personas con VIH comparados con la población general. Los aumentos de las tasas de este tipo de cánceres no tuvo ninguna relación con los recuentos de CD4 ni con los niveles de la carga viral. La investigadora del estudio señaló que se deberían hacer controles de rutina en esta población para detectar estos tipos de cánceres de piel. *(Información extraída de La noticia del día 26-07-2007).*

## LEXIVA®: NUEVA FORMULACIÓN PARA LOS NIÑOS

La compañía farmacéutica GlaxoSmith Kline (GSK), en un comunicado de prensa de junio 2007, informó que la FDA (Administración de Fármacos y Alimentos de los EE. UU.) aprobó la formulación líquida para uso pediátrico (niños de 2 a 18 años) de su inhibidor de la proteasa, Lexiva® (fosamprenavir calcium) para usar junto con otros antirretrovirales. La formulación se deberá tomar dos veces por día (cada 12 horas) junto con comida. GSK tiene un programa conocido como Bridges to Access Program que ayuda a pacientes que califican a acceder a los antirretrovirales de GSK. (Para más información contactarse con el 1-866-PATIENT).

## LA FDA APROBÓ SELZENTRY™ (MARAVIROC): NUEVO MEDICAMENTO CONTRA EL VIH

El seis de agosto de 2007, la compañía Pfizer anunció que la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA) aprobó las tabletas de Selzentry™ (maraviroc), el segundo medicamento aprobado dentro de la familia de los inhibidores de la entrada, pero el primero de la clase conocidos como antagonistas del receptor CCR5. Maraviroc bloquea la entrada viral a las células blancas, esto permite reducir la carga viral e incrementar consecuentemente el conteo de células T en pacientes con experiencia previa en tratamiento y resistentes a múltiples ARV. La FDA dio la aprobación acelerada basada en datos de estudios de 24 semanas para que se pueda utilizar junto con otros antirretrovirales en pacientes infectados con el VIH-1 con tropismo-CCR5, también conocido como virus R5. (Para más información sobre este medicamento, ver página 40).

## BARACLUDE (ENTECAVIR) Y LA COINFECCION

La FDA junto con la compañía farmacéutica Bristol-Myers Squibb (BMS) enviaron una notificación a los profesionales de salud sobre el uso de Baraclude (entecavir), un antiviral análogo nucleósido utilizado para el tratamiento de la hepatitis B (VHB). Se reportaron datos sobre la posibilidad de desarrollo de resistencia del VIH en pacientes coinfectados con hepatitis B que reciben este medicamento. Se hallaron variantes de VIH con la mutación M184V, en pacientes con VIH y VHB que no recibían tratamiento para el VIH al momento que tomaban Baraclude. Todavía hacen falta más estudios al respecto, pero si esto se confirma a mayor escala podría indicar la presencia de resisten-



cia a varios medicamentos de la familia de los nucleósidos. Los análogos nucleósidos son el tratamiento de base actual que se utilizan para formar regímenes con los inhibidores de la proteasa o con los no nucleósidos para el tratamiento del VIH.

## LA DROGA METANFETAMINA (CRISTAL) AFECTA AL SISTEMA INMUNOLÓGICO

Según comentó Tim Horn de aidsmeds y POZ, de acuerdo a reportes presentados en la 4ª Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA realizada en julio del corriente año en Sydney, Australia, las personas VIH positivas que usan la droga metanfetamina (cristal) tienen recuentos de las células CD4 inferiores comparados con aquellos individuos VIH positivos que no la usan. Parecería que la droga también afecta a las células CD8, la cuales cumplen ciertas funciones en el control de la infección del VIH.

## INTERACCIONES ENTRE PRAVASTATIN Y DARUNAVIR (PREZISTA®)/RITONAVIR

Pravastatin, un medicamento que se usa comúnmente para reducir los niveles de colesterol en la sangre, sube sus niveles en sangre en un 81% cuando se lo administra a pacientes que reciben un tratamiento anti-VIH que incluye a darunavir /ritonavir. Según un artículo de Mark Mascolini de abril 2007, basado en datos reportados en el 8vo Taller Internacional sobre Farmacología de la Terapia del VIH, Tibotec advirtió que se comience con dosis pequeñas de Pravastatin (para luego incrementar gradualmente vigilando muy de cerca sus niveles en sangre) en el caso que se tenga que suministrar Pravastatin en pacientes que reciben darunavir/ritonavir.

*Noticias compiladas por Mónica Leibovich-Adrabi, MD y Omar Baños.*



## IV FORO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE 2007 EN VIH/SIDA E ITS

Tras los encuentros en Brasil (2001), Cuba (2003) y El Salvador (2005), Argentina fue el país anfitrión del IV Foro de Latinoamérica y del Caribe 2007 en VIH/SIDA e ITS. Con el lema “Latinoamérica y el Caribe: unidos en la diversidad hacia el acceso universal”, más de 3.000 visitantes debatieron, compartieron e intercambiaron experiencias los días 17, 18, 19 y 20 de abril en el Centro Costa Salguero de la Ciudad Capital de Buenos Aires.

Lo organizaron el Ministerio de Salud de Argentina, la sociedad civil argentina, las redes regionales ICW LATINA, REDTRASEX, ASICAL, REDLA+, MLCM+, REDLARD, LACASSO, REDLACTRANS y el GCTH, y participaron los gobiernos, la sociedad civil, personas que viven con el virus, instituciones académicas, agencias internacionales, organismos bilaterales y multilaterales de desarrollo y el sector privado, los cuales resaltaron los grandes avances en información y concienciación sobre el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

Se realizaron centenares de talleres, conferencias, debates y ponencias con la participación de destacados especialistas nacionales e internacionales, y actividades culturales con artistas de los 20 países abiertos a toda la comunidad. En la ceremonia de cierre el activista chileno Gonzalo Cid, representante de la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina y el Caribe (ASICAL), presentó las conclusiones del Foro Comunitario, que se realizó en paralelo: destacó que la región necesita hacer colectivos los procesos de capacitación, que hay que evitar la concentración del poder, que el sector comunitario debe preservar su autonomía para hacer más eficiente su respuesta ante la

pandemia y que debe ampliarse la prevención. (Por Por Hugo Luis Mariani; leer nota completa [gtt-vih.org/epublish/1/v0n37](http://gtt-vih.org/epublish/1/v0n37)).

## MANAGUA, NICARAGUA SEDE DEL V CONCASIDA EN NOVIEMBRE DE 2007

Este evento es el espacio de la Región Centroamericana para la socialización de información científica, intercambio de experiencias y lecciones aprendidas que conlleven al compromiso y a la acción de las autoridades gubernamentales, sociedad civil, sector religioso y privado.

Además, será la sede del V Encuentro Centroamericano de las personas que viven con el VIH o SIDA, que permita su fortalecimiento y definiciones de propuestas que incidan en el compromiso y la acción.

En el marco de CONCASIDA 2007 se realizará una reunión del Consejo de Ministros de Salud (COMISCA) que permita tomar decisiones políticas y estratégicas en el tema de VIH/SIDA para la Región Centroamericana. Así mismo, se dará seguimiento y se evaluará la declaración de los Presidentes Centroamericanos firmada en El Salvador (noviembre 2005) para ser ratificada y/o renovada por los Presidentes centroamericanos donde el tema del VIH/SIDA sea prioridad para la agenda regional.

Se promoverá también la visualización de la Región Centroamericana ante la Conferencia Mundial de SIDA, México 2008. (Para más información visite [www.concasida2007.org](http://www.concasida2007.org)).

## REVOCAN PENA DE MUERTE A MÉDICO Y ENFERMERAS BÚLGAROS EN LIBIA

México DF, julio 18 de 2007. Este martes 17 de julio, después de casi nueve años en prisión, las enfermeras búlgaras y el médico palestino nacionalizado búlgaro acusados de inocular el VIH en el hospital Benghazi de Libia, lograron el intercambio de su sentencia a pena de muerte impuesta por la justicia libia, por purgar cadenas perpetuas en prisiones búlgaras y el pago de indemnizaciones a las personas afectadas del hospital en el que prestaban servicio.

Los hechos se remontan a 1998 cuando en el hospital Benghazi se detectó la presencia del VIH/SIDA en la sangre de los pacientes, en su mayoría infantes. Cinco enfermeras búlgaras y un médico palestino nacionalizado búlgaro auxiliaban en las labores del hospital. Al momento de los hechos fueron inculcados de haber contaminado intencionalmente a los pacientes del nosocomio siendo arrestados, llevados a prisión y condenados a la pena capital.

Los involucrados desde un principio acusaron a las

autoridades libias de haber confesado bajo tortura el haber infectado de manera intencional a los pacientes. En su momento señalaron al policía Mohamed Salim como su torturador, quien presuntamente los utilizó para el entrenamiento de perros policías. Las autoridades libias les acusaron de difamación.

Con estas declaraciones la Unión Europea, Estados Unidos y Bulgaria apelaron por la inocencia del médico y las enfermeras balcánicas, además de conseguir poner la mira internacional en el caso. Nueve años después, en un comunicado emitido en Trípoli por la corte libia, se les absuelve del delito de difamación. “La corte ha desechado las acusaciones (de difamación) después de una breve discusión”, se señala. *(Por Leonardo Bastida A.; leer nota completa en [www.notiese.org](http://www.notiese.org)).*

## GUATEMALA ATRAVIESA CRISIS EN PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES

Con una población de 13 millones de habitantes, se estima que Guatemala alberga a 78.000 personas que viven con VIH y SIDA[2], de ellas, cerca de 13.000 necesitan tratamiento antirretroviral[3].

Los avances en la provisión de tratamiento antirretroviral (TARV) en Guatemala han sido muy grandes si se compara la situación actual con la de hace algunos años; sin embargo, debido a retrasos en las últimas compras de medicamentos por parte de los organismos responsables: Visión Mundial como Receptor Principal de los recursos del Fondo Mundial y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), todos los avances podrían estar en riesgo.

En el año 2003, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FM) aprobó un proyecto para Guatemala con un apoyo financiero de US\$40 millones de dólares para cinco años. En ese año, sólo 270 personas recibían TARV y el objetivo cuarto de este proyecto había establecido una meta restringida de ampliar la cobertura a 1036 personas que viven con VIH y SIDA (PVVS) en los dos primeros años. Posteriormente, debido a la presión de los activistas y ONG locales y la comunidad internacional, el número de beneficiarios se incrementó a 2.400 para finales del segundo año del proyecto (diciembre 2006)[4].

Las diversas secciones de la organización humanitaria Médicos sin Fronteras, continúan proveyendo tratamiento a 1.250 PVVS[5] en varias ciudades de Guatemala, que progresivamente irán transfiriendo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social hasta agosto del 2008.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social provee tratamiento a alrededor de 1.000 PVVS en sus establecimientos públicos gracias a la asignación de



recursos locales para la compra de medicamentos antirretrovirales. Y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) abastece de tratamiento antirretroviral a alrededor de 2.500 usuarios.

En total, un poco más de 7000 PVVS se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral en Guatemala, es decir, el 53% de los que lo necesitan.

La planificación y programación deficiente de los organismos encargados (MSPAS, Visión Mundial), sus procesos burocráticos, aunados a la falta de stock de medicamentos a los proveedores, debido a la creciente demanda mundial por antirretrovirales, ha demorado la llegada de éstos a Guatemala.

Según los responsables de estimar las necesidades de medicamentos, éstas estimaciones fueron enviadas en septiembre del 2006; sin embargo, recién en marzo de este año (6 meses después), el MSPAS asignó los recursos necesarios y tramitó las órdenes de compras a través del Fondo Estratégico de la OPS (lo cual garantizaba mejores precios para medicamentos pre-calificados por la OMS), pero implicaba una demora mínima de 16 semanas para contar con los medicamentos en Guatemala. Por tanto, es muy probable que los medicamentos no estén disponibles antes de julio, lo cual desencadenaría una inminente interrupción de la provisión de tratamiento.

Situación similar sucedió con las compras de Visión Mundial, en cuyo caso, el retraso ha llevado al desabastecimiento total de efavirenz y la combinación en dosis fija de zidovudina y lamivudina (azt+3tc), afectando las provisiones del MSPAS y poniendo en peligro la continuidad del tratamiento de cientos de PVVS. *(Por Lidice López Tocón; leer nota completa en [archivo de noticias www.observatoriolatino.org](http://archivo.de/noticias/www.observatoriolatino.org)).*

*Noticias compiladas por Mónica Leibovich-Adrabi, MD y Omar Baños.*



Jane Fowler; Fotógrafo: Scott Pasfield, Nueva York.

*Mi Historia*

Por Jane Pecinovsky Fowler

**E**n la privacidad de mi apartamento de la ciudad de Kansas, MO, en enero de 1991 abrí una carta que no esperaba y que cambió el curso de mi vida. Una carta que me transformó de ser una periodista profesional (una entrevistadora) a ser una entrevistada de los medios de comunicación; de ser una persona privada a ser una activista pública.

Hoy, y como consecuencia del contenido de esa carta, soy una educadora de prevención del VIH/SIDA de 72 años de edad, que habla en diferentes medios de comunicación en todos los Estados Unidos, aun internacionalmente, instando a poblaciones diversas a que reconozcan que el virus no discrimina, que puede infectar a cualquiera, a cualquier edad.

La carta que recibí, era de una compañía de seguros de salud —a la cual había solicitado los servicios para una nueva cobertura médica—, y decía que había sido rechazada como paciente debido a la presencia de una “anormalidad muy grave en mi sangre”, según el reporte de mi análisis de sangre de rutina. Debido a la noticia alarmante, llamé temblando al que había firmado la carta.

“¿Cuál es la anormalidad tan grave?”, pregunté. Su brusca respuesta fue: “Lo siento, pero es confidencial, sólo el doctor se lo puede decir”.

A las pocas horas, estaba en el consultorio de mi doctor, en donde con cara de preocupada leyendo el fax, me dijo: “Jane, esta aseguradora alega que tu análisis de sangre dio un resultado positivo de VIH”. Atónita por la noticia, me hice un análisis de sangre dos días más tarde, con la esperanza de que todo haya sido un error.

Tuve que esperar dos semanas —las dos semanas más agonizantes y largas de toda mi vida—, pero los resultados del análisis simplemente confirmaron la presencia del VIH.

Mi familia y a los pocos amigos a quienes les hablé sobre mi situa-

ción estaban pasmados, porque yo no encajaba en el clásico estereotipo de una persona con VIH/SIDA. Sin lugar a dudas no era un hombre gay, nunca usé drogas inyectables, ni me habían hecho una transfusión de sangre. Al momento del diagnóstico era una mujer profesional con 55 años de edad, que después de haberme graduado como periodista en la Universidad de Kansas, trabajé 15 años como reportera y escritora especializada del *The Kansas City Star*, luego fui editora asociada de la revista *Bon Appetit*, para luego continuar como escritora independiente.

Viví un estilo de vida tradicional y convencional. Cuando me casé, en 1959,

Una vez que recibí el diagnóstico y la fecha de mi infección, me retiré inmediatamente de la vida pública, diciendo que me “jubilaba”. Me convencí a mi misma y a un círculo pequeño de amistades, que estaban al tanto de mi condición que me retiraría para vivir serenamente, con la intención de reducir mi estrés y proteger mi salud lo más que pudiera.

Pero eso fue una mentira. La verdad era que quería mantener mi estado de VIH en silencio. Después de todo, una mujer de la tercera edad no puede sufrir de una enfermedad de transmisión sexual con estigma, ¿cierto? Me convertí en una especie de prisionera, escapando a través de la lectura, leyendo mucho, miran-

---

## “Viví un estilo de vida tradicional y convencional. Cuando me casé, en 1959, era virgen y me relación fue monógama durante mis 23 años de matrimonio”.

era virgen y mi relación fue monógama durante mis 23 años de matrimonio. Pero, a principios de la década de los 80, me divorcié (no por elección), y comencé a salir con gente nuevamente, por primera vez después de un cuarto de siglo.

No me considero haber sido promiscua. No frecuentaba los bares. Solamente salí con hombres de mi edad, quienes como yo, eran divorciados.

En aquellos días sabía muy poco del VIH/SIDA. Simplemente sabía que era una enfermedad misteriosa y fatal y que estaba afectando a la comunidad gay. ¿Por qué los heterosexuales habrían de temer? A mí no se me ocurrió que al tener sexo sin protección con un hombre atractivo, encantador e inteligente con interés y que había sido amigo cercano de toda mi vida de adulto me pondría en riesgo.

Pero, más tarde aprendí, que a la edad de 50 años a fines de 1985, me había infectado con VIH.

do la televisión durante horas, usando la comida como consuelo y comiendo un montón. En suma, gané peso en lugar de perderlo.

Durante cuatro años de semi-aislamiento, pasé el tiempo solamente con mi familia —mis padres, mi hijo, Stephen y su novia; y con aquellos amigos del círculo que me sostuvieron con su compasión.

Mis confidentes se educaron y se informaron, entendieron cómo se transmite el VIH, y estaban concientes que no había nada que temer de mi persona. Continué entreteniéndolos en mi casa, y ellos continuaron invitándome a la suya. Salíamos juntos, a comer afuera y al cine.

Las películas también se convirtieron en una constante y solitaria forma de escape. Al levantarme cada mañana, iba a buscar mi diario que lo tiraban en la puerta de entrada; y antes de leer las noticias, buscaba los avisos de las películas. La idea era encontrar las horas

de matiné en el teatro más distante posible. Si fuera necesario manejar durante 45 minutos para llegar, lo haría, con tal de evadir el entorno familiar y no encontrarme con conocidos que me preguntarían: “Jane, ¿por dónde anduviste, qué andas haciendo?” Yo, no estaba lista para contestar: “Esperando morir de SIDA”.

Fue entonces en la primavera de 1995, cuando de pronto me motivé lo suficiente para romper mi silencio, hablar y predicar prevención, particularmente a grupos de mi edad. Motivada por mi familia, amigos y mi médico, decidí hacerle frente y decir: “Miren a esta cara vieja, arrugada y con papada. Esta es otra cara del VIH. No es quien eres, cuantos años tienes, sino más bien es qué



Jane Fowler con sus nietos, Milo, de 4 años y Matilda de un año de edad. Fotografía por cortesía de Jane Fowler.

través de todo el país (inclusive en el show de Oprah Winfrey). Esta forma de comunicación me ha permitido alcanzar a un número incalculable de personas que de otro modo no se hubieran informado sobre la transmisión del VIH y su prevención.

El estigma relacionado al envejecimiento muestra la falta de emprendimiento en la prevención del VIH. Una idea común es el pensamiento de que la abuela o el abuelo no están o no deberían estar allí afuera teniendo sexo, o levantándose a alguien por la misma razón. Los mayores todavía siguen siendo activos sexualmente, y esta realidad necesita ser reconocida, especialmente, por los proveedores del área de la salud y social que prestan servicios a la comunidad de la tercera edad.

Yo sigo continuamente recordándole a todos que el VIH es una enfermedad que se puede prevenir (a diferencia de muchas otras), y que “nunca sabemos la historia sexual de nadie, excepto la propia”.

Mi trabajo se facilita gracias al apoyo de muchos, especialmente, mi familia. A pesar de que mis padres ya no están, mi hijo Stephen tiene una esposa y dos hijos: Milo quien cumple 4 en octubre y Matilda quien celebró su primer año en marzo. ¡Los abrazos de un nieto y de una nieta son una gran medicina!



