

contenidos

- 6 *La Depresión y las Mujeres Mayores con VIH*
- 8 *Perspectiva Personal: La Historia de una Mujer*
- 10 *Políticas actuales de prevención del VIH: Iniciativas que afectan a las Mujeres*
- 12 *Perspectiva Personal: Mis bebés y Yo*
- 13 *Las Mujeres Inmigrantes con VIH*
- 17 *Las Mujeres Adultas Mayores y el VIH*
- 19 *Un Embarazo Positivo*
- 22 *Pedido Para Materiales Educativos*
- 23 *Noticias en ACRIA*

invierno
2008

Enfoque en el Género: Mujeres y VIH

Aún después de un cuarto de siglo de la presencia del VIH/SIDA, y a pesar de todos los programas de educación que explican la manera en que se transmite el virus y quienes son vulnerables, muchas personas aún consideran que esta enfermedad únicamente afecta mayormente a los hombres homosexuales blancos o a aquellos que usan drogas intravenosas (mayormente hombres). Uno de los grupos que ha sido pasado por alto, en todo desde la educación hasta la prevención y los tratamientos, son las mujeres.

Hoy en día, en los EE.UU., dependiendo del lugar donde vivan, las mujeres conforman la cuarta parte y hasta la mitad de la población que vive con VIH, pero pocos programas están diseñados considerando las necesidades específicas de las mujeres. A nivel mundial, las mujeres son todavía más vulnerables, y tienen aún menos opciones.

En esta edición, presentamos algunos de los temas de importancia relacionados a mujeres que viven con VIH o para aquellas que están en riesgo de infección. En "VIH y las Mujeres Alrededor del Mundo", Luis Scaccabarozzi provee una visión general de la epidemia en las mujeres de los Estados Unidos de Norteamérica y el extranjero. Su artículo resalta ciertas vulnerabilidades específicas que enfrentan las mujeres, desde la falta de poder en la negociación de prácticas sexuales seguras, la violencia doméstica, la falta de servicios y acceso a cuidados médicos. Los hechos son traídos a luz en la perspectiva personal escrita por Mary, una valiente mujer sudafricana que vive con el VIH y su estigma, y que ayuda a otras mujeres.

Importantes temas sobre las leyes son explorados en el artículo escrito por Kimberleigh Smith, mientras que los artículos escritos por el Dr. Mark Brennan y Rosa Bramble Weed exploran la depresión en mujeres VIH positivas mayores y el VIH entre las mujeres inmigrantes, respectivamente. Jane Fowler ofrece algunos hechos y consejos para las mujeres que viven con VIH y para aquellas que están en riesgo.

Finalmente, uno de los temas más agudos para las mujeres con VIH es el embarazo. ¿Puede una mujer VIH positiva tener un embarazo exitoso y un bebé saludable? ¿Y qué hay sobre una mujer negativa que tiene una pareja VIH positiva? ¿Puede una mujer VIH positiva pasar el virus al feto mientras está en el útero? ¿Debería tener un parto vaginal o una cesárea? ¿Y la lactancia materna? Vaughn Taylor y Hanna Tessema exploran las complejidades que enfrentan las mujeres embarazadas con VIH y para aquellas que están considerando tener hijos. Delia G. comparte su historia personal de una mujer que se entera de su estatus de VIH y luego se entera que está embarazada, y su manera de lidiar con la situación, y como finalmente pudo crear una vida familiar estable y saludable.

Esperamos que esta edición especial del *ACRIA Update en Español* ayude a eliminar algunos mitos sobre las mujeres con VIH y ofrezca una mirada a sus necesidades especiales. Como siempre, sus ideas y sus comentarios son bienvenidos.

Daniel Tietz, Editor-en-Jefe

El VIH y las Mujeres Alrededor del Mundo *por Luis Scaccabarozzi*

A nivel mundial, hay tantas mujeres como hombres viviendo con el VIH, pero existen diferencias importantes en el mecanismo subyacente de la infección con el VIH y en sus consecuencias sociales y económicas entre ambos sexos. Estas tienen origen en la biología, el comportamiento sexual y las diferencias de las estructuras sociales de sus roles y responsabilidades, el acceso a recursos, y al poder en la toma de decisiones entre ambos sexos.