## “Decidí hacerle frente y decir: Miren a esta cara vieja, arrugada y con papada. Esta es otra cara del VIH”.

haces y no haces con respecto a la transmisión del virus”.

Han pasado doce años (durante los cuales mi salud se ha conservado bien), y he brindado más de mil presentaciones a audiencias de todas las edades en diferentes tipos de establecimientos, tales como escuelas, iglesias, centros de atención para la salud, corporaciones y en conferencias. Después de siete años de liderazgo en la Asociación Nacional de VIH en mayores de 50 años, renuncié en el 2002, para fundar, en la ciudad de Kansas, el programa de Sabiduría del VIH para Mujeres Mayores. Mis objetivos han cambiado desde mi diagnóstico.

Ahora me siento comprometida a ayudar a otros para que puedan evitar al VIH. Los ayudo confesando el error que cometí hace unos veinte y tantos años atrás, cuando no sabía sobre lo necesario que era practicar “sexo seguro/más seguro”. No pido compasión ni lástima por mi infección, solamente pido que me ayuden en mi campaña educativa.

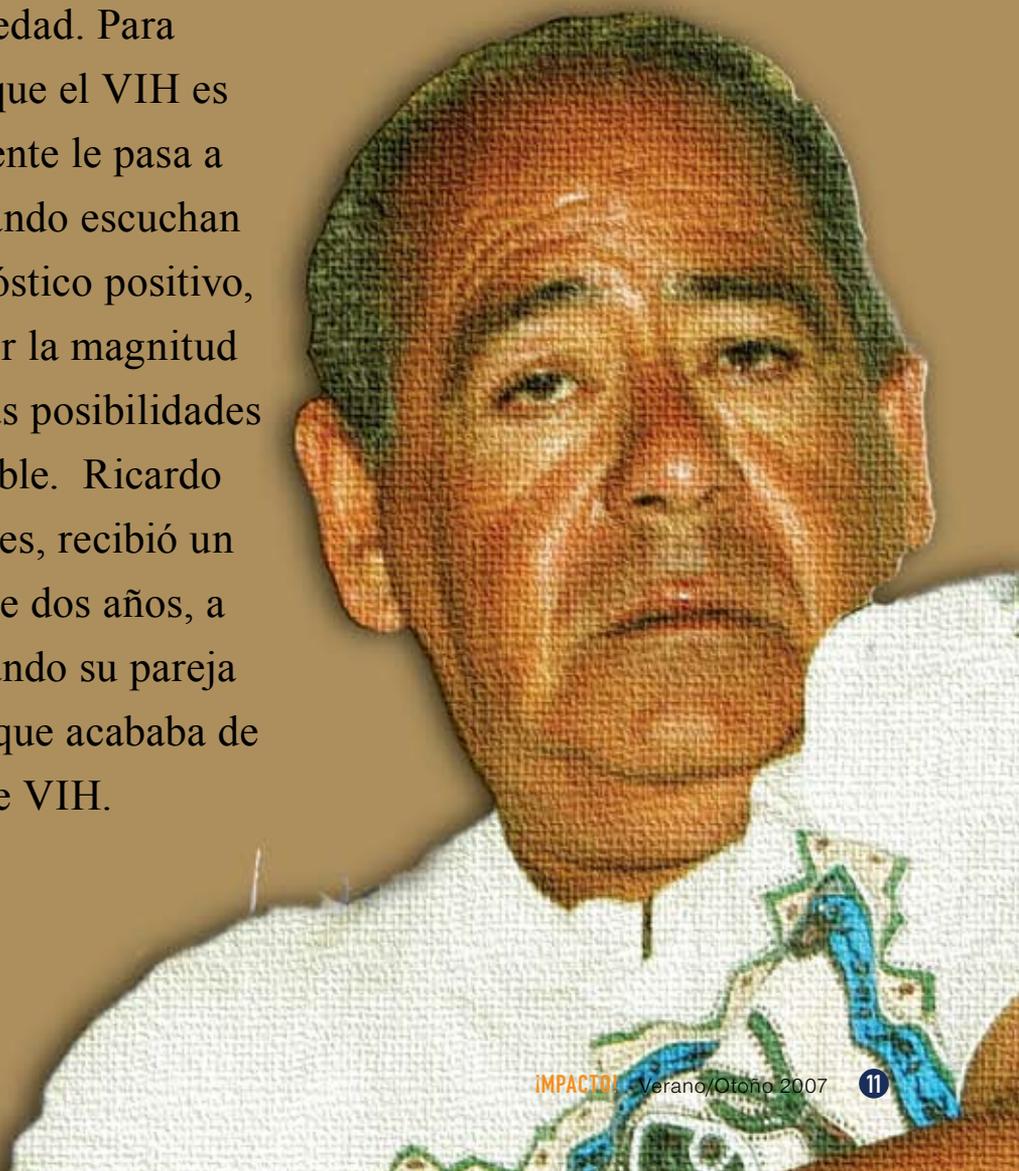
Mi función como portavoz para la generación de la tercera edad, mujeres especialmente, ha captado la atención de la prensa gráfica nacional y los medios electrónicos, como resultado de esto se ha contado mi historia y se ha mostrado mi trabajo en los principales mercados a

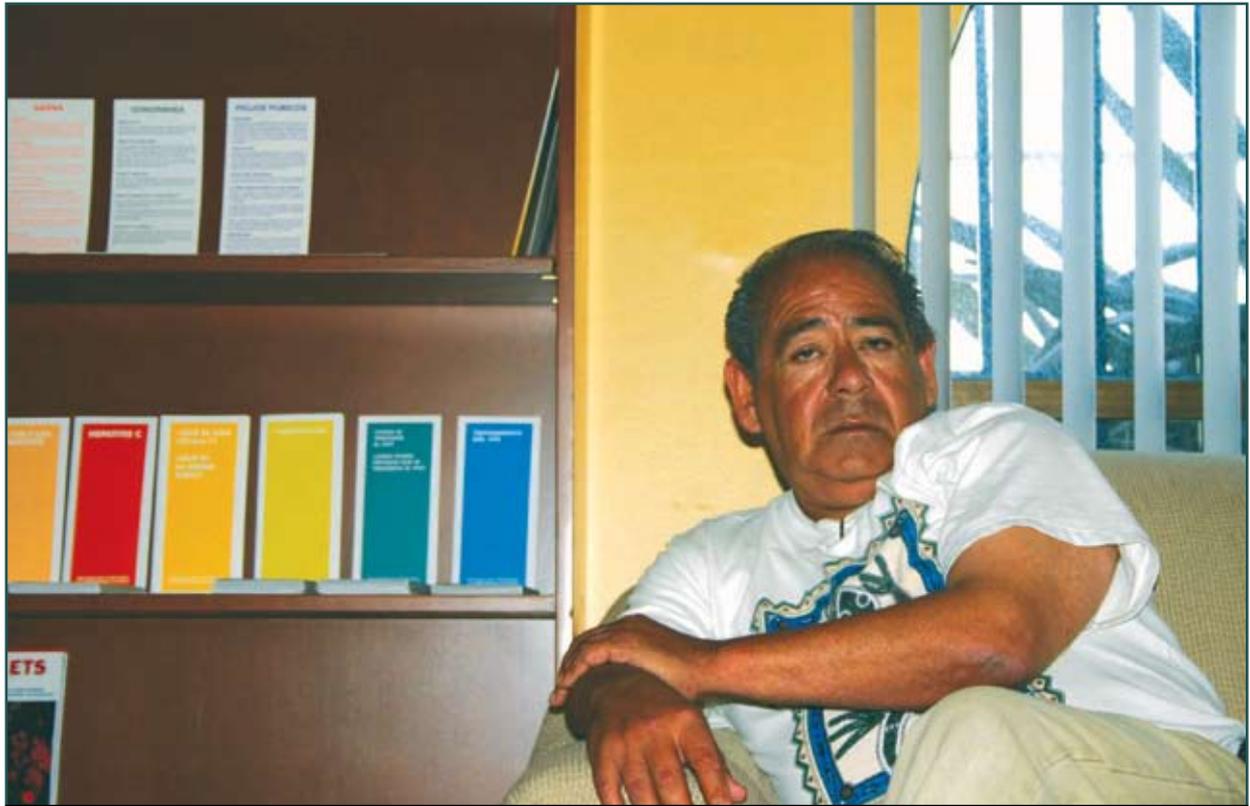
*Traducción por Mónica Leibovich-Adrabi. Para contactar a Jane Fowler, puede escribirle al correo electrónico: jane@hivwisdom.org y puede visitar la página electrónica: www.hivwisdom.org*

# “Yo se lo pedí al médico”

Por Omar Baños

**L**a historia de Ricardo no es muy diferente a la de miles de personas que se enteran que tienen VIH pasando los 50 años de edad. Para ellos, es común pensar que el VIH es algo distante que solamente le pasa a la gente joven. Pero cuando escuchan las noticias de un diagnóstico positivo, comienzan a comprender la magnitud del VIH, los riesgos y las posibilidades de vivir una vida saludable. Ricardo González, de Los Ángeles, recibió un diagnóstico positivo hace dos años, a los 55 años de edad, cuando su pareja de tres años le informó que acababa de recibir un diagnóstico de VIH.





Ricardo González, en un día de voluntariado en Bienestar Human Services, Sur Centro de Los Angeles. Foto por Omar Baños.

A su edad, Ricardo estaba seguro que no podía tener VIH. Esa es parte de la historia que contó a IMPACTO!, además de relatar el proceso de aceptación y la renovación de su vida y su futuro en una etapa que esperaba no le trajera grandes cambios. Una de las primeras palabras

sido diagnosticados con VIH y que debería de hacerse la prueba, Ricardo, inmediatamente, le dijo: “Yo no (estoy) infectado...”

La primera reacción fue de negación e incredulidad. Primero, porque no sabía mucho del VIH. Había escuchado algo

segundo, porque en 40 años de prácticas sexuales con otros hombres, nunca había utilizado condón y nunca había tenido ni una infección de transmisión sexual. Parecía un juego de ruleta rusa que había durado muchísimos años, pero había llegado a su fin.

Ricardo habla de una manera muy franca y abierta sobre sus prácticas sexuales sin condón antes de saber que tenía el VIH. Sencillamente no le gustaba utilizarlos y tenía múltiples parejas sexuales. Y su experiencia sin condón le había demostrado que podía tener sexo sin condón sin contraer ninguna infección sexual. Pero todo esto cambió una vez que se enteró que tenía VIH y que la manera de evitar la transmisión era con el uso del condón en las relaciones sexuales. Su ignorancia sobre el VIH terminó en el momento en que llegó el virus a su vida de forma estrepitosa.

Para Ricardo no fue tan sencillo ir y hacerse la prueba del VIH. Su médico de cabecera nunca le sugirió que se hiciera la prueba; nunca le habló sobre los

---



---

## “Nunca pensé que yo podía estar infectado”.

con las que describe esos momentos es: sorpresa. La noticia, sin duda alguna, lo tomó desprevenido. Cuando su pareja le informó que su esposa y él habían

sobre el SIDA, pero: “nunca pensé que yo podía estar infectado”, comenta Ricardo. Como muchos, pensó que eso de la infección le pasaba a otros, pero no a él. Y

---



---

# “A sus 55 años recibió un diagnóstico positivo de VIH y de SIDA también”.

riesgos de infección por VIH; y nunca hablaron sobre sus prácticas sexuales. Al preguntarle si alguna vez habló con su médico sobre el SIDA, Ricardo contesta: “Nunca habló de eso. Por eso se sorprendió cuando le pedí que me hicieran la prueba”.

El médico estaba renuente a hacerle la prueba. Ricardo asegura que el médico inicialmente se negó: “Me dijo que no, porque yo no podía estar infectado”. La conclusión de que él no podía tener el VIH, más de adivino que de experto médico, tenía que ver con la edad de Ricardo, ya que era un hombre entrando en la tercera edad.

Sin embargo, Ricardo insistió para hacerse la prueba. Su médico accedió. Una semana después lo llamaron del consultorio para que recogiera los resultados.

A sus 55 años recibió un diagnóstico positivo de VIH y de SIDA también. Tenía un conteo de CD4 de 98 y la carga viral estaba por los cielos. Como es común entre personas mayores que reciben un diagnóstico positivo, los resultados de VIH casi siempre van acompañados con una diagnóstico de SIDA. Esto suele suceder porque las

personas confunden los síntomas de la infección con otras dolencias propias de la edad. Así dejan pasar años sin hacerse la prueba del VIH. Además, muchos médicos, como el de Ricardo, descartan la infección por VIH en adultos mayores sin haberles hecho la prueba, por la creencia que no están teniendo relaciones sexuales y que no están a riesgo de nada.

Hace dos años Ricardo era ajeno al mundo del VIH. Pero su experiencia le ha dado otra perspectiva de vida a los 57 años en voluntariado y servicio comunitario, sobre todo en cuanto a la información sobre el VIH.

Primero empezó por su casa. Durante los primeros meses después del diagnóstico, Ricardo entró en una fuerte depresión. Buscó ayuda con las organizaciones que ofrecen servicios para personas con VIH. Allí encontró el apoyo para comprender lo que le estaba pasando y para pensar cómo decírselo a su familia. A las primeras personas que les confió sobre su condición médica fue a su hermana y sobrinas. Al vivir con ellas, dice Ricardo, y de quienes siempre ha tenido su apoyo, sintió la responsabilidad de contarles.

La respuesta fue positiva. Su herma-

na y sobrinas comprendieron y ofrecieron su apoyo. Desde joven su familia lo ha apoyado. El primer apoyo fue cuando les informó que era gay a los 15 años de edad. Siempre ha tenido su apoyo incondicional. Gradualmente fue confiando su estatus de VIH a amigos y a otros familiares.

Ese apoyo familiar y comunitario le ha dado inmensas fuerzas a Ricardo. El ha desarrollado un sentido de cuidado personal y autosuficiencia: “Si no me cuido yo, nadie me va a cuidar”, asegura. Una de sus prioridades es su salud. No pierde ninguna cita médica. Su tratamiento le está funcionando. Tiene un conteo de 400 CD4 y la carga viral es indetectable. Además del tratamiento para el VIH, también tiene medicamentos para el colesterol, alta presión, artritis y diabetes, que no están relacionadas al VIH, sino a las dolencias de la edad.

El cambio más grande y significativo en su vida ha sido el uso del condón. El que no gustó usar durante décadas, ahora tiene dos años de utilizarlo en cada relación sexual. Dice que no acepta relaciones sexuales sin condón. Y que el SIDA: “no es un impedimento para tener relaciones sexuales”.

Ni su edad ni el SIDA lo detienen. Una manera de seguir adelante y activo es el voluntariado y participación activa en eventos comunitarios relacionados al VIH. Durante más de un año ha sido voluntario de Bienestar Human Services en Los Ángeles. Ricardo también pasó horas incontables apoyando en la organización de la Conferencia de ALIANZA en junio del presente año. Ricardo espera poder ayudar a las personas que como él, tienen que informarles a sus seres queridos sobre el VIH: “Quiero ayudar a otras personas que no pueden hablar con sus familiares sobre el VIH”.

En la sala de conferencias de Bienestar del Sur Centro de Los Ángeles, Ricardo terminó nuestra entrevista con un sencillo, pero importante mensaje: “La gente de mi edad, que se haga la prueba”.





Pedro Posada. 83 años de edad. Foto por Omar Baños.

# ¿Qué sabe sobre el VIH un ochentón?

Por Omar Baños

**L**a creencia común es que las personas de la tercera edad no tienen prácticas sexuales, no saben mucho sobre VIH/SIDA y prefieren no hablar del tema. Yo mismo no hablo muy a menudo con mis padres sobre el VIH y sexo. Como muchos hijos (basado en conversaciones con amigos y colegas), prefiero obviar el tema. Pero para esta nota, pensé que sería interesante indagar francamente qué es lo que sabe, piensa y cree sobre el VIH, sexo y salud sexual un ochentón. Es decir, mi padre. Aprendí más de lo que me hubiese gustado saber sobre algunos detalles de su vida. Pero fue una buena lección, sobre todo porque me abrió el mundo y la visión de un hombre salvadoreño de 83 años de edad.

Un domingo en la noche, acompañados con una pizza, mi padre me comentaba con pelos y señales la primera, y única vez, que tuvo una infección de transmisión sexual. Tenía 18 años de edad cuando contrajo gonorrea de una trabajadora sexual. El síntoma principal fue la pus que le salía del pene. El médico, según mi padre, le regañó por tener la infección y le preguntó con quién había tenido sexo. Mi padre se negó a contestarle. Se limitó a decirle que había sido con una mujer de camino. Pero en realidad mi padre la conocía. Era uno de sus clientes regulares. Buscó a su amiga sexual y le informó de las noticias. Ella se hizo los exámenes pertinentes y ambos recibieron el tratamiento necesario. Eso fue en 1942.

Durante toda su vida sexual de adulto, mi padre solamente utilizó condones cuando tenía sexo con trabajadoras sexuales. Explica que los utilizaba por que ellas se los daban. De lo contrario no lo hubiera hecho. Con sus otras parejas sexuales y novias, nunca utilizó condón. El dice que sabía que ellas no tenían ningún tipo de enfermedad de transmisión sexual. Como la mayoría de las personas, mi padre pensaba que las “mujeres del hogar” no tenían ningu-

na ITS. Sin embargo, mi padre, como muchos hombres, nunca pensó que él podía tener una infección que transmitiría a sus parejas. Durante sus años de buen mozo, como dice él, solamente tenía que preocuparse de una gonorrea, sífilis y embarazos no deseados. El VIH no era parte del vocabulario. No se sabía nada.

Para 1984, cuando se empezó a oír más sobre el SIDA, mi padre ya tenía 60 años de edad. En El Salvador, durante esos años no se escuchaba nada del VIH. Mi padre comenzó a escuchar sobre el VIH cuando yo entré a trabajar en este campo hace ocho años. Desde entonces mi padre ha conocido un poco más sobre el tema.

Poco a poco, ese domingo en la noche, la conversación sobre el VIH se iba acortando a medida que le hacía preguntas más específicas sobre el VIH. La primera conclusión es que su conocimiento sobre el VIH es limitado. Mi padre sabe que el VIH/SIDA “es una enfermedad mortal” y que se transmite a través de la sangre y relaciones sexuales.

A sus 83 años, aún no le queda claro como se trasmite el VIH durante las relaciones sexuales. Tampoco le queda muy claro toda la información sobre el

**“Durante toda su vida sexual de adulto, mi padre solamente utilizó condones cuando tenía sexo con trabajadoras sexuales”.**

VIH y SIDA. Los médicos nunca le han hablado de hacerse una prueba del VIH. De hecho, nunca se ha hecho una. El no ve el caso para hacérsela.

Relató que conoce a una persona con VIH. Es un hombre de más de 50 años de edad que le comentó que tenía VIH. Se lo dijo durante una reunión en un centro de recreación para personas de la tercera edad. El dice que nunca se hubiera imaginado que el hombre tuviera VIH. Así que, muy oportunamente, concluye que nunca se sabe quien tiene o no tiene VIH.

Aunque mi padre no conoce mucho sobre el SIDA, lo de hablar de sexo se le da bien. Con anécdotas propias y de amigos, me comentó que hablan sobre el uso de la píldora azul y cómo el médico les ha prescrito el medicamento. Además comentó de los amoríos de uno de sus amigos de más de setenta años de edad. Por los detalles, ¡parecía que me contaba un romance de adolescentes!

También comentó que sus amigos tampoco saben mucho del VIH. En realidad, no hablan del tema en ningún momento. Eso no me sorprendió, ya que se sabe que las personas de la tercera edad como mi padre no reciben suficiente información sobre los riesgos de infección por VIH. Lo ideal sería que él, sus amigos y otras personas de su misma edad, supieran más sobre el VIH/SIDA.

En cuando a la actividad sexual de mi padre, sólo me queda decir que hoy sé más de lo que quería y debería saber.



Pedro Posada, 83 años de edad. Foto por Omar Baños.



# Antes de los 50

Por Marco A. Sandoval

*Marco cuenta su historia personal de dudas, crecimiento y esperanza después de conocer su estatus de VIH, siendo un hombre heterosexual. Al estar cerca de cumplir 50 años de edad, comparte su compromiso con la comunidad y las personas que viven con VIH/SIDA, con un mensaje de ánimo y sabiduría.*

**E**s un día domingo de enero del 2000 al anochecer. Hice una parada para usar un baño antes de llegar a casa. Mientras estaba en el baño, noté que mi deposición tenía sangre. Me aterroricé al pensar que mi cáncer había regresado. Así que en lugar de ir a mi doctor, decidí desaparecer en ese momento. Me fui por dos días. Mi familia y amigos estaban preocupados y llamaban constantemente a mi celular. Opté por no atender y dejarme llevar por el placer que me brindaban el alcohol y las drogas.

Dos días más tarde (martes, cercano al mediodía) regresé a casa. Unos oficiales de la policía me entrevistaron. Me solicitaron que atendiera un programa de día. Lo hice y me gradué seis meses más tarde. Durante ese tiempo perdí a mi novia, pero fue mejor así. En la misma época me enteré acerca de mi estado de VIH positivo. Diría que he estado viviendo con la infección desde los comienzos de los 90 (tiempo en el que estuve experimentando con un poco de drogas endovenosas).

Desde ese entonces, he crecido mucho. Al principio, no hice nada, no hablé de esto con casi nadie. Acepté muy poca ayuda. Tuve dificultades para aceptar que era un hombre heterosexual que vive con VIH. En ese momento, todavía creía que solamente afectaba al mundo de los gays y lesbianas. A medida que pasó el tiempo, adquirí un gran conocimiento. Estuve más abierto a ayudar a organizaciones que están para apoyar a alguien en mi misma situación.

Hoy, me comunico con la mayor cantidad de personas posibles (políticos, organizaciones, etc.). Yo creo que hoy

**“Ahora comparto mi historia. Hace 5 años, para mí, esto era tabú”.**

en día mi vida es lograr que mi comunidad entienda mejor el mundo del VIH/SIDA. Siempre digo que no lo sé todo, pero aclaro que intento aprender todo. Siempre me dijeron: “el saber es poder”. Recientemente, escuché a Lee Lacocca, un gran líder de la industria Americana, decir: “Democracia no es un deporte suplementario, comprométase”. Así que me comprometí aún más. Ahora comparto mi historia. Hace 5 años, para mí, esto, era tabú.

En cuanto a mi vida personal, inicialmente no tuve éxito en mis relaciones. Pude tener una relación con una mujer (enfermera) quien entendía mi enfermedad, aún mejor que yo. Lamentablemente, terminamos debido a otras razones. En ese momento, decidí que el salir a conocer chicas no era para mí. Tenía tantas cosas en las que trabajar en otras áreas de mi vida (carrera, sobriedad,

etc.) que sentí que lo mejor para mí era estar soltero. Hoy día, he conocido algunas mujeres que están en el mismo barco del VIH en el que estoy yo. Así que la esperanza de tener una relación normal, ha crecido aún más.

Esperaba que aquellos de mi misma edad (40 y tantos) tengan una mejor idea acerca de mi vida. Pensaría que lo saben enfrentar. No es verdad. Tuve que trabajar duro para lograr que la gente de mi edad o mayores comprendieran la realidad de esta enfermedad. Me encontré que solamente les importa si ellos o alguien querido es afectado, de otro modo no tienen ningún interés. Es como en época de elecciones, que hay esa actitud letárgica. Además, el estigma de relacionarla con una enfermedad de gays y lesbianas todavía prevalece en ese grupo social. La gente de mi generación aún piensa de ese modo. Parecería que las generaciones posteriores son diferentes, y lo entienden.

A medida que me estoy acercando a los 50 me siento aprensivo. Seguro que le temo a la muerte y a perder mi despertar. Aún así, vivo mi vida. Continuo con mis rezos y con el amor a Dios. Todavía trabajo lo más duro que



Foto por cortesía de Marco A. Sandoval.

puedo. Nadie recuerda el talento, pero todos recuerdan el talento que viene junto con el trabajar duro.

Finalmente, yo siempre digo: “Tengan Fe; encuentren un poder superior al de ustedes”. Recen diariamente. Si trabajan en mantener una vida saludable, como el no perder citas con sus doctores, tienen una mentalidad positiva como paciente, aprenden más sobre la enfermedad y compartan su conocimiento, entonces las posibilidades de llevar una vida normal son muy grandes.



*Traducción por Mónica Leibovich-Adrabi, MD.*

# Tratamiento del VIH en mayores de 50

Por Juan Carlos Ricaurte, MD

**E**l tratamiento antirretroviral en personas de la tercera edad está regido por los mismos principios de tratamiento que se aplican a pacientes más jóvenes. Como es usual, el tratamiento es individualizado en cada paciente, teniendo en cuenta qué otras enfermedades médicas estén presentes.

Hay que tener especial cuidado con el uso de tenofovir (Viread®) en pacientes que tengan insuficiencia renal o que tengan factores de riesgo para desarrollarla (diabetes, hipertensión, raza afroamericana).

En estos casos lo más prudente es no usarlo a menos que no existan otras opciones. Esto es debido a que las posibilidades de desarrollar toxicidad renal con el uso de tenofovir aumentan considerablemente cuando estos factores están presentes.

Si no hay otros factores de riesgo para enfermedad renal, tenofovir se puede usar sin problemas.

Hay que tener especial precaución con los niveles de lípidos (colesterol y triglicéridos) así como la glicemia (azúcar) antes de comenzar el tratamiento antirretroviral en pacientes mayores de 50 ya que la incidencia de hiperlipidemia (lípidos elevados) y diabetes, aumenta considerablemente con la edad. En estos casos, el uso de inhibidores de la proteasa no está contraindicado pero se deben hacer controles sanguíneos periódicos de laboratorios. Se sabe que los inhibidores de la proteasa pueden causar hiperlipidemia y diabetes en algunos pacientes, pero generalmente se puede controlar con cambios dietéticos y con medicamentos. El uso de un régimen basado en NNTR (nevirapine o efavirenz) es una opción en



Foro por Omar Baños.

estos casos, sobre todo si la hiperlipidemia o la diabetes son muy severas o si no responden al tratamiento.

Sin embargo, no hay que olvidar el principio básico de terapia antirretroviral: el objetivo primario es el control de la replicación del VIH con la menor toxicidad posible. No obstante, en algunas ocasiones los efectos secundarios no se pueden evitar y la única opción es tratarlos de la manera más eficaz posible.

El uso de medicamentos pertenecientes a clases nuevas de antirretrovirales como son los inhibidores de co-receptores (Maraviroc) o los inhibidores de la integrasa (Raltegravir y Elvitegravir) surge como una opción muy atractiva en estos pacientes con problemas metabólicos, ya que estos medicamentos no parecen causar hiperlipidemia ni diabetes. La FDA aún no los ha aprobado.

La lipodistrofia, es decir la acumulación de grasa en el cuello (joroba) y la parte superior del tronco y brazos no parece ser más frecuente

en pacientes mayores de 50; por otro lado, la pérdida de grasa en extremidades, nalgas y cara (lipoatrofia) si parece ser más frecuente, especialmente en pacientes que han tomado medicamentos antirretrovirales por muchos años (sobre todo zidovudine y stavudine). En caso que haya lipoatrofia, estos medicamentos se deben evitar. No hay que olvidar que adicionalmente hay una pérdida normal de grasa subcutánea en estas áreas anatómicas como parte del proceso de envejecimiento natural.

En conclusión, los pacientes mayores de 50 años infectados con VIH afrontan una gama de barreras, desde falta de educación sobre la prevención y transmisión del virus, falta de apoyo psicosocial y emocional; y se necesitan implementar programas de investigación tanto clínicos como socioculturales. También, es necesario educar a los médicos generalistas de atención primaria de la salud a reconocer síntomas tempranos que sugieran infección por HIV.

De igual manera, este mensaje tiene que hacerse llegar a la población general mayores de 50 años para poder disminuir la tasa de nuevas infecciones por VIH.



*Juan Carlos Ricaurte, MD, especialista en enfermedades infecciosas; Director Médico, AIDS Healthcare Foundation, Hollywood Healthcare Center.*

**“Los inhibidores de la proteasa pueden causar hiperlipidemia y diabetes en algunos pacientes”.**

# Pidamos la prueba del VIH

Por Monica Leibovich-Adrabi, MD

**A**l llegar a la década de los 40, y ni hablar de las décadas que siguen, la mujer es, en términos generales, ignorada por completo cuando hablamos de la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Datos epidemiológicos indican que del total de los casos de SIDA en mujeres en los Estados Unidos, el 18% corresponde a mujeres mayores de 50 años

Debido al “mito” de que las mujeres de la tercera edad no tienen relaciones sexuales, no existe el concepto de prevención en salud sexual con esta población. Los proveedores de salud no discuten ni preguntan temas relacionados a la salud sexual. Como consecuencia tampoco hacen la prueba del VIH y otras ITS. Además, dado que muchos de los síntomas y condiciones asociados al VIH pueden simular signos y síntomas del envejecimiento (como por ejemplo: la fatiga, los problemas gastrointestinales, la depresión, la falta de memoria, diversos tipos de cánceres, etc.), los médicos raramente asocian esos síntomas y signos con la enfermedad del VIH.

Tampoco se piensa que las mujeres de la tercera edad pueden usar drogas endovenosas y compartir jeringas, lo cual es otra manera en que se puede transmitir el VIH de una persona infectada a otra. Podría ocurrir que una mujer diabética comparta su equipo de inyección con su compañero que también es diabético. Este tipo de jeringas no son para uso endovenoso, aunque las jeringas son jeringas, sin importar para qué se usan, siempre es un riesgo compartirlas.

Todas estas concepciones que la sociedad tiene respecto a las muje-



res de cierta edad, las convierten en una especie aparte, como si no compartieran los mismos problemas que el resto del mundo padece. Y, el concepto está tan arraigado que ellas mismas piensan que no están a riesgo. De hecho, es todo lo contrario.

Por diversos motivos, en la actualidad nos estamos enfrentando con un mayor número de mujeres viviendo en plenitud, su etapa de la tercera edad, buscando formar pareja nuevamente, expuestas a un riesgo muy elevado de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Estos factores exponen a la mujer solitariamente al mundo de nuevas relaciones sin ninguna información que las proteja y les permita tomar decisiones adecuadas ante la posibilidad de relacionarse sexualmente. La falta de información y educación a este sector de la sociedad, terminará acarreando graves consecuencias.

Al comenzar la menopausia la mujer nunca piensa en condones, dado que no se preocupa más por el embarazo. Por otro lado, la pared de la vagina se hace más delgada y

menos húmeda, lo cual la predispone a desgarros con más facilidad durante las prácticas sexuales, haciéndola más vulnerable a las infecciones. Estas condiciones de evolución natural debido al envejecimiento, la coloca a un riesgo elevado de adquirir la infección del VIH y otras ITS.

Todo lo mencionado me conduce a recomendarles que cuando les llegue el turno de realizar los exámenes de rutina de prevención como la mamografía (radiografía de los senos, para descartar cáncer en las mamas), colonoscopia (para descartar problemas en los intestinos), ambos de rutina anual en personas mayores de 50, Papanicolau (para descartar cáncer del cuello uterino), o visitar al oculista, o al dentista, recuerden preguntarle al médico de cabecera que aparte de los análisis de rutina para vigilar al colesterol, la glucosa, descartar anemia, etc., quieren hacer la prueba del VIH.

No sientan vergüenza por querer cuidarse y protegerse. Todos tenemos derecho a nuestra sexualidad. Recuerden que cuando antes se diagnostique la enfermedad (tal como ocurre con otras enfermedades), antes se podrá comenzar con el tratamiento adecuado y tener más probabilidades de éxito y de este modo mayores posibilidades de mantenerse bien y vivir una vida saludable.

El VIH, en estos casos, se transmite por lo que uno hace (relaciones sexuales sin protección o compartir equipos de jeringas), no discrimina edad, sexo, raza, ni grupo social.

***“En la actualidad nos estamos enfrentando con un mayor número de mujeres viviendo en plenitud, su etapa de la tercera edad”.***



# Mi tío tenía SIDA

A mi mamá le daba miedo. No sabía qué era eso.

Por Alexis Henríquez\*

*Este es el testimonio de la sobrina de uno de los primeros enfermos de SIDA en El Salvador. Conocer de cerca la enfermedad mantuvo por meses a su familia bajo tensión. En la década de los 80, la enfermedad se consideraba propia de homosexuales, heroinómanos o haitianos. Su familia cuidó del enfermo con el amor de un pariente, y con la distancia que provoca el temor a lo desconocido. El tío murió en 1989. Su madre no habló de eso nunca, hasta el año pasado.*

Cuando mi tío hablaba desde Estados Unidos, siempre pedía platicar con sus sobrinos. Pero ese día, el rostro de mi mamá se descompuso mientras hablaba con él por teléfono. Titubeaba. Cuando uno es niño, como que advierte que algo no está bien. Después de esa llamada, lo que más recuerdo es haber oído llorar a mi mamá. Mi tío le dijo que tenía SIDA.

Mi tío se había ido para los Estados Unidos en la década de los 80. Tenía muchos años de haberse ido, en un período de la adolescencia bien avanzada. Él era el único hombre de una familia donde habían tenido tres mujeres. Hubo un tiempo donde no se supo mayor cosa de él.

Entre el 1987 y 1988, recuerdo que todos en la casa estábamos súper contentos porque iba a venir. Mi mamá, mis tías y mi abuelita se habían alegrado porque lo iban a ver nuevamente. Él estaba muy ilusionado por eso. Pero justo meses antes de hacer el viaje tuvo que suspenderlo porque lo

ingresaron de emergencia en el hospital por una pérdida de peso de más de 10 libras.

Obviamente, en la década de los 80, el tema del SIDA se hablaba mucho en Estados Unidos, más que aquí. Una de las primeras pruebas médicas que le hicieron fue la del VIH. Cuando le dieron la respuesta le salió positiva. Su primera reacción fue negarse al resultado. Volvió a hacerse una prueba, y le volvió a salir positivo.

A la familia no le dijo nada. Suspendió el viaje. Comenzó a deteriorarse de manera bien rápida. Prometió que vendría. Hasta entonces le dijo a mi mamá, antes de venir, que tenía VIH. Yo en ese entonces tenía 11 años.

La llegada de mi tío coincidió con la construcción de un cuarto en la casa. Una de las cosas que le pasó por la mente a mi mami es que cuando viniera mi tío, él iba a poder tener un cuarto independiente. Pero ella se sentía mal. Se sentía con ese encuentro de emociones: quería tener distancia con mi tío, el miedo que le daba era que tenía una enfermedad que nadie conocía y que tenía a sus hijos de 11, de 18 y la más chiquitita seis años menos que yo. Su hermano estaba por venir, que era cercano, que lo ama y que tiene esa ilusión de verlo; pero al mismo tiempo estaba experimentando el dolor de que estaba enfermo y que además no está enfermo de cualquier cosa.

En ese momento, tener SIDA era equivalente a ser homosexual. Eso era doloroso. Además, el dolor de querer cuidar a sus hijos para que no se contagiaran de algo que no sé qué puñetas es, y no quería hacer sentir mal a su hermano. Mi tío estaba verdaderamente mal. Se deterioró mucho. Finalmente mi tío vino en el 88. Recuerdo haberlo visto flaco, flaco. Él era blanco, pero venía pálido. Demacrado; totalmente distinto a todas las fotos que miraba de él. Vino y no tenía certeza de si se iba a quedar. Su vida se sacudió de tal manera que se descontroló. Tanto así que al venir fueron al

médico. Él doctor le dijo que estaba bien, que por favor se reanimara porque, de lo contrario, ese estado de ánimo le iba a provocar más fragilidad a su cuerpo. Por consiguiente, la muerte.

### AMOR A DISTANCIA

Al único que veía con una actitud de cercanía con mi tío era a mi papá. Creo que mi papá supo llevar mejor el asunto. Se acercaba de una manera despreocupada, pero no excesiva. Así lograba tranquilizar a mi mami.

En ese entonces nadie me dijo qué tenía mi tío. Se lo dijeron sólo a mi hermano mayor. Pero obviamente, aunque era niña —y quizás me enteré en alguna conversación que le escuché a mi mami— yo sí sabía que mi tío tenía SIDA. Abiertamente nadie hablaba de eso en la casa.

Mi abuelita estaba mal y confundida. Ella sabía que el SIDA era una enfermedad de homosexuales. Entonces no encontraba nada más que significados negativos para lo que le estaba pasando a su hijo. Era bien difícil. La gente se enfocaba más en los defectos que en la sensibilidad de lo que es tener SIDA o cáncer, o cualquier enfermedad mortal. Su único hijo niño, que se había ido, que no supo nada de él por dos o cuatro años, y aparece enfermo con SIDA; era muy difícil de entender. Y la gente alrededor no decía nada o no decía un discurso de tranquilidad.

Una vez me quedé sorprendida y me sentía mal con mi tío. No era por un rechazo de mi mamá a mi tío, porque no lo era, sino miedo. Como no conocía tan bien las cosas ni los prejuicios tan marcados como el resto de mi familia, podía percibir ese temor de acercarse a él. Pero también él estaba poniendo en una situación difícil a su familia. Esa vez, estaba sentada a la par de él. Era el tío que me adoraba, que me adoraba y me escribía o me mandaba fotos. Había fomentado siempre una cercanía entre él y yo. Ese día estaba sentado a la par de mi tío. Tosió, y de pronto mi mamá me jaló y me dijo: “Venite”. Quiso remediar aquel impulso, esa reacción. Mi mamá estaba tensa, no solo por la enfermedad de mi



Foto por cortesía de Edu Ponces; ElFaro.net.

tío sino que también porque le podía pasar esa enfermedad a alguno de sus hijos.

A pesar de que a uno le explicaban cómo se pasaba la enfermedad, le quedaban algunas dudas sueltas, como que con los abrazos no se transmiten. Además uno, con la ambigüedad de chiquito, se preguntaba por qué no podía pasar tiempo junto a mi tío. Mi mami era la preocupación total. Mi tío pasó sombrío todo el tiempo que estuvo en la casa, como dos o tres meses.