Las mujeres son más susceptibles que los hombres a la infección de VIH durante las relaciones heterosexuales, pues ocurre mayor exposición de la mem-

brana mucosa durante el sexo; por la mayor cantidad de fluidos transferidos de hombre a mujer; por el contenido viral más alto en los fluidos sexuales masculinos, y los desgarros microscópicos que pueden ocurrir en el tejido vaginal (o rectal) a consecuencia de la penetración sexual.

Las normas de género influyen la vulnerabilidad de la mujer al VIH. En muchos lugares, estas normas permiten que los hombres tengan más parejas sexuales que las mujeres y alientan a hombres mayores a tener relaciones sexuales con mujeres más jóvenes. Esto contribuye a mayor incidencia de

(continúa en la página 3)

Editor en Jefe
Daniel Tietz

Editores
Mark Milano
Luis Scaccabarozzi

Editor Médico
Dr. Jerome A. Ernst

Editor Médico Asociado
Dr. Douglas Mendez

Asociada en Publicaciones
Laura Engle

Traductores
Rafael Madrid
Luis Scaccabarozzi
Gustavo Otto

Junta de Directores de ACRIA
Martha Nelson, *Presidente*
Dr. Donald Kotler, *Vice-Presidente*
Dr. Charles Franchino, *Secretario*
Mark J. Montgomery, *Tesorero*
Ross Bleckner
Robert Burke
Marisa Cardinale
Francisco Costa
Abg.º Alphonso B. David
Vincent Wm. Gagliostro
Deborah Hughes
Leslie Klotz
Christopher Murray
Dr. Judith Rabkin
Isabel Rattazzi
Abg.º Vaughn C. Williams

En Memoria:
Dr. Barry Binkowitz
Gary Bonasorte
Kiki Mason
David Seidner
George N. Stathakis

Director Médico
Dr. Jerome A. Ernst

ACRIA es una organización sin fines de lucro, cooperativa e independiente, que estudia nuevos tratamientos para el VIH/SIDA y enfermedades relacionadas y que además conduce un comprehensivo programa educativo de VIH. Copias gratuitas se ofrecen para agencias que ofrecen servicios a personas que viven con VIH/SIDA. Para más información, llame al 212-924-3934, anexo 129.

Copyright © 2008
AIDS Community Research Initiative of América. Todos los derechos reservados.
Material gratis. Prohibida su reproducción total o parcial para la venta. Reproducción permitida con reconocimiento de propiedad de ACRIA.

ACRIA
230 West 38th Street, 17th Floor
New York, NY 10018
Telefono: (212) 924-3934
Fax: (212) 924-3936
Sitio de Internet: www.acria.org

ACRIA STUDIES IN PROGRESS

Crofelemer Para La Diarrea

Personas mayores de 18 años que tienen diarrea persistente tomarían tabletas de Crofelemer o tabletas de placebo por 6 semanas. Luego todos tomarían Crofelemer por 5 meses más.

Avandia y Serostim

Personas con resistencia a la insulina tomarían Avandia (rosiglitazone) o Serostim (hormona del crecimiento), o ambas, por 6 meses para ver como afecta a la glucosa, a los niveles de insulina y a las formas del cuerpo.

KP-1461

Personas de 18 a 60 años que han estado tomando un NRTI, NNRTI y PI, y han desarrollado resistencia o han parado de tomar la medicina por otras razones, tomarían KP-1461 (un nuevo tipo de INTR) sin otro ARV por 4 meses.

SPRING: Aptivus en Razas Diversas

Personas mayores de 18 años y adultos (mitad blancos y la otra mitad de raza no blanca; la mitad hombres, y la otra la mitad mujeres) quienes han tomado un NRTI, NNRTI, y IP (no Aptivus) y quienes tienen resistencia a por lo menos 2 IP's, tomarían una dosis media de Aptivus o recibirían un monitoreo terapéutico de la droga para encontrar la mejor dosis para ellos.

IMPACTO: Resistencia a Reyataz

Personas que han desarrollado resistencia a Reyataz harían una sola visita a nuestra oficina para tomarles una muestra de sangre y estudiar la mutación I50L.