Una de las hermanas de mi mamá, la que vive en El Salvador, le dijo a ella que no podía recibir a mi tío en su casa por su esposo e hijos, que estaban chiquitos. Ahí tuvieron una diferencia. Tampoco llegó a una discusión que las distanciara. Fue una discusión no solo dolorosa, porque tenés un familiar que se va a morir, sino porque ella se iba a quedar con todo ese estrés. Mi mami no tenía el corazón para no recibir a su hermano, por mucho miedo que tuviera.

### EL TIEMPO NO CALLA

Él sabía que se iba a morir. No era que no quisiera estar cerca de su familia, sino que en Estados Unidos iba a poder tener un mejor tratamiento médico. Por eso decidió irse. Permaneció ingresado por menos de un año en una clínica. Nunca recuperó su peso. De hecho perdió más. Se desvinculó del presente y hubo un momento en el que no reconoció a sus familiares. Aunque físicamente su deterioro no fue tan notable.

Sólo a través de fotos lo volví a ver. La última vez que lo vi, estaba despidiéndose en la sala; tomándonos fotos; a mi mamá todo el tiempo tensa y con los ojos llenos de lágrimas.

Cuando la noticia de la muerte de mi tío llegó, mi mamá se fue a donde mi tía para ver cómo le explicaban a mi abuelita. Mi abuelita estaba de pie. Salió al pasillo de la casa. Vio a mi mamá deshecha en llanto y desde que mi abuelita la vio preguntó si se había muerto mi tío. “¿Verdad que se murió mi niño?”, le dijo. Mi mamá no le supo responder, sólo se puso a llorar. Mi abuelita entendió y se desplomó. Fue como si las piernas se le hicieran de trapo.

Murió el 1 de enero de 1989, un año después de que se fue. A mi mamá le ha costado mucho superar esto. Tanto que nunca habló abiertamente conmigo, hasta el año pasado que le dije si íbamos a la celebración del Día Mundial contra el SIDA. Es la que hacen en el Centro, en la Catedral Metropolitana.

Poco a poco va abriendo la disposición a hablar. Lo que lamenta un montón es cómo la fragilidad emocional de mi tío, de ella, de no saber qué hacer, pudo haber hecho sentir mal a su hermano. Esas son como las cosas que más la cargan, porque desconocía muchas cosas y temía muchas más.



*\*Alexis Henríquez, periodista de ElFaro.net; reimpresso por cortesía de ElFaro.net, publicada el 18 de junio de 2007; cartas@elfaro.net*

# El VIH y la Tercera Edad

Por Omar Baños



**E**l envejecer tiene sus ventajas y sus consecuencias. Una de las ventajas es que entre más ha vivido una persona más sabia se vuelve. Por lo menos eso nos dice el viejo refrán: más sabe el diablo por viejo que por diablo. Y una de las consecuencias de envejecer es que a menudo la salud no es muy grata con nosotros y padecemos muchos achaques. En la actualidad, ni la vejez nos hace más sabios sobre, digamos, el VIH/SIDA, ni nos postra en una cama. Las personas mayores de 50 años viven vidas productivas y saludables como nunca antes. Sin embargo, esas vidas saludables y productivas también se pueden ver afectadas por el VIH/SIDA.

Parece que en el mundo del VIH, los adultos mayores no son tan sabios sobre el tema. En el estudio *“Older Women and HIV: How Much Do They Know and Where Are They Getting Their Information?”* de Susan J. Henderson, MD (Mujeres mayores y el VIH: ¿Cuánto saben y dónde consiguen la información?), se observó que el promedio de respuestas correctas de las mujeres entrevistadas fue 3.7 de 9 preguntas sobre VIH/SIDA. Es más, el 63% de las mujeres incorrectamente identificó el besar como una manera de transmisión del VIH. Este estudio muestra que el envejecer en los tiempos del VIH/SIDA, presenta un riesgo para los adultos mayores ya que no están completamente informados sobre cómo se transmite el VIH y las mejores maneras de prevenirlo.

Por lo general, en la actualidad los adultos mayores de 50 se pueden identificar en dos grupos que se están convirtiendo en protagonistas de la epidemia: los que están viviendo desde hace muchos años con VIH y pasan de los cincuenta años de edad y los que se están infectando después de haber cumplido los 50.

Durante más de 25 años, la población mayor de 50 años solamente ha sido parte de la periferia del trabajo y atención del VIH en todo el mundo. La historia de la epidemia del VIH predispuso una errónea percepción de quién puede estar a riesgo de infección por VIH. Hace más de 20 años, eran los hombres jóvenes homosexuales blancos los que eran el centro de la atención de la epidemia. Con los años sabemos cómo el VIH se ha diversificado en las poblaciones y grupos etarios. Por una parte, más personas viven vidas largas y productivas con VIH. Son los veteranos de la epidemia. Tienen complicaciones de salud como cualquier otra persona que sufre sus achaques por la edad. Y al mismo tiempo, hay más gente mayor de 50 años que está siendo diagnosticada con VIH y SIDA, y, a menudo, con diagnósticos tardíos.

## LOS DATOS Y LAS HISTORIAS HUMANAS

En el proceso de recolección de información y entrevistas para este artículo, conocí por teléfono a un hombre de 72 años de edad que había recibido un diagnóstico de VIH hace sólo seis meses. La conversación telefónica fue breve. Inicialmente había aceptado hablar con nosotros, pero a último momento cambió de parecer. No me sorprendió. Al contrario, comprendí muy bien que no quisiera hablar. Durante tres minutos al teléfono me dijo que no podía hablar del tema porque estaban familiares en su presencia. A su edad, informar a sus parientes que tiene VIH no es nada fácil, por el estigma y la discriminación, no sólo por el VIH, sino que también discriminación por su edad.

Este hombre de 72 años de edad es una de los miles de personas que se infectan con VIH anualmente. Los datos epidemiológicos en los Estados Unidos tienen alguna información estadística del número de casos de personas mayores de 50 años con VIH/SIDA en el país. Para finales del año 2005, el centro de prevención y control de enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) reportó en el *HIV/AIDS Surveillance Report, Volume 17* (Reporte de vigilancia de VIH/SIDA, volumen 17) que 116.085 casos de VIH/SIDA se habían registrado desde 1984 hasta el 2005 entre las personas mayores de 50 años de edad. Dentro de este número, un total de 14.181 casos pertenecen a personas mayores de 65 años de edad. En total, las personas mayores de 50 años de edad representan aproximadamente entre el 11% y el 15% del total de todos los casos de VIH/SIDA registrados hasta el 2005.

La situación de las personas mayores con VIH no es una que haya aparecido de la noche a la mañana. Al contrario, ha estado presente desde el inicio de la epidemia, pero ha sido consistentemente relegada al olvido. La pregunta en este acertijo es: ¿qué está pasando con esta población que aún continúan infectándose?

## EL MITO

La respuesta al constante número de nuevas infecciones en personas mayores de 50 años es compleja. Está plagada de una serie de factores. Culturalmente pensamos que una persona de la tercera edad ya no tiene apetito sexual y no practica el sexo. Ignoramos la educación sexual para los adultos mayores. Por otra parte, se ha descuidado el trabajo de prevención e información con esta población.

Además, existen más opciones para ensalzar el romance y el sexo de los adultos mayores. Esto incluye el incremento del uso de medicamentos para la disfunción eréctil en los hombres y el hecho de que los adultos mayores tienen romances y salen a citas para conocer gente. Entre más opciones existan para una vida sexual satisfactoria para los adultos mayores, más de ellos podrían estar expuestos al riesgo de infección del VIH sin saberlo.

Uno de los grandes mitos es que las personas jóvenes pensamos que nuestros adultos han cerrado el armario de la sexualidad y han tirado la llave al fondo del lago. Al contrario, la llave la tienen en sus llaveritos y la utilizan más de lo que podemos imaginarnos. Los adultos mayores de 50 años de edad tienen vidas sexuales plenas y placenteras. En el estudio "*Sexuality at Midlife and Beyond: 2004 Update of Attitudes and Behaviors*" (La sexualidad a la mitad de la vida y más allá: Actualización de actitudes y comportamientos 2004), realizado por

American Association of Retired Persons (AARP, por sus siglas en inglés) en el 2004, el 71% de los participantes dijeron que disfrutaban del sexo. La edad promedio de los participantes era de 61 años de edad. Además, el 84% dijo estar en desacuerdo que el sexo es solamente para las personas jóvenes. En otras palabras, nuestros adultos mayores dicen que el sexo también es para ellos.



## NUEVAS HERRAMIENTAS PARA EL AMOR

El uso de medicamentos para la disfunción eréctil (DE) se ha incrementado durante los últimos años. La disfunción eréctil es una cuestión importante dentro del contexto del VIH. Uno de cada 10 hombres en el mundo sufre DE, de acuerdo a datos reportados por el Minnesota Men's Health Center, Inc. Además, de acuerdo a este Centro, 30 millones de hombres estadounidenses tienen DE y la probabilidades de tener DE aumenta en un 65% para los hombres mayores de 65 años de edad.

Las buenas noticias para los 30 millones de hombres con DE es que existen diferentes medicamentos que pueden ayudarlos. Esto quiere decir que hace diez años, los hombres que no practicaban sexo por problemas de DE (ya fuesen jóvenes o de mayor edad), ahora lo hacen con la ayuda de la píldora azul y otros medicamentos de venta en el mercado. Sólo basta ver los comerciales de los diferentes medicamentos que prometen un encuentro fogoso sin importar la edad ni los problemas de ED. El uso de estos medicamentos debe ser bajo supervisión médica, ya que tienen ciertas contraindicaciones. Pero al final de cuentas, los medicamentos parecen ser la posición del amor que les ha brindado nuevas fuerzas sexuales.

El internet es otro factor muy importante que hace un par de años no existía. Este ofrece miles de páginas electrónicas para encuentros, romance y conocer gente para relaciones sexuales y afectivas para todas las edades, incluyendo a los de la tercera edad. No es complicado. Uno sólo necesita hacer una búsqueda de: "citas mayores de 50 años" en google, para que aparezcan una larga lista de sitios de citas, para conocer a personas mayores de 50 años. Más adultos mayores de 50 navegan en la red, no sólo para buscar información médica o leer el periódico, sino también para conocer posibles parejas. En otras palabras, se conoce a mucha más gente y se incrementan las probabilidades de las prácticas sexuales y por ende el riesgo de infección por VIH.

### FALTA DE INFORMACIÓN

Sin duda alguna, nuestros padres y sus padres, si aún viven, probablemente estén teniendo sexo sin tener suficiente información sobre los riesgos de transmisión del VIH. Una cosa es segura: Cuando eran jóvenes (si hablamos de los mayores de 50 años), sus 20 y los 30 años, los vivieron en los años 70s y 80s y los de mayor edad vivieron sus 20 y 30 en la década de los 50s y 60s.

Mucho ha cambiado en la información sobre la sexualidad y el VIH.

Antes de la década de los ochenta no se sabía del SIDA. Las personas sabían de la sífilis, gonorrea y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Utilizaban el condón sobre todo como forma de anticonceptivo (para evitar el embarazo), pero no era tanto para prevención de ITS. Después de todo, esas infecciones se curan con medicamentos. Pero el VIH cambió profundamente la manera en que millones de personas ven, tienen, y hablan sobre el sexo, sobre todo para aquellos que, sin mayor preocupación, ya tenían años teniendo sexo sin condón.

Además de la costumbre del sexo sin condón, es una realidad que para las personas mayores que nunca o pocas veces sintieron la necesidad de utilizar condón, también existe el problema de la falta de comunicación con sus médicos de cabecera. Los médicos no hablan sobre sexo ni sobre las prácticas sexuales de sus pacientes adultos; mucho menos hablan de los diferentes riesgos de infección por VIH y otras ITS. En el estudio *"Human immunodeficiency virus infection in patients older than 50 years. A survey of primary care physicians' beliefs, practices, and knowledge"* en el Archives of Family Medicine, 1997;6:289-294 (Infección del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes mayores de 50 años de edad. Encuesta sobre las creencias, prácticas y conocimiento de los médicos de cabecera), se concluye que los médicos rara vez o nunca preguntan a sus pacientes mayores de 50 años sobre los riesgos personales de infección por el VIH. A los pacientes mayores de 50 años, no les preguntaban en un 40% de las veces y a los menores de 30 años no les preguntaban en un 6.3%.

Las historias de falta de comunicación son sus médicos de las personas

mayores son comunes. Por ejemplo, mi padre de 82 años de edad, nunca en su vida ha hablado sobre sus prácticas sexuales o su riesgo de infección por VIH con su médico de cabecera. Ricardo González, cuya historia aparece en la página once de esta edición, tampoco nunca habló sobre su sexualidad, ni prácticas sexuales ni sobre sus riesgos de infección por el VIH con su médico. De hecho, fue González quien pidió hacerse la prueba del VIH, y recibió un resultado positivo.

Al mismo tiempo que existe poca



comunicación entre médico y pacientes de la tercera edad, también existe el factor de confusión entre los pacientes que a menudo confunden los síntomas de la infección por VIH con otras dolencias propias del envejecimiento. Consecuentemente, ellos son menos propensos a ir al médico al tener algunos síntomas que puedan confundir con otras enfermedades. Además, si van al médico, lo más probable es que se enfoquen en buscar cualquier otra enfermedad o infección, menos el

VIH, ya que las personas mayores de 50 por lo general padecen de presión arterial alta, artritis, diabetes, enfermedad de Alzheimer y distintos tipos de cáncer, entre otras dolencias.

Por otra lado, están los mayores de 50 que tienen VIH y tienen que tomar el tratamiento antirretroviral. Aún no se sabe mucho de cómo el tratamiento ARV funciona a largo plazo en una persona mayor. (Para más información sobre tratamiento en personas de la tercera edad, lea los artículos en las páginas 18 y 34).

## **DOBLE ESTIGMA**

Los adultos mayores que viven con VIH enfrentan situaciones más complicadas que un adulto joven con VIH. Por una parte, existe la discriminación y estigma por VIH, y por otra, la discriminación por la edad. En los resultados del estudio *“You’re Awfully Old to have this disease: Experiences of stigma and ageism among older adults with HIV/AIDS”* (Estás demasiado viejo para tener esta enfermedad: Experiencias de estigma y envejecimiento entre personas mayores con VIH/SIDA), el profesor Charles A. Emler, Ph.D., MSW de UW Tacoma, concluye que el 70% de los participantes (promedio de edad 56 años) reportaron haber sufrido experiencias de doble estigma por su estatus de VIH y por su edad.

Tampoco se debe olvidar a las personas de la tercera edad de la comunidad gay, lesbiana, bisexual y transgénero que enfrenta situaciones complejas de estigma y discriminación, por su edad, por su estatus de VIH y por no ser heterosexuales. Este segmento de la población adulta también necesita servicios de atención y prevención del VIH, información accesible sobre salud, servicios sociales y programas de ayuda.

## **CONCLUSIÓN**

En los Estados Unidos más personas están envejeciendo con VIH y más personas mayores de 50 años se están infectando con el virus. Alrededor del 11 al 15% de todos los casos de VIH/SIDA registrados en el país son de adultos mayores que pasan los 50 años. Existe poco trabajo de prevención y educación sobre VIH e ITS con la población adulta que no percibe los posibles riesgos de infección por el virus. Aún queda por hacer mucho trabajo en la prevención y educación sobre el sexo, el VIH y otras ITS para adultos mayores para que puedan gozar de su sexualidad y puedan tomar las precauciones necesarias cuando tengan relaciones sexuales sin importar si tienen 50, 60, 70 ó 90 años de edad.



## **Resumen: en pocas palabras cuántas personas mayores de 50 viven con VIH en EE. UU., problemas de prevención, métodos de protección y recursos:**

### **NUMEROS**

Un total de 116.085 casos de VIH/SIDA se han registrado desde 1984 hasta el 2005 entre las personas mayores de 50 años de edad. 14.181 casos son de personas mayores de 65 años. Las personas mayores de 50 años de edad representan entre el 11% y el 15% del total de todos los casos de VIH/SIDA registrados hasta el 2005.

### **PREVENCIÓN**

Uno de los grandes vacíos con la población mayor de 50 es la falta de información y trabajo de prevención sobre el VIH y otras ITS. Una de las mejores maneras de prevención es el uso del condón en cada relación sexual, la reducción del número de parejas sexuales y conocer el estatus del VIH de uno mismo y su pareja.

### **¿EL VIH ES DIFERENTE EN PERSONAS MAYORES?**

Lamentablemente no existe suficiente información sobre el VIH en personas mayores. Sabemos que por lo general las personas con VIH mayores de 50 responden bien al tratamiento con antirretrovirales. Sin embargo, las células T no se recuperan rápidamente como en una persona joven. Además, los achaques de la edad pueden sumarse en empeorar algunos efectos secundarios.

### **¿POR QUE SE INFECTAN LOS MAYORES DE 50?**

•• Practican relaciones sexuales sin utilizar condón •• Comparten jeringas •• Por lo general no conocen los riesgos de transmisión del VIH •• Piensan que es algo que no les puede pasar a ellos sino sólo a la gente joven.

### **RECURSOS**

Aunque el trabajo de prevención, información y de servicios de atención médica para poblaciones mayores de 50 años aún es escaso, ya existen iniciativas dirigidas a esta población. Por una parte, está la organización AARP que asisten con una amplia gama de servicios a personas de la tercera edad, desde información sobre pólizas de seguro hasta información sobre servicios médicos en general. También están las organizaciones como SAGE, (Servicios y Abogacía para Personas Mayores Homosexuales Lesbianas, Bisexuales y Transexuales) cuya misión es ofrecer servicios sociales dedicados a las necesidades específicas de los adultos mayores de la comunidad homosexual, lesbiana, bisexual y transexual (para más información ver: [www.sageusa.org](http://www.sageusa.org)). Ver página de recursos en esta edición para más información.

# Recetas refrescantes

Por Monica Leibovich-Adrabi, MD

**Q**ue mejor que una comida sabrosa, fresca y saludable para disfrutar del verano. Les propongo un menú completo. Durante los días de altas temperaturas hay que estar bien hidratado y comer alimentos de fácil digestión. En otras palabras, comer liviano e ingerir alimentos frescos. Recuerden

*mantener los alimentos en el refrigerador. Las temperaturas elevadas descomponen a los alimentos muy rápidamente. ¡Sin más que agregar, pongamos las manos a trabajar en comidas que podamos disfrutar.*

## SANDWICHES DE ATÚN EN PAN PITA:

199 calorías por porción incluye: 15 g proteína; 20 mg colesterol; 357 mg sodio; 4 gs de fibra; 357 mg potasio; 5 gs grasa total; 1 g grasa saturada; 23 gs carbohidratos; 33 mg calcio.



### INGREDIENTES (6 PORCIONES)

- 1 1/2 taza de lechuga romana rallada
- 3/4 taza de tomates en dados
- 1/2 taza de pimientos verdes picados
- 1/2 taza de zanahorias ralladas
- 1/2 taza de brócoli picado
- 1/4 taza de cebolla picada
- 2 latas (6 onzas c/u) de atún blanco en agua (enjuagar y colar, para remover el agua)
- 1/2 taza de condimento o aderezo ranch
- 3 panes pitas integrales para sándwich, cortarlos a la mitad a c/u para rellenarlos

**PREPARACIÓN:** En un bowl (tazón grande), agregar la lechuga, los tomates, los pimientos, las zanahorias, el brócoli y las cebollas. Revolver hasta que la mezcla quede uniforme. En otro bowl pequeño agregar el atún y el aderezo. Revolver y mezclar bien. Agregar la mezcla de atún a la mezcla de la ensalada. Revolver para que todos los elementos de la mezcla se combinen. Rellene las mitades de los panes de pita con un cucharón de ensalada de atún y sirva inmediatamente.

## HELADO DE YOGURT Y ALMENDRAS:

173 calorías por porción incluye: 7 gs proteína, 26 gs carbohidratos; 5 gs grasa total; 2 mg colesterol; 75 mg sodio; 1 g fibra; 286 mg potasio; 227 mg calcio, 3 gs grasa monoinsaturada

### INGREDIENTES (6 PORCIONES):

- 2 tazas de yogurt natural sin grasa, sin aditivos
- 1 taza de leche de soja sabor a vainilla (bien fría)
- 1/3 taza de miel
- 1 cuchara soper de aceite de canola
- 1/4 taza de almendras picadas

**PREPARACIÓN:** Colocar un bowl en la heladera para que se enfríe. En otro bowl, batir bien el yogurt, la leche de soja, la miel y el aceite de canola hasta que la mezcla quede homogénea. Colocar la mezcla en un contenedor para preparar helado. Cuando el helado esté firme, transferirlo al bowl frío y agregar las almendras. Revolver suavemente para mezclar. Servir inmediatamente o guardar en la heladera.



## PASTA CON POLLO ASADO, FRIJOLES BLANCOS Y HONGOS:

408 calorías por porción incluye: 28 gs proteína; 58 gs carbohidratos; 7 gs grasa total; 2 gs grasa saturada; 37 mg colesterol; 122 mg sodio; 5 gs fibra; 630 mg potasio; 127 mg calcio.

### INGREDIENTES (4 PORCIONES)

- 2 pechugas de pollo deshuesado de 4 onzas c/u (114 g c/u)
- 1 cuchara sopera de aceite de oliva
- ½ taza de cebolla blanca picada
- 1 taza de hongos cortados en rodajas
- 1 taza de frijoles blancos cocidos
- 2 cucharas sopera de ajo picado
- ¼ taza de orégano fresco picado
- 12 onzas (340 gs) de pasta rotelle (forma de tirabuzón)
- ¼ taza de queso parmesano
- Pimienta negra, al gusto

**PREPARACIÓN:** Ase las pechugas de pollo, hasta que estén bien cocidas. Una vez asadas, retírelas y deje enfriar. Luego cortarlas en tiras. En una sartén grande, caliente el aceite de oliva y agregue las cebollas y los hongos. Saltearlos hasta que estén tiernos, durante 5 minutos aproximadamente. Agregue los frijoles, el ajo, el orégano y las tiras de pollo. Conservar caliente. En una olla grande llenar con agua y dejar que hierva. Agregar la pasta y cocinar al dente (hasta que se torne tierna), unos 10 a 12 minutos o siga las instrucciones del paquete. Luego, colar la pasta. Retornar la pasta a la olla y agregarle la mezcla de pollo. Revolver para mezclar en forma homogénea. Coloque la pasta en cada plato y aderece con el queso parmesano y la pimienta negra. Servir inmediatamente.

## AGUA FRESCA DE SANDÍA Y ARÁNDANOS:

94 calorías por porción incluye: 1 g proteína; 23 mg carbohidratos; 0 colesterol; 5 mg sodio; 0 g fibra; 234 mg potasio; 17 mg calcio.

### INGREDIENTES (6 PORCIONES)

- 2 1/2 tazas de sandía sin semilla  
(remover la corteza y cortar en cubos (unas 7 tazas))
- 1 taza de jugo dulce de arándano  
(algunas veces se lo llama néctar de arándano)
- ¼ taza de jugo de lima
- 1 lima, cortada en 6 rodajas

**PREPARACIÓN:** Colocar la sandía en una licuadora o procesadora de alimentos. Procesar hasta que este sin grumos. Colar (tamizar) el puré de sandía para remover la pulpa y obtener el jugo y colocarlo en un bowl. Luego pasarlo a un jarro, agregar el arándano y el jugo de lima. Remover para combinar los elementos de la mezcla. Refrigerar y servir bien frío. Servirlos en vasos congelados y decorar con la rodaja de lima fresca.



Fuente: [www.mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com)

# Análisis de laboratorio

Por Mónica Leibovich-Adrabi, MD

**C**uando hablamos del VIH, siempre estamos pendiente de los resultados de laboratorio. Pero, ¿qué son y para qué sirven? Los resultados de laboratorio provienen de los análisis de sangre. Los análisis de sangre provienen del paciente, del cual se extrae una muestra de su sangre y la misma pasa posteriormente a un laboratorio donde se estudiará y reportará los resultados de los parámetros de laboratorio que solicitó el médico.

Los resultados pueden proveer información muy importante. Los análisis en una persona que vive con el VIH/SIDA, sirven para controlar el curso de la infección y enfermedad del VIH. La información proveniente de los análisis es útil tanto para las personas que no reciben tratamiento anti-VIH, como para las que están bajo tratamiento. Habitualmente, los análisis se solicitan siguiendo cierta frecuencia que puede variar desde análisis mensuales, cada dos, tres, cuatro o hasta seis meses. Todo depende de las condiciones clínicas del paciente y si está o no recibiendo algún tipo de tratamiento anti-VIH, o para tratar otras condiciones que estuviera padeciendo. Los análisis se pueden dividir en términos generales, en análisis de rutina y en aquellos que el médico solicita específicamente.

Dentro de los análisis de rutina, siempre hablando dentro del mundo del VIH, están los análisis que sirven para vigilar el comportamiento del VIH en la persona que vive con VIH.

*Estos son los análisis de rutina:*



**RECuentos de CD4** (tipo de células blancas -linfocitos: Células T). Estas células forman parte del armamento de nuestro sistema inmunológico. Su rango normal es entre 500 a 1.500 células por mililitro de sangre (ml, aproximadamente una gota de sangre). Cuando la enfermedad del VIH progresa estas células tienden a bajar en número y cuando disminuyen por debajo de 200 se considera que la persona está a un riesgo muy elevado de padecer infecciones (infecciones oportunistas) y hasta puede llegar a tener 0 células. El cuerpo necesita de estas células para defenderse del VIH.

**CARGA VIRAL (CV):** Mide la cantidad de virus en una muestra de sangre (ml). Lo ideal es poder controlar la replicación del VIH. Actualmente, las pruebas que detectan el material genético del VIH son muy sensibles y específicas, pudiendo detectar hasta 50 copias por ml de sangre. Una carga de 50 o menos, se considera no detectable. Este es el nivel de CV que se debería conseguir tanto en pacientes sin experiencia previa en tratamien-

tos y en pacientes con experiencia y fracasos bajo tratamientos previos con los medicamentos antirretrovirales disponibles en la actualidad.

No detectable no significa que no existe, sino que hay un nivel de replicación viral muy bajo (el virus está bajo control) y eso disminuye el paso de progresión de la enfermedad. Una carga viral no detectable es buena, una carga viral detectable puede variar de unos cuantos cientos de virus a miles o más, cuánto más alto el número, mayor riesgo a que la enfermedad progrese muy rápido y no se pueda controlar eficazmente.

*Análisis que sirven para vigilar cómo funcionan ciertos órganos y otros parámetros en la persona que vive con el VIH:*

**HEMOGRAMA COMPLETO** (CBC, siglas en inglés): Es una prueba muy común; mide la cantidad de células rojas (glóbulos rojos), junto con otros parámetros indicadores de la presencia de anemia u otras anomalías en los glóbulos rojos. También mide la cantidad de células blancas y su clasificación, indicadores de cómo nos defendemos de diferentes tipos de infecciones o la presencia de algún tipo de cáncer de la sangre, junto con la cantidad de plaquetas, indicadores de qué tan bien controlamos nuestro tiempo de sangrado.

*Luego, tenemos otros indicadores que el médico va a solicitar específicamente:*

**GLUCOSA:** Es el azúcar de la sangre. Los niveles normales rondan entre 75 a 120 mg/dl de sangre. Valores inferiores indican hipoglucemia (baja cantidad de azúcar) y valores superiores (hiperglucemia) indican un mal funcionamiento del uso de la glucosa que muy probablemente termine en el desarrollo de diabetes. La medición de la glucosa también sirve para controlar el manejo de la diabetes.

## COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS:

Son sustancias grasas. El colesterol ayuda a poder medir el posible desarrollo de enfermedad cardiovascular. Los triglicéridos no tienen una asociación tan directa como el colesterol con relación a los problemas del corazón, aunque si hay que controlarlos también muy de cerca. Un nivel elevado de triglicéridos puede causar problemas en el páncreas. El colesterol y los triglicéridos pueden disminuir en enfermedades crónicas (como por ejemplo el VIH), aunque hay factores ambientales (dieta, estilo de vida, etc.) y factores genéticos que pueden aumentarlos, además de formar parte del espectro de efectos secundarios de algunos antirretrovirales que se utilizan en el tratamiento del VIH.

El colesterol a su vez se puede subdividir en varios tipos de colesterol, aunque por motivos de simplificación lo dividiremos en el colesterol “malo” o LDL (rango normal por debajo de 100 mg/dl) y el colesterol “bueno” o HDL (rango normal debe ser superior a 40 mg/dl, cuanto más elevado mejor). El colesterol total debe rondar por debajo de los 200 mg/dl y los triglicéridos deben ser inferiores a los 150 mg/dl.

**ELECTROLITOS:** Sodio (Na), potasio (K), cloro (Cl) y magnesio (Mg): El sodio es importante para mantener el balance de líquidos en el cuerpo, al igual que el cloro. El potasio regula la conducción eléctrica en las células, incluido el corazón. El magnesio cumple funciones relacionadas a la contracción muscular, entre otras.

**AMILASA:** Es una enzima que la secretan las glándulas salivales y el páncreas. Cuando sus niveles aumentan pueden indicar una inflamación en el páncreas. Algunos medicamentos anti-VIH y de otro tipo pueden aumentar los niveles de esta enzima.

## FUNCIÓN HEPÁTICA (HÍGADO):

Se estudian varias enzimas y un pigmento del hígado para observar su funcionamiento: *Alt, ast, ldh, fosfatasa alcalina y la bilirrubina*: Cuando sus niveles suben en diferentes proporciones, son indicadores de inflamación del hígado (hepatitis) por infecciones, medicamentos (antirretrovirales, inclusive), obstrucción o cáncer. Es frecuente, observar los niveles elevados en personas que viven con el VIH, aunque no hay que alarmarse hasta que alcanzan ciertos valores.

## FUNCIÓN RENAL (RIÑONES):

Existen dos indicadores importantes. Creatinina y urea: pueden aumentar por deshidratación, o enfermedades en los riñones. El VIH puede causar nefrotoxicidad (enfermedad renal), al igual que algunos antirretrovirales como efectos secundarios.

## PROTEÍNAS: ALBÚMINA Y GLOBULINA:

Son las dos proteínas más importantes en la sangre. Bajos niveles de albúmina pueden indicar malnutrición y *Electrolitos: Sodio (Na), potasio (K), cloro (Cl) y magnesio (Mg)*.

## PRUEBAS DE RESISTENCIA:

Sirven para identificar mutaciones (cambios en el código genético del VIH) o proveer el grado de sensibilidad del VIH a los medicamentos antirretrovirales. Las pruebas se conocen como genotipo, fenotipo, y también existe una tercera prueba llamada fenotipo virtual.

Los resultados de estos análisis

le ayudarán al médico a elegir los mejores medicamentos para combinar en un régimen antirretroviral y que pueda ser eficaz contra el VIH. Existen recomendaciones específicas con respecto a cuando se deberían solicitar estas pruebas de resistencia.

## Sugerencias generales:

Otros análisis de sangre podrían ser solicitados por el médico para descartar sífilis, hepatitis virales, niveles de testosterona y de la hormona tiroidea (tiroides). Todos estos parámetros son importantes dado que si descubren anomalías, se pueden tratar.

No todas estas pruebas se pueden realizar en cualquier laboratorio. Algunas, necesitan de cierta tecnología disponible. De todas maneras, es importante conocer que existen, para discutirlos con el médico. Sin embargo, hay algo que como pacientes, sí podemos hacer: Cada vez que el doctor nos pide un análisis de sangre se debe ir siempre al mismo horario, asegurarse que las recomendaciones pidió —la más común es solicitar al paciente que cuando se saque sangre lo haga en ayunas; ir al mismo laboratorio si fuera posible. Todos estos consejos aseguran que los resultados tengan menos probabilidades de variación.

Un resultado de un análisis generalmente no nos provee un diagnóstico definitivo. Nos indica si hay que realizar mayores estudios o nos sirve para controlar una tendencia normal o anormal de los parámetros mencionados.

También, me gustaría aclarar que estos no son los únicos análisis que se pueden realizar. Existen muchas otras pruebas que se pueden hacer extrayendo una muestra de sangre. Las nombradas en este artículo son las más comúnmente solicitadas en las personas que viven con el VIH.

**“Cada vez que el doctor nos pide un análisis de sangre se debe ir siempre al mismo horario”.**



# Sexualidad

## en la tercera edad

**H**oy en día los hombres y las mujeres gozan de una vida más larga y con mejor salud.

Como resultado de esta mejora en la salud de la llamada “tercera edad” muchas parejas continúan disfrutando de la intimidad y de su vida sexual de forma satisfactoria. Este documento le ayudará a resolver las dudas que pueda tener sobre sexualidad y la vejez.



### **¿ES DISTINTO EL SEXO CUANDO UNO SE HACE MAYOR?**

Los temas relacionados con la sexualidad en la tercera edad todavía no se tratan de forma abierta y natural. Existe un cierto tabú cultural que ha creado el estereotipo de las personas mayores como seres asexuales, carentes de sentimientos y emociones. Ni siquiera las parejas que han estado juntas durante mucho tiempo se sienten más libres a la hora de hablar sobre sus dificultades sexuales. Como muchas otras actividades en la vida la expresión sexual es muy cambiante. La función sexual puede ser muy diferente de la de una pareja joven pero eso no significa que tiene que ser menos placentera.

### **¿PODRÉ SEGUIR PRACTICANDO EL SEXO CUANDO ENVEJEZCA?**

El proceso de envejecer incluye muchos cambios físicos naturales, algunos de los cuales afectan naturalmente a la respuesta sexual, pero la sexualidad es mucho más amplia que el simple enfoque genital. A menudo las parejas pueden encontrar nuevas formas de estimularse mutuamente como la lectura de relatos eróticos o videos. La comunicación abierta y sincera entre la pareja en lo relativo a los deseos sexuales, las fantasías y la experimentación es importante. Algunos hombres notarán que tardan más en sentirse sexualmente excitados y en conseguir una erección y que sus erecciones no son tan potentes. El simple

hecho de pensar en el sexo puede no ser suficiente. Se requiere mas estimulación física sobre el pene y durante más tiempo. Esto puede deberse a una reducción en la sensibilidad. Algunos hombres también pueden notar que el tiempo que transcurre entre cada erección es más grande con el paso de los años. La sensación que produce la eyaculación puede ser menor, el orgasmo no ser tan potente como antes y la cantidad de semen ser menor. La eyaculación puede tardar más en producirse siendo un factor positivo ya que puede proporcionar mas satisfacción a la pareja. Algunos hombres pueden notar que su deseo sexual disminuye pero otros mantienen su actividad sexual toda la vida.

Si ha notado alguna dificultad en

obtener y mantener su erección, no está solo. Uno de cada diez hombres tienen dificultades con sus erecciones pero hoy en día existe ayuda para superar este problema. En algunos casos su médico de cabecera podrá recetarle uno de los nuevos fármacos para la disfunción eréctil. Si por



“Muchas parejas continúan disfrutando de la intimidad y de su vida sexual de forma satisfactoria”.

algún motivo este tratamiento de primera línea no es apropiado para usted, existen otras alternativas, como inyecciones, aparatos de vacío, terapia sexual e implantes quirúrgicos.

### **¿PUEDEN LAS ENFERMEDADES AFECTAR AL SEXO?**

Sí. Cuando la gente envejece tiene más posibilidades de padecer condiciones que merman su actividad y enfermedades que pueden afectar a su respuesta sexual. La artritis, derrame cerebral, enfermedades cardíacas, diabetes, Parkinson, cirugía y los efectos secundarios de algunos medicamentos pueden alterar su respuesta sexual. Los efectos psicológicos de la enfermedad también pueden tener un impacto sobre su función sexual, especialmente en los casos de un diagnóstico grave o una enfermedad que limite su esperanza de vida. La enfermedad también afecta al autoestima y altera la imagen que tenemos del cuerpo de forma drástica. La enfermedad puede provocar un cambio en la estructura de la relación de pareja al hacer que dos personas anteriormente independientes tengan ahora que depender de su pareja o su cuidador. Un miembro de la pareja puede sentir que no es correcto tener deseos sexuales si su pareja está enferma.

Para muchos el simple estrés y cansancio de cuidar a la pareja puede tener un efecto negativo sobre el deseo

sexual. El estilo de vida también puede tener un impacto sobre como uno se ve a sí mismo. La jubilación y el abandono del hogar por parte de los hijos puede hacer que alguna gente lo viva como el fin de un capítulo de sus vidas, mientras que para otros puede suponer más tiempo libre para dedicarlo a su pareja. También se deben tener en cuenta factores culturales, el ser fumador, el consumo excesivo de alcohol, el uso recreativo de ciertas drogas, una dieta inapropiada y la falta de ejercicio, ya que todos ellos pueden contribuir a la disfunción sexual. Hable con su médico si piensa que la enfermedad le está impidiendo disfrutar del sexo con su pareja, ya que quizás él pueda ofrecerle una solución directamente o ponerle en contacto con un especialista.

### **SOY VIUDO: ¿ES MALO INTENTAR BUSCAR EL AMOR DE NUEVO?**

Todos necesitamos ser amados y deseados. Estas necesidades no disminuyen con la edad, pero uno puede notar que con el paso del tiempo busca un tipo de relación distinta a cuando era joven. Algunos pueden únicamente necesitar compañía y alguien con quien compartir su programa favorito de la televisión. Si quiere reiniciar su vida sexual puede sentirse un poco incomodo e incluso avergonzado a la hora de dar el primer paso. Estos sentimientos son totalmente normales especialmente si su

pareja padeció una enfermedad larga, y puede albergar sentimientos profundos de culpabilidad y deslealtad. Le será útil hablar con alguien sobre esos sentimientos. Para ayudarlo a avanzar en una nueva relación quizás quiera hablar con su médico o un terapeuta sobre sus sentimientos y temores. A menudo cuando la sexualidad se ve afectada uno solo necesita aprender a adaptarse y ajustar sus expectativas evitando cerrarse a toda expresión sexual.

### **SIENTO DEMASIADA VERGÜENZA PARA PEDIR AYUDA, ¿QUÉ PUEDO HACER?**

La única persona que sentirá vergüenza será usted mismo ya que se trata de algo natural. No tiene nada que temer y todo por ganar si busca ayuda. Poder hablar de la sexualidad en la madurez puede resultar difícil pero no existe ninguna razón para pensar que porque alguien es mayor no pueda utilizar los mismos servicios que la gente más joven. El sexo no es algo anormal después de los cincuenta años y para mucha gente no desaparece por el simple hecho de no cumplir una función procreadora. Ser mas viejo no debe impedirle buscar y recibir la ayuda que más le convenga.