Ibalizumab

Además de tomar las medicinas anti VIH, las personas tomarían infusiones IV o un placebo o una de cuatro dosis de ibalizumab, un anticuerpo monoclonal diseñado para bloquear la entrada del VIH.

Prezista Dosis

Las personas mayores de 18 años, quienes han estado tomando medicinas contra el VIH por lo menos por 12 semanas tomarán Prezista con Norvir una o dos veces al día, en conjunto con otras medicinas contra el VIH.

Para mas información de estas pruebas, llame a Bryan al (212) 924-3934 ext.121

TMC 125 Acceso Expandido (registración cerrada)

Personas de 18 años o mas que tienen limitadas opciones de tratamiento y resistencia a NNRTIs comprobada, y que hayan tomado un NRTI, NNRTI y por lo menos 2 PI, pueden cualificar para un acceso temprano de este NNRTI experimental

Transacin (NGX-4010) para la Neuropatía Periférica (registración cerrada)

Personas con VIH que tienen neuropatía periférica usarían parches de Transacin (capsaicin) o dosis muy bajas en parches por 30 o 60 minutos al día por 3 meses. Los participantes deben tener 18 años o más y haber tenido dolor en ambos pies por lo menos por 2 meses.

TH9507 (registración cerrada)

Personas entre la edad de 18-65 que tienen exceso de grasa abdominal se inyectarían TH9507 (Factor de liberación de hormona de crecimiento en investigación), o un placebo por 26 semanas. Los dos grupos se intercambiarían por 26 semanas más.

Nota del Editor

Todo el material presentado en *ACRIA Update* es sólo para fines educativos y de información, sin intención de proveer consejería médica. Todas las decisiones personales acerca de tratamientos, terapias y sus alternativas, deben ser consultadas con su médico.

El VIH y las Mujeres Alrededor del Mundo *(continúa de la primera página)*

infección en mujeres jóvenes, en comparación a hombres jóvenes. Las mujeres quizás quieran que sus parejas usen condones (o que se abstengan del sexo), pero muchas veces no tienen el poder para lograrlo.

La violencia (física, sexual y emocional) que muchas mujeres sufren en algún momento de sus vidas, aumenta su vulnerabilidad al VIH de muchas formas:

- El sexo forzado contribuye a la transmisión del VIH por las fisuras de piel y las laceraciones causadas por el uso de la fuerza.
- La violencia y el temor a la violencia pueden prevenir que las mujeres negocien el sexo seguro y busquen tratamiento.
- El temor a la violencia puede impedir que las mujeres vayan a hacerse la prueba y que conozcan su estatus o que revelen un resultado positivo de la prueba.

Las mujeres generalmente asumen la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados de la familia. La idea en general de que el cuidado de la familia es el rol "natural" de la mujer, sólo sirve para aumentar su carga personal.

Muchas de las manifestaciones clínicas del VIH/SIDA en las mujeres son similares a aquellas observadas en los hombres, sin embargo existen diferencias significativas de la enfermedad entre ambos géneros, que este artículo explorará.

El VIH Hoy en Día

En 1985, el 7% de todos los casos de SIDA fueron mujeres. En el 2005, este porcentaje subió a un 27%, el 60% de ellas fueron mujeres Afro-Americanas. También en el 2005, el contacto heterosexual fue identificado como el factor de riesgo en el 72% de los casos de las mujeres en los EE.UU.

El contacto heterosexual es ahora el factor de riesgo más comúnmente reportado, mayor aún que el uso de drogas inyectadas. Un número creciente de mujeres con SIDA provienen de áreas rurales y áreas metropolitanas más pequeñas en comparación a los grandes centros urbanos.

¿Qué es lo que sabemos?

La diferencia de la prevalencia entre hombres y mujeres sigue disminuyendo.

En los primeros años de la pandemia, la infección del VIH fue predominantemente

entre hombres en muchos países industrializados y algunos países en vías de desarrollo. Sin embargo, a finales del 2002, casi la mitad de los adultos que viven con VIH en el mundo eran mujeres. En el área del Sub-Sahara, el 58% de los adultos que viven con VIH, también son mujeres.