Reimpreso por cortesía de Asociación Española para la Salud Sexual; [www.salud-sexual.org](http://www.salud-sexual.org)

# ¿Qué necesitan las personas mayores de 50 en la prevención del VIH?\*

¿están a riesgo las personas mayores? Sí. En los EEUU más del 10% de todos los nuevos casos de SIDA ocurren entre personas mayores de 50 años.<sup>1</sup> En los últimos años, los nuevos casos de SIDA aumentaron más rápido entre personas de edad mediana y mayores que en personas menores de 40.<sup>2</sup>

Si bien es cierto que muchas de estas personas con SIDA quedaron infectadas con el VIH a una edad más temprana, muchos se infectaron después de los 50.

Es difícil determinar los índices de infección con VIH entre personas mayores, ya que son pocas las personas mayores de 50 a riesgo de contraer el VIH que se hacen la prueba de detección rutinariamente.<sup>3</sup> A la mayoría de las personas mayores se les diagnostica el VIH a un estado muy avanzado de la enfermedad cuando andan en búsqueda de algún tratamiento a causa de las enfermedades ocasionadas por el VIH.<sup>1</sup>

Los casos de SIDA en personas mayores pueden no estar siendo reportados ya que los síntomas y las infecciones del VIH pueden coincidir con otras enfermedades relacionadas con la edad por lo tanto pasa desapercibida. La demencia ocasionada por el SIDA es muchas veces diagnosticada como el mal de Alzheimer, y los primeros síntomas del VIH como la fatiga y la pérdida de peso pueden estar siendo interpretadas como el proceso natural del envejecimiento.<sup>4</sup>

Las personas mayores con SIDA se enferman y mueren más rápido que las más jóvenes. Esto se debe al diagnóstico tardío del SIDA y a la combinación de infecciones y otras enfermedades que posible-



mente aceleran la progresión del SIDA.<sup>5</sup> Además, las nuevas medicinas para tratar el VIH pueden interferir con el tratamiento médico de enfermedades crónicas previas.

## ¿QUÉ LOS PONE A RIESGO?

Una de las falsas creencias más comunes en los EEUU es que las personas mayores ni tienen sexo ni usan drogas. Muy pocas campañas de prevención son dirigidas a personas mayores, y en la mayoría de los anuncios con mensajes educativos no aparecen personas mayores, lo cual les convierte en una población a riesgo e invisible.<sup>6</sup> Esto ocasiona que las personas mayores estén generalmente menos informadas sobre el VIH que los más jóvenes y menos conscientes de como protegerse a si mismos de la infección. Esto es más real entre personas mayores usuarios de drogas inyectadas, los cuales componen el 16% de los casos de SIDA en mayores de 50 años.

El mayor grupo de casos de SIDA entre personas mayores de 50 ocurre en hombres que tienen sexo con hombres. Los hombres gay/homosexuales mayores tienden a ser un grupo invisible dentro de esta comunidad y en los esfuerzos de prevención. Dentro de los factores que presentan los gay/ homosexuales mayores están: la arraigada homofobia, la negación del riesgo, el uso del alcohol y otras drogas, y los encuentros sexuales anónimos.<sup>7</sup>

Las mujeres componen un mayor

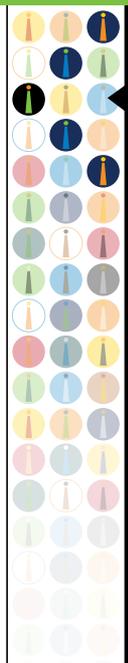
porcentaje de casos de SIDA a medida que aumenta la edad. A pesar de que solo el 6,1% de los casos de SIDA ocurre en mujeres de 50 a 59 años, el porcentaje se eleva a 13,2% en las de 60 a 69 años y a 28,7% en las mayores de 65 años de edad.<sup>8</sup> Los cambios normales que aparecen con la edad tales como la falta de lubricación vaginal y el desgaste de las paredes vaginales pueden estar poniendo a mayor riesgo de infección con VIH a las mujeres mayores durante las relaciones sexuales.<sup>9</sup>

## ¿CUÁLES SON LAS BARRERAS EN LA PREVENCIÓN?

Pocos norteamericanos mayores de 50 a riesgo de contraer el VIH usan condones o se hacen la prueba de detección del VIH. En una encuesta a nivel nacional, de las personas mayores a riesgo de infectarse con VIH, un sexto estaba más propenso a usar condones y un quinto a hacerse la prueba del VIH, que las personas de 20 a 30 años a riesgo de infección.<sup>3</sup> Se desconocen

## ¿QUIÉN LO DICE?

- Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report . 1996;8:15.
- HIV, AIDS, and older adults . Fact sheet prepared by the National Institute on Aging, National Institutes of Health.
- Stall R, Catania J. AIDS risk behaviors among late middle-aged and elderly Americans. The National AIDS Behavioral Surveys . Archives of Internal Medicine. 1994;154:57-63.
- Whipple B, Scura KW. The overlooked epidemic: HIV in older adults . American Journal of Nursing. 1996;96:22-28.
- Skiet DJ, Rubinstien E, Carley N, et al. The importance of comorbidity in HIV-infected patients over 55: a retrospective case-control study. American Journal of Medicine. 1996;101:605-611.
- Feldman MD. Sex, AIDS, and the elderly . Archives of Internal Medicine. 1994;154:19-20.
- Grossman AH. At risk, infected, and invisible: older gay men and HIV/AIDS . Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 1995;6:13-19.
- Ship JA, Wolff A, Selik RM. Epidemiology of acquired immune deficiency



los factores que influyen en el uso del condón en personas mayores.

Pocas veces doctores y enfermeras consideran al VIH un riesgo entre pacientes mayores. Un estudio hecho a doctores, reveló que la gran mayoría de estos “raras veces” o “nunca” hacían preguntas sobre VIH/SIDA o discutían el tema de la reducción del riesgo con pacientes mayores de 50. Los doctores estuvieron mucho más propensos a “raras veces” o “nunca” preguntar a sus pacientes mayores de 50 sobre el factor de riesgo con relación al VIH (40%) que a pacientes menores de 30 (6.8%).<sup>10</sup>

## ¿EN QUÉ SE DIFERENCIAN?

Es necesario tomar en cuenta el aspecto cultural y generacional al diseñar campañas de prevención. A las personas mayores les puede resultar muy incómodo revelar a otros información sobre su comportamiento sexual o su uso de drogas. Esto puede interferir con la participación de personas mayores en grupos de apoyo.<sup>11</sup> Además, las personas mayores pueden creer que el condón ni es importante ni necesario,

especialmente si la mujer ya pasó la etapa de la menopausia cuando ya no hay necesidad de protegerse para evitar un embarazo.

Es posible que a estas personas les queden pocos amigos y que el círculo social que pudiera ofrecerles apoyo y cuidados sea reducido. Adicionalmente, es muy probable que ellos estén cuidando a otras personas, ya que cerca

de un tercio de los pacientes con SIDA dependen de un familiar mayor para que les ayude en el aspecto económico, emocional y físico.<sup>12</sup>

## ¿QUÉ SE ESTÁ HACIENDO?

El “Senior HIV Intervention Project (SHIP)” o “proyecto de intervención de VIH para mayores” en los condados de Dade, Broward y Palm Beach de la Florida capacita a personas mayores para hacer presentaciones de tipo educativo y conducir seminarios sobre sexo seguro en comunidades de jubilados. Estos educadores a su vez se reúnen con profesionales de la salud y trabajadores al servicio de personas mayores para informarles sobre el riesgo de este grupo en cuanto al VIH.<sup>13</sup>

En seis centros para el cuidado de personas mayores de Chicago, Illinois, un programa utilizó “círculos de estudio”, los cuales fueron dirigidos por miembros del mismo grupo con el fin de alertar y aumentar el conocimiento sobre VIH entre los participantes. Los participantes presenciaron el video “The Forgotten Tenth” o “el 10% restante” e investigaron por cuenta propia como afecta el VIH en sus vidas: física política y económicamente. Luego compartieron lo aprendido en las reuniones subsecuentes. Al concluir el programa muchos de los participantes se convirtieron en educadores de SIDA.<sup>14</sup>

En la Florida se llevó a cabo un programa educativo sobre VIH en varios comedores para mayores. Basado en el “Modelo de Creencia de Salud”, el programa incluyó información básica y estadísticas sobre el VIH, instrucción sobre el uso del condón, información sobre las pruebas de detección, y el estudio de algunos casos de personas mayores con SIDA. Al final de esta sesión, los participantes reportaron un aumento en su conocimiento del SIDA y la susceptibilidad que estos perciben con respecto al VIH.<sup>15</sup>

## ¿QUÉ QUEDA POR HACER?

Ha existido una falta notable de interés por las personas mayores de 50 en los esfuerzos de prevención. Es necesario crear programas de prevención exclusivos para gente mayor. Los medios de comunicación y los carteles de anuncios necesitan contener temas e imágenes que se identifiquen con las personas mayores de 50 y promover a su vez la prueba de detección del VIH rutinariamente en personas mayores que viven a riesgo de infección. Es necesario investigar más a fondo el comportamiento de estas personas en relación al sexo y al uso de drogas, la progresión de la enfermedad y los tratamientos, y reclutar a personas mayores VIH+ para los estudios clínicos.

El personal clínico y los proveedores de servicio para personas mayores, incluyendo a los cuidantes y el personal de asilo de ancianos, deben recibir educación sobre los comportamientos de riesgo y los síntomas del VIH en personas mayores. El personal clínico además, debe asesorar el riesgo y el uso de drogas más cuidadosamente en pacientes mayores de 50 y no asumir que los pacientes no participan en este tipo de actividades o que no hablan de ello.

Las personas mayores carecen del apoyo y la educación que les permitiría asegurarse una vida tan satisfactoria como la que tenían antes de pasar los 50 años. Un programa de prevención completo, utiliza muchos elementos para proteger del VIH a la mayor cantidad de gente posible. Los adultos mayores de 50 constituyen un grupo especial que debería recibir mensajes preventivos tanto por el riesgo ocasionado por las conductas de riesgo como por el papel de liderazgo y de maestros que estos desempeñan para futuras generaciones.



*\*Reimpreso por cortesía de: Center for AIDS Prevention Studies at the University of California San Francisco: [www.caps.ucsf.edu/pubs](http://www.caps.ucsf.edu/pubs)*

syndrome in persons aged 50 years or older. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 1991;4:84-88.

9. Catania JA, Turner H, Kegeles SM, et al. Older Americans and AIDS: transmission risks and primary prevention research needs. *Gerontologist*. 1989;29:373-381.

10. Skiest DJ, Keiser P. Human immunodeficiency virus infection in patients older than 50 years. A survey of primary care physicians' beliefs, practices, and knowledge. *Archives of Family Medicine*. 1997;6:289-294.

11. Nokes K, ed. *HIV/AIDS and the older adult*. Washington DC: Taylor & Francis;1996.

12. Ory MG, Zablotzky D. Notes for the future: research, prevention, care, public policy. In MW Riley, MG Ory, D Zablotzky, eds. *AIDS In an Aging Society*. New York, NY: Springer Publishing; 1989.

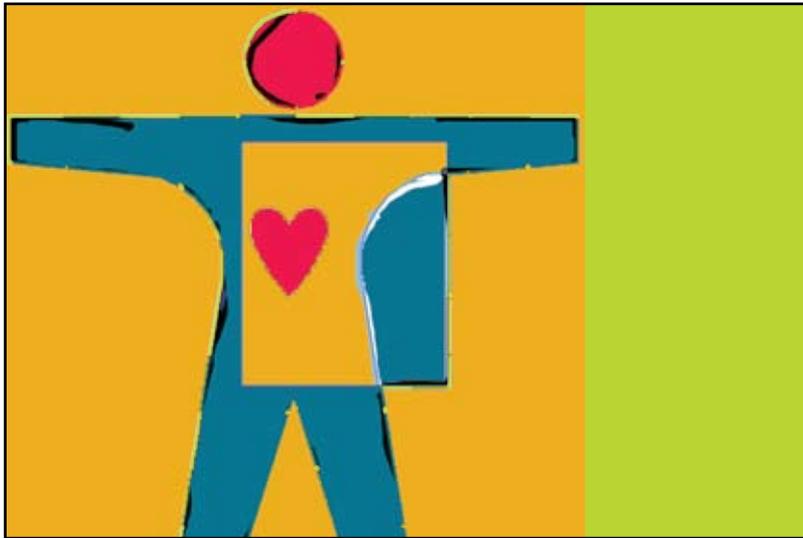
13. Senior HIV Intervention Project (SHIP). Contact: Lisa Agate (954) 467-4774.

14. Dill D, Huston W. AIDS education for older adults. *Healthpro UIC*. 1996;Fall:18-19.

15. Rose MA. Effect of an AIDS education program for older adults. *Journal of Community Health Nursing*. 1996;13:141-148.

# Problemas metabólicos en la tercera edad

Por Monica Leibovich-Adrabi, MD



**A** partir de nuestro nacimiento, nuestros cuerpos y mentes evolucionan y se modifican con el correr de los años. Comenzamos a ver cambios normales de la etapa del envejecimiento y, tal vez, otros que son el resultado o el despertar de alguna condición. El envejecimiento, tal como dice el dicho, nos hace más sabios, pero a la vez más vulnerables y nos expone a mayores riesgos.

En las personas que viven con el VIH, dicha vulnerabilidad es afectada por otras situaciones: la propia infección del virus, su tratamiento y otros medicamentos utilizados para prevenir en algunos casos otras infecciones agregadas. Esto genera un cuadro un poco más complejo para manejar y tratar. Además, todos venimos con nuestro propio cargamento de antecedentes familiares y genéticos que comienzan, a veces, a mostrarse recién en adultos de la tercera edad. El uso del tratamiento anti-VIH ha mejorado notablemente la calidad de vida y la longevidad de las personas. Dicho aumento de la expectativa de vida es la que nos enfrenta a situaciones no esperadas hace unos pocos años atrás. Una de ellas es la calidad de vida durante la "tercera edad" y los problemas metabólicos y cambios que vienen con ella:

**LA PRESIÓN ARTERIAL:** El aumento de la presión arterial es una condición bastante común. El endurecimiento de las arterias es la principal causa. El consumo elevado de sal y el sobrepeso tampoco ayudan. No se sabe aún si el VIH afecta directamente, pero si se sabe que algunos medicamentos antirretrovirales pueden aumentar los lípidos en la sangre y conducir al desarrollo de hipertensión (presión arterial diastólica elevada). Existe tratamiento disponible. La falta de tratamiento puede conducir a ataques al corazón e infartos. Para las personas con VIH se deben evitar los llamados bloqueadores de los canales de calcio cuando se toman los inhibidores de la proteasa.

**EL CORAZÓN:** El corazón sufre con el envejecimiento, especialmente por el efecto a largo plazo de nuestro estilo de vida (sedentarismo, alimen-

tación no apropiada, fumar tabaco, etc.), y factores genéticos. Todo esto conduce casi inevitablemente a ataques al corazón. En estos últimos tiempos se ha sugerido que el propio VIH podría tener un efecto en el desarrollo o progresión de enfermedad cardiovascular. Por otro lado, también se responsabilizó al tratamiento TARSA, con los hallazgos de aumentos de los lípidos y triglicéridos de algunos antirretrovirales. Y, aunque se demostró cierto aumento de la frecuencia de enfermedad cardiovascular, el riesgo de enfermedades del corazón es mayor si no se trata al VIH adecuadamente con los medicamentos antirretrovirales.

**LOS LÍPIDOS** (las grasas de la sangre): También existe una tendencia a que los lípidos aumenten con el correr del tiempo. Especialmente el colesterol LDL (conocido como el colesterol "malo"). El colesterol "bueno" o HDL no se modifica tanto, aunque siempre es bueno tener mucho. Los triglicéridos (otro tipo de grasas), no están directamente ligados a problemas del corazón, aunque por supuesto siempre es bueno tener los niveles adecuados, pero también tienden a subir en edades mayores. El estilo de vida (dietas no saludables, falta de ejercitación física, etc.) tienen el mayor de los impactos en personas genéticamente más vulnerables.

En las personas con VIH, especialmente en etapas avanzadas de SIDA, el colesterol malo y el bueno tienden a bajar, cosa que tampoco favorece al corazón. El tratamiento antirretroviral restaura sus niveles, aunque muchas veces el "malo" sube demasiado. Existe tratamiento para tratar al colesterol y a los triglicéridos elevados (estatinas y fibratos, respectivamente), tanto en las personas VIH positivas o negativas. Consultar con el médico dado que algunos de estos medicamentos pueden interactuar con los antirretrovirales.



**LA GLUCOSA** (azúcar de la sangre): La glucosa también puede aumentar con la edad, predispuestas también por los mismos factores que aumentan al colesterol. El aumento elevado constante de la glucosa se denomina diabetes. Cuando la diabetes se combina con hipertensión, obesidad, triglicéridos elevados y colesterol bueno disminuido se los denomina “síndrome metabólico”; cuadro difícil y complejo de manejar en las personas mayores. Hasta ahora, no se ha encontrado que el VIH afecte directamente la glucosa, aunque algunos inhibidores de la proteasa que se utilizan para el tratamiento del VIH aumentan sus niveles. Parece que la función de la insulina (hormona que lleva la glucosa de la sangre a las células) se torna menos eficaz. En algunas ocasiones es necesario cambiar el tratamiento del VIH para mejorar esta resistencia a la insulina. Otras medidas siempre efectivas son cambios en el estilo de vida (ejercitación física, dietas para diabéticos, reducción del peso corporal) y también hay medicamentos para el manejo de la diabetes.

**LOS HUESOS:** La pérdida de la masa ósea, osteopenia, y su forma más severa, la osteoporosis, también aparecen con el envejecimiento. Especialmente en las mujeres en la edad de la menopausia (cese completo del ciclo menstrual) y en hombres, aunque menos común, en edades más avanzadas. Parece que el VIH, según algunos reportes, podría acelerar el proceso. Las tabletas de calcio y dietas ricas en calcio podrían ayudar y se las recomienda (aunque siempre es mejor comenzar con dietas ricas en calcio desde nuestra infancia). Para la osteoporosis, el tratamiento es más complejo. Tiene efectos secundarios bastante severos.

**LOS RIÑONES:** habitualmente, se las arreglan bien a cualquier edad.

El deterioro de su funcionamiento es más común que ocurra por complicaciones de otras enfermedades concomitantes (infecciones urinarias no tratadas, diabetes, presión arterial elevada, etc.). La infección con VIH puede causar una enfermedad renal conocida como neuropatía asociada al VIH. Por suerte su frecuencia no es tan común. La gente de raza negra es más afectada. El tratamiento del VIH es en realidad el recomendado ante esta patología. El único medicamento antirretroviral que se ha asociado a algún tipo de alteración mínima de la función renal es tenofovir. Se recomienda evitarlo en personas que sufren algún tipo de deterioro de los riñones.