Las últimas estimaciones (2001) muestran también una prevalencia mayor en las mujeres jóvenes, entre los 15-24 años de edad, en comparación a hombres jóvenes en el mismo rango de edad. Un estudio hecho

“El contacto heterosexual es ahora el factor de riesgo más comúnmente reportado para las mujeres, y un creciente número de mujeres con SIDA provienen de áreas rurales y de áreas metropolitanas más pequeñas, en comparación a los grandes centros urbanos.”

en 1998 en Kisumu, Kenya, mostró que la prevalencia de la infección entre mujeres jóvenes fue del 23%, mientras que en hombres jóvenes fue de 3.5%. Esto se debe probable y parcialmente a los factores biológicos (véase más abajo), pero quizás es más importante el hecho de que las normas sociales en algunos lugares obligan al matrimonio a una edad más temprana para las mujeres, y que las parejas sexuales de las mujeres jóvenes son usualmente hombres significativamente mayores.

Existen diferencias en los índices de transmisión sexual entre mujeres y hombres.

Estudios hechos en los 90s en los EE.UU. y en algunos países Europeos, han mostrado que al controlar otros factores de riesgo tales como las enfermedades de transmisión sexual (ETS), es más fácil para que las mujeres contraigan el VIH por contacto he-

terosexual, en comparación a los hombres. Se piensa que se debe a que la mujer posee una mayor área de superficie de su membrana mucosa expuesta durante las relaciones sexuales, y también porque son expuestas a una mayor cantidad de fluidos infecciosos (semen) en comparación al hombre.

Sin embargo, la evidencia en este tema no está aún resuelto. Por ejemplo, un estudio reciente en Uganda, mostró que el índice de transmisión de hombre-a-mujer no es muy diferente al índice de transmisión de mujer-a-hombre. La carga viral (la cantidad de virus en la sangre) fue el principal pronosticador del índice de transmisión heterosexual del VIH. Una mayor cantidad de virus significaría un mayor factor pronosticador de transmisión.

La penetración anal puede ocurrir en el sexo entre hombres al igual que en el sexo entre hombre-mujer. Esto causa un riesgo especialmente alto en la pareja receptiva, porque la mucosa que cubre el recto es delgada y puede lesionarse fácilmente.

La presencia de una ETS no tratada puede hacer que una persona tenga una probabilidad 10 veces mayor de infectarse y transmitir el VIH. Como la mayor parte de las ETS no causan síntomas en las mujeres, son menos propensas a ser reconocidas o tratadas. Las ETS ubicadas en el ano y en el recto comúnmente no muestran síntomas, así que igualmente no son tratadas, implicando un riesgo mayor al VIH a través del sexo anal penetrativo.

El embarazo y la crianza de los hijos plantean asuntos específicos para las mujeres.

Estudios en países industrializados han encontrado que el embarazo no afecta el progreso de la infección del VIH en las mujeres sin síntomas o en mujeres en etapas tempranas de la enfermedad. Se debe tener cuidado en no generalizar estos resultados a los países en vías de desarrollo, donde ha habido poca investigación sobre este tema. Por otro lado, un estudio reciente indica que en países en vías de desarrollo, existe un alto riesgo de muerte infantil asociada a la infección materna del VIH. Las complicaciones relacionadas al embarazo, tales como la hemorragia, exponen a la mujer al riesgo de infección por transfusión de sangre.

Como el VIH puede ser transmitido a través de la leche materna, el dar de lactar a veces

(continúa en la próxima página)

El VIH y las Mujeres Alrededor del Mundo *(continúa de la página anterior)*

presenta un dilema para muchas mujeres. Aquellas que deciden reemplazar la lactancia por el uso de una fórmula de alimento infantil pueden reducir el riesgo de infección a sus hijos, pero exponen a sus hijos a enfermedades que derivan de agua no potable y de la malnutrición. El uso de la fórmula infantil puede alertar a otros sobre el estatus de VIH de la madre, lo que puede llevar al estigma y a la discriminación, principalmente en países en vías de desarrollo.

Las normas entre géneros aumentan la vulnerabilidad de una infección por VIH, especialmente en las personas jóvenes.