**GRASA CORPORAL:** Los cambios en el peso (tendencia a ganar peso) es algo habitual a medida que envejecemos, así como también perdemos masa muscular. Hay cierta acumulación de grasa en el área abdominal, no sólo debajo de la piel, sino alrededor de los órganos. En la infección por VIH, particularmente en el síndrome de desgaste, se nota la pérdida masiva de masa muscular y grasa subcutánea. Por suerte, gracias a los medicamentos

antirretrovirales esto se ve con menos frecuencia. Sin embargo, algunos medicamentos anti-VIH, en particular los nucleósidos, pueden causar lipoatrofia (pérdida de grasa en ciertas partes del cuerpo) y los inhibidores de la proteasa pueden causar aumento de la grasa en el abdomen.

En los países desarrollados han sido reemplazados por nuevas generaciones de medicamentos de la misma familia los cuales son menos agresivos. Lamentablemente, no ha ocurrido en los países en desarrollo. Algunos han conseguido la patente de los que ya casi no se usan, para fabricarlos de manera genérica, lo cual ha bajado su costo de venta, no el costo humano que sufre los efectos secundarios de los mismos. Existen tratamientos dermatológicos y plásticos para mejorar la lipoatrofia facial (falta de grasa debajo de la piel de la cara).

**EL SISTEMA INMUNOLÓGICO:** El timo (glándula ubicado en la parte anterior del cuello) es el que se encarga de producir las CD4 entre otras células. A medida que envejecemos, el timo se atrofia (disminuye su tamaño y su funcionamiento). El VIH ataca a las CD4. Por ende el número de células disminuye mucho más rápido en las personas VIH positivas, dejándolas sin suficientes mecanismos de defensa en contra de las infecciones en general. El tratamiento antirretroviral ayuda a frenar la replicación viral. En consecuencia, menos CD4 se dañan prematuramente, y esto a su vez da tiempo al timo a producir células CD4. El problema es que en adultos mayores, quizás no puedan recuperar un número suficiente de CD4, debido justamente a que el timo ya no está funcionando a su máxima capacidad.



***“El uso del tratamiento anti-VIH ha mejorado notablemente la calidad de vida y la longevidad de las personas”.***

## Boca sana

Por Steven Vitero, D.D.S.

**A** pesar de la típica reducción del grosor del pelo, la aparición de rodillas artrósicas y el debilitamiento de la visión, el llegar a los 50 todavía es un hito importante en nuestras vidas. Cuando éramos chicos le decíamos “ponerse viejo”. Ahora, que llegamos a esa edad, preferimos llamarle “ser maduros”. Este proceso de maduración afecta a nuestros cuerpos y a sus componentes de muchas maneras. Nuestras bocas y dientes no son ninguna excepción.



Es importante recordar que las caries no es un problema exclusivo de la juventud. Por el contrario, las causas de las caries son las mismas a cualquier edad. La caries es producida por las bacterias en nuestras bocas, que se alimentan del azúcar (carbohidratos) de nuestras dietas y producen ácidos que destruyen el esmalte dental y causan las cavidades (caries). Sin embargo, la naturaleza del problema puede cambiar a medida que envejecemos. Muchos de nosotros crecimos sin los beneficios del fluoruro y el cuidado dental preventivo. Como resultado, experimentamos más trabajo dental de restauración que las generaciones siguientes. Los “cincuentones” tienen más probabilidades de enfrentarse a caries en los alrededores de los empastes. Lamentablemente el deterioro de la raíz dental también es común en los adultos maduros. El deterioro de la raíz ocurre cuando las encías se retraen, quedando expuesta la superficie más delicada de la raíz, la cual es más proclive al deterioro.

Con la llegada de los 50, muchos

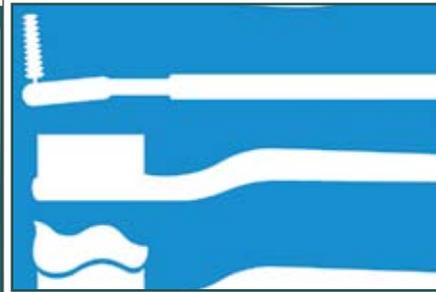
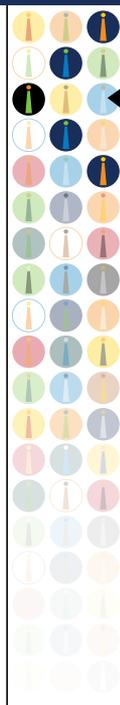
de nosotros terminamos tomando medicamentos bajo prescripción médica o sin receta para varias clases de dolencias. Lamentablemente, más de 400 medicamentos que se usan comúnmente pueden causar boca seca (xerostomía) como efecto secundario. Muchos medicamentos para el VIH/ SIDA también se pueden clasificar dentro de esta categoría. Otros medicamentos incluyen algunos descongestivos (antihistamínicos), medicamentos para la presión elevada (antihipertensivos), medicamentos para los dolores y antidepresivos. Cualquier causa de reducción en la saliva aumenta nuestro riesgo de enfermedad bucal. La saliva protege a nuestros dientes.

Una saliva saludable contiene componentes antimicrobianos, así como también, minerales que ayudan a fortalecer el esmalte dental. La saliva lubrica la boca. También, limpia los restos de comida y neutraliza los ácidos producidos por la bacteria que se encuentra en el sarro. Si la sequedad bucal continúa, puede

conducir a un deterioro galopante. Para contrarrestar los efectos de la boca seca, se pueden usar caramelos y gomas de mascar sin azúcar para estimular el flujo de saliva.

La enfermedad de las encías (enfermedad periodontal) es otra condición que tal vez tengamos que enfrentar a medida que maduramos. Puede progresar lentamente y sin dolor durante un extenso período de tiempo. A menudo se caracteriza por el sangrado de las encías, pérdida del soporte óseo (hueso) y movimiento de los dientes. Si no se lo trata, puede resultar en mayor movimiento dental y, eventualmente, pérdida de los mismos.

La enfermedad periodontal también es causada por la bacteria del sarro. Existen muchos otros factores que pueden aumentar el riesgo o la severidad de la condición. Esto incluye a los restos de los alimentos que quedan atrapados entre los dientes, fumar cigarrillos, uso de tabaco y, hasta cierto punto, en nuestra genética. La alineación incorrecta de los



dientes, puentes o dentaduras parciales que no se ajustan adecuadamente, dietas no saludables y enfermedades sistémicas como la anemia, también contribuyen al desarrollo de la enfermedad periodontal. Por supuesto que el debilitamiento del sistema inmunológico en un paciente que vive con VIH/SIDA también puede reducir significativamente la capacidad de controlar y pelear a la bacteria que causa estos problemas. A pesar que la enfermedad de las encías es común, puede controlarse o detenerse. Si se lo atiende en sus comienzos hasta se puede revertir. Los casos más avanzados podrían requerir cirugía.

## ¿QUÉ PASA SI TENGO MÁS DE 50 Y VIH?

Más de un tercio de los individuos que viven con VIH/SIDA, sin distinción de edades, padecen problemas en la cavidad bucal que aparecen a causa del debilitamiento de su sistema inmunológico. Cuando nuestros cuerpos no se pueden defender adecuadamente, también son comunes las infecciones por hongos, herpes, úlceras, verrugas y problemas en las encías. En realidad, estas condiciones son indicadores que nos ayudan a evaluar la necesidad de comenzar a tomar los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA, o para medir la eficacia del tratamiento actual de un individuo. Por ejemplo, la presencia de una infección fúngica (hongos) puede indicar la necesidad de reevaluar las medicinas que esa persona

estuviera tomando, a través de un análisis de sangre para medir la carga viral y los recuentos de CD4.

Para cuando se llega a los 50, es común pasar por la experiencia de tener que realizar algún reemplazo dental. Después de todo, piensa en todas las veces que has masticado, rechinado tus dientes y de todo el funcionamiento al cual has expuesto a tus dientes durante el correr de tu vida. La posibilidad de tener que reemplazar algo en un trabajo existente es algo más frecuente en un individuo que toma medicinas para el tratamiento del VIH y ha padecido de una boca seca. El desarrollo de esta condición también puede causar retracción de las encías. Consecuentemente, la necesidad de empaste en los lados expuestos de los dientes (y no del área de la superficie de mordida) también ha aumentado. Además de agregar la necesidad de reemplazar dientes perdidos tanto por razones cosméticas como dietéticas,

**“Más de un tercio de los individuos que viven con VIH/SIDA, sin distinción de edades, padecen problemas en la cavidad bucal”.**

cas, a los 50 pasa a ser una prioridad.

Lo opuesto a este ejemplo, son los individuos que han tomado adecuadamente las medicinas para el VIH/SIDA (o ninguna) y podrían no exhibir ninguna diferencia respecto a un paciente de 50 años, VIH negativo con problemas dentales. Por otro lado, los individuos que han padecido un compromiso del sistema inmunológico por un tiempo prolongado pueden llegar a enfrentarse con un reemplazo dental que será extraído debido a un deterioro grave e imposibilidad de restauración o enfermedad periodontal.

No es ningún secreto que el comer alimentos saludables, reducir el estrés, la ejercitación física y las visitas regulares al doctor y dentista, son más esenciales ahora que hemos llegado a los 50. Es un hecho que nuestros cuerpos no responden y se revitalizan como lo hacían cuando fuimos jóvenes. Esperemos que con el correr de los años, hayamos intercambiado algo de nuestro vigor de juventud por la paz interior y sabiduría de la madurez. Pero, de nuevo, piensa de esta manera: si es cierto que “los 50 de ahora son los 30 de antes”, entonces a lo mejor, no tendremos que preocuparnos por estas cuestiones por veinte años.



*Steven Vitero, D.D.S., director de la clínica dental de AIDS Project Los Angeles. Traducción por Mónica Leibovich-Adrabi.*

# Envejecer con VIH

Por Richard Levin, MFT

**T**ú eres un hombre gay que se está acercando al la intersección, en la cual el VIH se cruza con la mitad de la vida (llamémosle los 50). En esta intersección no verás ninguna señal de caminos, como los conocidos “ceda el paso”, “pare”, o “doble a la derecha”.

Imagínate que tu salud (tú) está viajando en una calle en bajada llamada VIH y tu edad es la numeración. Algunas veces, viajas muy rápido, hasta descuidadamente, cuando estás, posiblemente, bajo la influencia de una medicación o de una droga. Otras veces, viajas lenta y cuidadosamente, pero a menudo tensionado, inseguro, preocupado y distraído.

En la calle del VIH vas distraído por los efectos secundarios de los medicamentos y sus efectos en tu funcionamiento diario. Tus preocupaciones oscilan entre los problemas digestivos, erupciones en la piel, fatiga, el saber si los medicamentos son realmente efectivos. Tu estás tan preocupado, te sientes fatigado o te irritas con mucha facilidad, que pierdes la concentración fácilmente o aún el interés en las cosas que están a tu alrededor, inclusive tus relaciones.

Y, que tal si encima hay que enfrentarse con la hepatitis C. Esto agrega más fatiga, mayor incertidumbre, y muy posiblemente un tratamiento físico y mental a los trotes, con resultados poco exitosos. Así que el estrés se intensifica, la ansiedad o la depresión aumentan y, habitualmente, te sientes cansado, aislado, como si estuvieras viajando solo. Algunas veces te enojas contigo mismo o con alguien que está cerca de ti —el camino del cólera— otras



Hank Behar es voluntario de AIDS Project Los Angeles. El no tiene VIH. Utilizamos su imagen como modelo para ilustrar las diferentes etapas de la vida. Las fotografías en la siguiente páginas son de Hank, cuando tenía cuatro años, 20 años y en sus cincuenta. La fotografía de esta página es del 2007.

veces simplemente necesitas hacerte a un lado en la ruta y llorar y esperar hasta que el dolor y el miedo cedan. Y, justo cuando estabas casi compuesto y decidido a continuar por el camino, “pum”, llegamos a la altura 50 (años), esa intersección pavorosa de la calle VIH al 50.

¿Pero cómo fue el viaje hasta que llegaste a los 50? Pudo haber sido divertido y rápido, con algún o muchos accidentes, pero nada como para haber frenado tu viaje acarreado tu juventud e intrepidez, ambos guiándote por el camino para pasar por los 20, los 30, los 35, hasta los 40 y 45. Y justo ahí es cuando comienzan a pasar las cosas. El camino se torna escabroso, aparecen baches, las señales no son tan claras como las anteriores, comienzas a tener problemas, tal cual les pasa a los autos viejos. Vas más lento, no te sientes muy seguro, o no sabes con certeza a donde vas o cómo llegar. Tienes que parar más a menudo, para descansar, o relajarte, volver a concentrarte, o incluso para orinar. Comienzas a perder pasajeros por el camino, amigos, familiares y seres queridos. Estas fueron rela-

ciones excitantes, comprometidas, algunas veces frustrantes y dolorosas que formaron parte de tu trayectoria por el camino de la vida, pero no estabas solo. Ahora, que ya no están, sientes la soledad, algunas veces pareciera que todos tienen a alguna persona para pasear por el camino, excepto tú. El viajar solo hasta los 50, se puede tornar algo aterrador. Algunas veces te sientes perdido, y sin dirección y otras te sientes invisible.

Durante el camino del VIH, tenemos estrés y preocupaciones. Algunas veces ansiedad y depresión y tal vez tengamos que tomar algunos pocos o muchos medicamentos para aliviarnos de esas molestias. Tal vez, tengas que lidiar con cuestiones de salud cada vez más graves e incertidumbre respecto a tu futuro, lo cual causa mayor temor y distracción, y hacen que esos medicamentos luzcan mejores... con sólo un poco... un par de copas... un poquito de alcohol. A los 50, también comienzas a preocuparte por la vejez, el futuro, por lo que hiciste en el pasado, y por lo que harás más adelante. ¿Quién te querrá, con arrugas y rollos que cuelgan y oscilan de un lado a otro?



Más preocupado, mayor ansiedad, a lo mejor otro trago o dos, y justo cuando te estabas mirando en el espejo retrovisor, “pum”, te llevas por delante con tu VIH y los 50.

tras habilidades como conductor sean mejores, estemos más conciencizados con nosotros mismos, y para que apreciemos la vida mejor?

La psicoterapia puede ayudar, tanto de manera individual o grupal. El hablar con un profesional de la salud mental puede ayudar a traer

se puede desarrollar la capacidad de un mayor compromiso e intimidad en una relación, con expectativas realistas de ambas partes. También puede ayudarnos a entender las limitaciones, que podrían haber aumentado por vivir con el VIH, con compasión y paciencia para con nosotros mismos y aumentar tu entendimiento y sensibilidad para con tus propias necesidades y preocupaciones, así como también



Esto ocurre. La edad es un hecho, las limitaciones y pérdidas asociadas al envejecimiento y el impacto psicológico son reales, y a menudo se amplifica e intensifica con el VIH, la hepatitis C y otros problemas de salud relacionados. En cierto momento, la mayoría de nosotros, por no decir todos, nos hallamos en algún tipo de incidente cuando llegamos a la intersección del VIH con los 50 ó los 55 ó los 60. Los incidentes oscilan desde un deslice de costado en el camino, una frenada hasta un choque con la cabeza. No importa cual sea, el incidente, salimos de el temblando un poquito, otras veces heridos, descorazonados y con miedo para continuar nuestro viaje.

Entonces, ¿cómo hacemos para que estos incidentes, estas circunstancias no nos frene nuestro crecimiento, nuestro enriquecimiento en la vida y no nos separe de nuestro comodidad, seguridad, felicidad, amor, buen sexo y risas? ¿Cómo hacemos para que después de la colisión, nues-

una perspectiva a tu vida y tus circunstancias. El ver que a pesar que muchas cosas se pierden y disminuyen con la edad, pero que también crecen, se enriquecen y maduran, ayuda: cualidades como la comprensión, la sabiduría, la espiritualidad, la perspectiva, el entendimiento de nuestra propia persona y de otros. Con la madurez

**“El hablar con un profesional de la salud mental puede ayudar a traer una perspectiva a tu vida y tus circunstancias”.**

para aquellos que amas.

No me mal entiendas, el ponerse viejo y tener VIH, es jodido, pero son dos cosas que no podemos cambiar... a pesar de las promesas de los cirujanos plásticos y compañías de cosméticos. Pero, lo que podemos cambiar y tener control es sobre cómo respondemos y acomodamos estas circunstancias, cómo podemos afligirnos por la pérdida de la edad y la salud y a su vez darle la bienvenida a las ganancias de una experiencia de vida con más enriquecimiento y más sabiduría.



*Richard Levin, MFT especialista en salud mental, AIDS Project Los Angeles. Traducción por Mónica Leibovich-Adrabi.*

**L**a Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, conocida por su sigla CROI, es una de las conferencias más prestigiosas cuando hablamos del mundo del VIH/SIDA. Es una conferencia anual que se lleva a cabo en los Estados Unidos pero de categoría internacional. Científicos de todo el mundo presentan sus estudios de investigación. Es el mundo de las ciencias.



Los laboratorios o compañías farmacéuticas no tienen ninguna presencia. Sólo los profesionales de la salud están presentes para aprender e informarse de los últimos adelantos en el campo del VIH, enfermedades relacionadas y otros virus. Siempre se esperan grandes descubrimientos, o adelantos, en la continua lucha contra la pandemia del VIH/SIDA y así poder mejorar la calidad de vida de aquellos que viven con la infección y sus co-morbilidades.

Este año se realizó en febrero en la ciudad de Los Ángeles, California, y como siempre los temas cubrieron temas de inmunología, patogénesis, infecciones oportunistas, prevención del VIH, resistencia a los medicamentos, mujeres, niños y epidemiología entre muchos otros.

Hoy día casi 40 millones de personas viven con VIH/SIDA, de los cuales 17,7 son mujeres y 2,3 millones son niños menores de 15 años. La pandemia continúa arrasando cada vez más vidas.

La conferencia es muy extensa en información y datos. Intentaré dar una reseña de los temas más discutidos, comenzando por los nuevos antirretrovirales, los cuales constituyen una gran esperanza para aquellas personas que ya no tienen muchas opciones de tratamiento.

### **MARAVIROC**

Maraviroc, el antagonista CCR5 de la compañía Pfizer, es un medicamento de toma oral, que se encuentra en las fases finales de experimentación (estudios MOTIVATE I y II), del cual

se habla mucho dado que tiene grandes probabilidades que la FDA lo apruebe en muy corto plazo. Hasta tiene el nombre comercial listo: Celsentri®. Es un inhibidor de la entrada.

En la conferencia se presentaron los resultados de maraviroc en pacientes con experiencia previa en tratamientos (incluyendo a los IP, INNTR y los INTR) y con tropismo preferencial al receptor CCR5. El VIH usa receptores para adherirse a la célula CD4, entrar en ella y volcar su material genético para replicarse (dependiendo de cual usa más, se los conoce como virus con tropismo CCR5 o CCRX4, a veces usa los dos). Maraviroc bloquea al receptor CCR5; por eso se eligió a la población de pacientes con este tropismo.

Los pacientes recibieron maraviroc

junto con un régimen de base (OBR, siglas en inglés). Los resultados fueron muy alentadores en ambos estudios. El 60% de los pacientes que recibieron Maraviroc lograron cargas virales por debajo de 40 copias/ml, comparado con el 30% del grupo placebo. En aquellos que lograron cargas virales por debajo de 50 copias/ml, el 50% lo logró en el grupo de maraviroc y sólo el 20% en el grupo placebo. Las células subieron unas 100 por encima de los resultados basales (es decir al comienzo del estudio).