En casi todas las culturas la masculinidad es asociada a la virilidad. Un reporte de UNAIDS basado en una investigación hecha en siete países (Cambodia, Camerún, Chile, Costa Rica, Papua Nueva Guinea, las Filipinas, y Zimbabwe) encontró que las nociones de masculinidad alientan a los hombres jóvenes a percibir las relaciones sexuales como una forma de conquista. Otro estudio encontró que la ignorancia es interpretada como señal de debilidad, y que los hombres son por consiguiente reacios a buscar información correcta sobre el sexo seguro.

El tema sobre relaciones sexuales entre hombres jóvenes y el riesgo de transmisión es frecuentemente ignorado en muchos países en vías de desarrollo, en donde el sexo entre hombres es socialmente estigmatizado y muchas veces, ilegal. La limitada cantidad de datos contribuye a la invisibilidad de este asunto. Las estadísticas de 1999 en los EE.UU. muestran que el 50% de todos los casos de SIDA entre hombres jóvenes entre 13-24 años de edad, fue entre hombres que tienen sexo con otros hombres. De acuerdo a estudios epidemiológicos del 2005 de la CDC (Centro de Control de Enfermedades y Prevención, por sus siglas en inglés), del estimado de 341,524 hombres adultos y adolescentes que viven con VIH/SIDA, el 61% ha sido por exposición durante el contacto sexual de hombre a hombre.

La iniciación temprana de la actividad sexual entre las niñas, se relaciona directamente con el matrimonio temprano en países en vías de desarrollo. Más aún, las parejas sexuales de estas mujeres jóvenes frecuentemente son mucho mayores que ellas: un estudio en 16 países en el área del Sub-Sahara en África, mostró que los esposos de las mujeres entre 15 a 19 años de edad, son en promedio diez años mayor que sus esposas. El matrimonio temprano puede

exponer a las jóvenes a un mayor riesgo de ETS y al VIH, en especial si las parejas son mayores y han tenido mayor experiencia sexual. Sin embargo, la prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes (15-24) embarazadas que se atienden en las clínicas prenatales, ha disminuido desde el 2001 en 11 de los 15 países más afectados.

Para muchas mujeres, el ser vulnerables al VIH puede ser causado por el simple hecho

“Un estudio de UNAIDS a través de siete sitios de estudio, encontró que los hombres que viven con VIH casi no eran cuestionados sobre la manera en que fueron infectados. En contraste, las mujeres eran comúnmente acusadas de haber tenido relaciones extramaritales y recibieron menos niveles de apoyo.”

de estar casadas. Muchas sociedades aceptan las relaciones extramaritales y pre-maritales para los hombres, creando un mayor riesgo aún para aquellas que sólo han tenido una sola pareja sexual en sus vidas. Para esas mujeres, “el permanecer leal” no es protección.

Información de países tales como Tailandia y Sud-Africa indican pobreza, la falta de educación, y las oportunidades limitadas de poder ganarse la vida, muchas veces llevan a las mujeres al comercio sexual, exponiéndolas a un gran riesgo de infección por ETS y al VIH.

La violencia es un factor importante en la transmisión del VIH.

Algunas mujeres experimentan la amenaza o la violencia física cuando intentan negociar el sexo seguro a través del uso de condones. Estudios conducidos en Guatemala, India, Jamaica, y Papua Nueva Guinea, encon-

traron que las mujeres comúnmente evitaban hablar sobre el uso de condones por no causar una reacción violenta del hombre.

La violencia en la forma de sexo forzado o la violación puede también resultar en una infección por el VIH, especialmente porque el sexo forzado puede causar lesiones de tejidos sensitivos y aumentar el riesgo de transmisión del VIH. Investigaciones en adolescentes en algunos países, han encontrado que muchos reportaron que su primera relación sexual fue forzada, y este es particularmente el caso en las mujeres. Las minorías sexuales tales como los hombres homosexuales también enfrentan el sexo forzado en muchos países, y similarmente están en riesgo de infección con el VIH.