Los efectos indeseables no fueron diferentes al grupo placebo, al menos durante las 24 semanas de duración del estudio. Con respecto a las malignidades observadas con otros antagonistas en estudios clínicos previos, maraviroc no mostró un riesgo mayor durante la duración del estudio.

El medicamento se encuentra disponible a través del programa de acceso expandido (EAP) de la compañía.

### **RALTEGRAVIR (MK-0518)**

Raltegravir (MK-0518), el inhibidor de la integrasa de Merck, es un medicamento de toma oral, que también se encuentra aún en estudios clínicos, aunque en fases muy avanzadas. Tan avanzado, que el laboratorio le puso un nombre: Isentress™. Este inhibidor bloquea a la integrasa (enzima del VIH que permite integrar el ADN viral al ADN celular, para que el VIH se pueda replicar). Al igual que el resto de los medicamentos anti-VIH, raltegravir se tendrá que tomar junto con otros antirretrovirales. Se espera también, que su pronta aprobación por la FDA, será para pacientes con experiencia y fracaso previo en tratamientos. Los estudios clínicos de este medicamento se conocen como BENCHMRK 1 y 2.

El estudio es aleatorio, doble ciego, dos dosis diarias de raltegravir, más un régimen de base (OBR) comparado con el grupo placebo. Todos son pacientes con experiencia y fracaso virológico al momento del estudio. Los resultados provienen de 24 semanas de análisis, en los cuales todos los pacientes completaron al menos 16 semanas. Algunos pacientes recibieron darunavir (Prezista)

o enfuvirtide (Fuzeon), como parte del régimen de base. Raltegravir tuvo una respuesta del 79% en aquellos pacientes que lograron cargas virales inferiores a 400 copias/ml a la semana 16.

Los pacientes que usaron en su régimen de base a Prezista, más Fuzeon lograron respuestas en el 98% de los casos. Esto asevera la importancia del uso de uno o dos medicamentos activos en el régimen de base de cualquier tratamiento para pacientes con fracasos previos. Hubo fracasos en el grupo de raltegravir (16%) debido al desarrollo de resistencia, pero fue mucho menor que en el grupo placebo (51%).

Los efectos secundarios más vistos fue la diarrea, pero fue comparable al grupo placebo, tampoco se observaron cambios significativos en los resultados de laboratorio. Por supuesto, todo hay que tomarlo tal cual el tiempo lo indica, no olvidar que son resultados de un análisis de 24 semanas.

Raltegravir, también tiene disponible un programa de acceso expandido (EAP), para aquellos pacientes que tienen opciones de tratamiento limitadas

### **RILPIVIRINE (TMC-278)**

Rilpivirine (TMC-278) de Tibotec, es un medicamento en experimentación de la familia de los ya conocidos inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR). Si bien esta familia de antirretrovirales ya hace rato que existe, hay una gran necesidad de mejorar y desarrollar no nucleósidos que sean más potentes en cuanto al perfil de resistencia, es decir evitar el desarrollo de resistencia cruzada y tener mejor tolerancia en cuanto a efectos secundarios se refiere.

**“Hoy día casi 40 millones de personas viven con VIH/SIDA, de los cuales 17,7 son mujeres y 2,3 millones son niños menores de 15 años”.**

No olvidemos que la familia de los no nucleósidos es una excelente opción para pacientes sin experiencia en tratamiento. Rilpivirine tiene una vida media de 45 horas (eso quiere decir que esta mucho tiempo circulando en sangre) y un perfil de resistencia in Vitro (laboratorio) que sugiere buena respuesta a las mutaciones que generan resistencia a Sustiva y Viramune.

El estudio presentado fue el C204. Se seleccionaron diversas dosis de rilpivirine comparadas con otro grupo de voluntarios que recibieron Sustiva. Todos los pacientes recibieron un régimen de base acorde a la sugerencia del médico a cargo. Todos los pacientes no tenían experiencia en tratamiento al comienzo del estudio, y no tenían mutaciones de resistencia a los ANN ni a los AN. Los resultados fueron muy alentadores. Los porcentajes de individuos que alcanzaron cargas virales por debajo de 50 copias/ml a las 48 semanas del estudio fueron del 81%, 80%, 77% y 81%, con las dosis de 25mg 75 mg, 150 mg de TMC-278 y 600 mg de Sustiva (todas una vez por día) respectivamente. Los efectos indeseables fueron similares en todos los grupos, aunque el grupo de rilpivirine fue menor numéricamente hablando.

El estudio de fase 3 eligió la dosis de 75 mg de rilpivirine para continuar su investigación.

### **OTROS EN DESARROLLO**

Existen otros medicamentos en desarrollo como etravirine (TMC 125) un no nucleósido también de Tibotec. Aunque en etapas más avanzadas de estudios clínicos, otro inhibidor de la integrasa como elvitegravir (GS-9137) de Gilead,

aunque este habrá que tomarlo con una dosis baja de Norvir. Otros inhibidores de la fusión y de la maduración están en camino, pero en etapas más tempranas de desarrollo.

### **MUJERES: ¿AMAMANTAR O NO AMAMANTAR?**

Siempre se ha recomendado no amamantar al bebé, cuando la madre es VIH positiva. El riesgo de transmisión es muy elevado. La leche materna tiene una tasa muy alta de carga viral. Sin embargo este año en CROI, se mostraron resultados de varios estudios realizados en países en desarrollo, específicamente África, que mostraron resultados escalofriantes. En lugares donde la preparación de fórmulas para alimentar a los bebés de madres infectadas era precaria, las tasas de morbilidad y mortalidad son más elevadas que las tasas de transmisión del VIH por amamantamiento.

En otras palabras, debido a la recomendación de no amamantar, las madres alimentan a sus bebés con fórmula, y al no tener disponibles las medidas de higiene como agua corriente y potable, ni de utensilios limpios para su preparación, los bebés desarrollan problemas como diarreas severas, vómitos y en consecuencia malnutrición y potencialmente la muerte si no se los trata a tiempo. En conclusión, en lugares con escasos recursos y precarios se recomienda que las madres les den únicamente el pecho a sus bebés en lugar de fórmula (las dos formas de alimentación al mismo tiempo tampoco se recomienda). Más aún, si la madre recibe el tratamiento adecuado el amamantamiento se puede extender a más de un año.

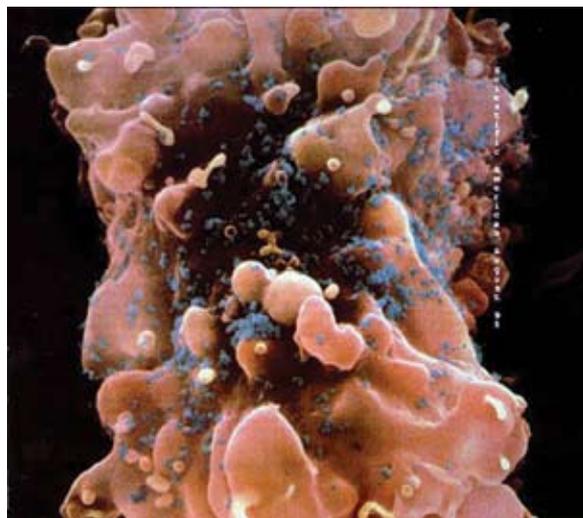
### **PROBLEMAS METABÓLICOS LÍPIDOS Y LIPODISTROFIA**

En un estudio que comparó pacientes bajo tratamiento con lopinavir/r, efavirenz, ambos con un régimen de base con nucleósidos (se usaron d4T, ó tenofovir). Cada uno de ellos en combinación con lamivudine, respectivamente y un tercer grupo de lopinavir/r y efavirenz solamente, se encontraron algunas sorpresas.

Los lípidos (grasas en la sangre)

estaban más elevados en el régimen de lopinavir/r más efavirenz sin nucleósidos, comparados con lo que recibían lopinavir/r más 2 nucleósidos ó efavirenz más 2 nucleósidos. Los triglicéridos (otro tipo de grasas) estuvieron más elevados en el grupo de lopinavir cuando se lo comparó con el grupo de efavirenz.

Con respecto al colesterol las diferencias no fueron significativas. Los casos de lipoatrofia (pérdida de la



**“Actualmente existe un mejor manejo de los factores que se pueden modificar para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular”.**

grasa corporal) fue menor en el grupo de lopinavir/r más los 2 nucleósidos cuando se los comparó con el grupo de efavirenz. La presencia de lipoatrofia también fue menor en el grupo de lopinavir/r y efavirenz sin nucleósidos y en los grupos donde se usó tenofovir (nucleótido).

### **ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

De acuerdo a uno de los reportes de la conferencia, el estudio SMART, sugiere que el tratamiento antirretroviral no se debería interrumpir o evitar ante la posibilidad de desarrollo de enfermedad cardiovascular. El estudio demostró que los pacientes que interrumpieron el tratamiento tuvieron un riesgo mayor (57%) de problemas en el corazón comparados con aquellos que continuaron con el tratamiento. Además, en otras sesiones se mencionó que los inhibidores de la proteasa y a lo mejor otros antirretrovirales, aumentan el riesgo de enfermedad coronaria e infarto de miocardio. Aunque, por supuesto, actualmente existe un mejor manejo de

los factores que se pueden modificar para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular, así como también se pueden elegir antirretrovirales que sean menos agresivos en cuanto a sus efectos sobre los lípidos y los triglicéridos. Adicionalmente, se encontraron diferencias en el sexo. Parecería que el efecto del VIH en el desarrollo de infarto de miocardio (ataque al corazón) es mayor en las mujeres.

### **PREVENCIÓN**

Resultados de estudios clínicos realizados en África demostraron que la circuncisión está asociada con una disminución del riesgo en el hombre de contraer el VIH de su pareja femenina. Este estudio si bien es de suma importancia, no ha estudiado la transmisión en hombres que tienen sexo con hombres. Por el momento, es importante tomar en cuenta esta herramienta de prevención en las poblaciones de transmisión del VIH en parejas heterosexuales.



# Historia del condón

Por Larry Padua

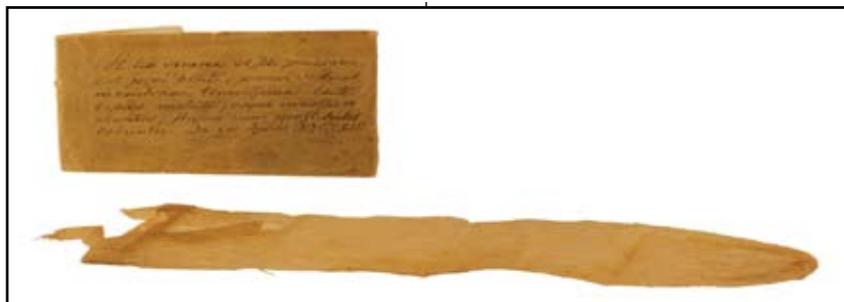
**E**n la actualidad, mucha gente ve a los condones como un producto de la edad moderna y entiende que su uso sigue siendo fundamentalmente como contraceptivo (prevenir el embarazo).

Sin embargo, la literatura demuestra que el condón tiene una larga historia, y las personas de diferentes culturas lo han utilizado como una forma de profiláctico o como protección contra las infecciones de transmisión sexual.

El condón es una envoltura que el hombre pone sobre su pene durante la penetración sexual. La etimología, o el origen del nombre, "condón", aún se desconoce. Existen por lo menos dos explicaciones posibles de cómo el condón recibió su nombre. Existen numerosas historias que indican que "condón" proviene del Dr. Condom o Quondam, un médico de Carlos II de Inglaterra, quien hacía preservativos con los intestinos de animales para el rey. Sin embargo, es más probable que "condón" sea derivado de condes, que en latín significa receptor.

Algunas imágenes del año 1000 a.C., muestran a los antiguos egipcios con preservativos de lino. Existe el debate de si estos preservativos se utilizaban para la protección o para rituales. Se sabe que los chinos utilizaban papel de seda aceitoso para la protección. Las pinturas que se encuentran en las cuevas de Combarelles en Francia, muestran evidencia del uso del condón entre 100-200 d.C. Los condones más viejos que se han encontrado remontan al año 1.640, excavados en Dudle Castle, Inglaterra. Estos condones se hicieron con intestinos de pescados y animales.

En el siglo XVI, durante el brote de sífilis en Europa, el anatomista italiano Gabriello Fallopio, condujo una prueba con 1.100 hombres que



utilizaban preservativos hechos de lino; ninguno de los hombres se infectó con sífilis. Esta pudo haber sido la primera prueba clínica del condón. El primer tratado de sífilis de Fallopio, Morbo Gallito, abogaba por el uso del condón como medida de protección contra las enfermedades. Durante este período, los preservativos de tela se remojan en una solución de sal o hierbas y se secaban, mejorando así sus propiedades protectoras.

No fue hasta el siglo XVIII que se reconoció la utilidad del condón como un contraceptivo, además de profiláctico. En esta época, la disponibilidad de los condones hechos de intestinos de animales también estuvo ampliamente disponible en Europa, pero el costo era muy alto y a menudo eran reutilizados. Pinturas de la época demuestran preservativos colgados secándose en alambrados para airear la ropa.

En el Japón del siglo XIX, los japoneses tenían condones hechos de dos materiales distintos: uno hecho de cuero delgado (el Kawagata o Kyotai) y el otro de concha de Carey o cachos (el Kabutogata).

El proceso de vulcanizar hule, una invención atribuida a Charles Goodyear, hizo que la producción masiva de productos de goma fuera más fiable y menos costosa, incluyendo a los condones. El método de vulcanizar (proceso de combinar la goma cruda con sulfuro a altas temperaturas) convierte al caucho o goma en un material elástico muy fuerte. Los condones producidos en

esos tiempos eran tan gruesos como la cámara de un neumático y tenían una costura, lo que indica que probablemente eran muy incómodos. Además, se deterioraban rápidamente.

El proceso de la producción de condones de látex es simple. Incluye la sumersión de moldes con formas de condón en una solución compuesta de látex con químicos aditivos. Esto no ha cambiado mucho desde 1.920. El mismo proceso básico de sumersión todavía se utiliza en la actualidad aunque ha pasado a ser más refinado y se ha automatizado. Debido a las mejoras en la producción del condón, los condones que actualmente están disponibles son muy delgados y resistentes.

A pesar de la larga historia como profilácticos, el uso del condón declinó a partir de la década de los sesenta hasta los ochenta debido a la introducción y popularidad de las píldoras para el control de la natalidad. Además, en esta época, otros dispositivos intrauterinos (espirales) tuvieron amplia aceptación. Con la llegada del VIH/SIDA a principio de los años ochenta, una vez más los condones se convirtieron en herramientas vitales para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.



*Larry Padua es escritor, residente en Los Angeles. Se consularon una serie de páginas electrónicas para coleccionar información.*

# ¿Sabías que..?



Datos del 2005 de las Naciones Unidas estiman que **2,8 millones de adultos de 50 años de edad** y mayores viven con VIH y representan el 7% de todos los casos en el mundo.

La enfermedad por la infección del VIH **PROGRESA** más rápidamente en adultos mayores de 50 años.

*Las tasas de infección por VIH son superiores en las mujeres de la tercera edad comparadas con los hombres de la misma edad.*

SI ERES ALÉRGICO AL LÁTEX, PUEDES USAR **CONDONES DE POLIURETANO.**

La transmisión heterosexual del VIH en personas mayores de 50 años aumentó en un 94% entre los hombres y un 107% entre las mujeres desde 1991 hasta la fecha.

**Estás a riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH, aunque te encuentres en el grupo de la tercera y piensas que practicar el **sexo oral sin protección** es seguro.**

Las infecciones o enfermedades de transmisión sexual son las que antiguamente se llamaban **enfermedades venéreas.**

## WEBSITES PARA LA TERCERA EDAD

### Instituto Nacional sobre el envejecimiento de los Estados Unidos

[www.nia.nih.gov/Espanol](http://www.nia.nih.gov/Espanol)

Website en español del Instituto Nacional sobre el envejecimiento de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud. Provee información y recursos enteramente en español.

### AVERT

[www.avert.org/older-people.htm](http://www.avert.org/older-people.htm)

Avert subsidia proyectos relacionados con el VIH/SIDA en países con tasas elevadas de infección por VIH. Provee información y educación.

### Asociación Nacional de las personas con VIH mayores de 50 años

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

Promueve servicios de prevención, educativos y de salud para esta población y cuenta con directorio de recursos de organizaciones en diferentes estados de Estados Unidos.

### HIV Wisdom

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

Website sobre VIH para la mujer. Se dedica a la prevención del VIH en mujeres de la tercera edad y al enriquecimiento de las vidas de aquellas mujeres que viven con el VIH.

### SAGE

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

La organización de servicios y abogacía para personas mayores homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales ofrece información importante para esta población en inglés y españoles.

### Medline Plus

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/seniorshhealthissues.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/seniorshhealthissues.html)

Página del website servicio de la Biblioteca Nacional de los Estados Unidos y los Institutos Nacionales de la Salud. El sitio provee información sobre diversos temas relacionados a la salud.

### Asociación Americana de Personas Retiradas (AARP)

[www.aarp.org/espanol](http://www.aarp.org/espanol)

Ofrece servicios e información sobre diversos temas sociales, políticos y médicos para personas de la tercera edad.

## TELÉFONOS PARA INFORMACIÓN

### Hotline nacional para la violencia doméstica

**800-799-7233**

### Hotline nacional para la drogadicción y el alcoholismo

**800-622-4357**

### Hotline Nacional del CDC para ITS y SIDA

**800-344-SIDA (7432)**

### Servicio de información sobre pruebas clínicas para el SIDA

**800-874-2572**

### Hotline nacional para la mujer embarazada

**877-675-5900**

### CDC National Prevention Information Network

*(Operadores del Centro Nacional de Información sobre el SIDA)*

**800-458-5231**

**1-301-562-1098 (Internacional)**

### Servicio de información sobre vacunas en investigación contra el VIH

**1-800-448-0440**

## AGENCIAS DE RECICLAJE DE MEDICAMENTOS

### AID for AIDS

*(New York, NY)*

**212-337-8043**

[aid4aids@aol.com](mailto:aid4aids@aol.com)

### AIDS Empowerment Treatment International

**202-473-6637**

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

### AIDS Medical Relief for Cuba

*(New York, NY)*

**212-594-7741**

[babaluaye@aol.com](mailto:babaluaye@aol.com)

### AIDS Medicine Recycling Project

*(San Francisco, CA)*

**415-285-0606, 510-411-1256**

[hobi@humanist.org](mailto:hobi@humanist.org)

### African AIDS Network

*(San Francisco, CA)*

**415-440-3722**

[lwildes@aidseti.org](mailto:lwildes@aidseti.org)

### Being ALIVE

*(West Hollywood, CA)*

**310-289-2551**

[progvoldir@aol.com](mailto:progvoldir@aol.com)

### Agua Buena

*(Centro América)*

**510-841-1644**

[reynolds@rorl.ucsf.edu](mailto:reynolds@rorl.ucsf.edu)

### International AIDS Empowerment

*(El Paso, TX)*

**888-767-8474**

[skiprosenthal@usa.com](mailto:skiprosenthal@usa.com)

### Whitman Walker Clinic

*(Washington, DC)*

**202-745-6149**

[mrelf@wwc.org](mailto:mrelf@wwc.org)

***1 DE OCTUBRE* DÍA  
INTERNACIONAL**



**DE LA TERCERA EDAD**