Situaciones de conflicto tales como las guerras, agravan algunos de los factores que incrementan la crisis del VIH. Estos incluyen la rotura de las estructuras familiares y comunitarias, la migración forzada, la pobreza, el colapso de los servicios de salud y la violencia física y sexual. Las mujeres más que los hombres están en riesgo de las violaciones durante las situaciones de conflicto, y consecuentemente a la infección del VIH. Miles de mujeres fueron violadas durante el conflicto de los estados Balcánicos. En Rwanda, el 3% de todas las mujeres fueron violadas durante el genocidio. La proporción de mujeres que fueron violadas cuyos resultados fueron positivos a la prueba del VIH fue del 17%, en comparación al 11% de aquellas mujeres que no fueron violadas.

El género sexual es un factor en el comportamiento sobre la búsqueda de salud.

El estigma asociado con el VIH es un factor que previene que muchas mujeres y hombres busquen y obtengan servicios. Las mujeres pueden ser más afectadas por el estigma y la discriminación en comparación con los hombres, por las normas sociales concernientes al comportamiento sexual aceptable en las mujeres, y porque las mujeres en general son económicamente más vulnerables que los hombres.

Las diferencias entre los géneros en el proceso de la toma de decisiones puede afectar el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, un estudio hecho en Tanzania encontró que, mientras los hombres tomaban decisiones independientes de buscar hacerse la prueba del VIH, las mujeres se sentían obligadas a discutir sobre hacerse la prueba con sus parejas previamente.

Los servicios y los programas de salud son influenciados por el género.

Mucha de la resistencia al uso del condón está relacionada con el género. Muchos estudios han reportado que las mujeres jóvenes son reacias a llevar consigo o sugerir el uso de un condón por temor a ser vistas como promiscuas. A muchos hombres jóvenes les desagrada su uso por interferir con el placer del sexo, mientras que otros incluso disfrutan del comportamiento de riesgo.

Se estima que el perfecto uso del condón femenino pueden reducir el riesgo anual de adquirir el VIH en más de un 90% entre mujeres que tienen relaciones sexuales dos veces por semana con hombres infectados. El precio del condón femenino, sin embargo – es hasta diez veces mayor que el del condón masculino – lo hace inaccesible a la mayoría de las mujeres.

Los servicios de VIH que únicamente ofrecen estos servicios, quizás disuaden a que las mujeres y las personas jóvenes busquen cuidados, ya que su uso quizás sea percibido como admitir tener una ETS, llevando a la estigmatización.

Los proveedores de servicios de salud necesitan estar concientes y sensibles a la posibilidad de que las mujeres pueden ser objeto de violencia y otras consecuencias serias dentro de sus hogares y de sus comunidades, como resultado de revelar que tienen VIH. En una encuesta del 2001 en Kenya, más de la mitad de las mujeres encuestadas que sabían ser VIH positivas no se lo habían revelado a sus parejas. Temían que el revelar su estatus las expondría a la violencia o al abandono. Estas consecuencias adversas también han sido documentadas en otros escenarios.

En muchos países la información y servicios de VIH son dadas principalmente por centros de planeación familiar, de cuidados prenatales, y clínicas pediátricas, que no están típicamente diseñadas para incluir a los hombres o satisfacer sus necesidades. Como resultado, los hombres quizá sean menos propensos a recibir información, a hacerse la prueba, o a conseguir tratamiento.

Existen diferencias de género en las consecuencias sociales y económicas del VIH.

Un estudio de UNAIDS a través de siete lugares, encontró que los hombres que viven con VIH casi no eran cuestionados sobre la manera en que fueron infectados y que generalmente encontraban servicios. En contraste, las mujeres eran comúnmente acusadas de haber tenido relaciones extramari-

tales (sin ser necesariamente el caso) y recibieron menos niveles de apoyo.

Los hombres, por otro lado, podrían estar bajo la presión de mantener en secreto su infección del VIH, por temor a ser despedidos de su trabajo y perder el rol tradicional de su género como mantenedores de la familia.

En estudios en la India, México, y en los EE.UU., las mujeres mucho más que los hombres, tenían que llevar la carga de proveer cuidados a los miembros de familia que tenían SIDA y de mantener financieramente su hogar cuando los otros miembros de la familia llegasen a estar discapacitados.

¿Qué investigación es necesaria?

Más investigación es necesaria en las siguientes áreas:

- Microbicidas u otros métodos no preventivos del embarazo que no involucren el uso del condón y que puedan ser controlados por las mujeres.
- Las diferencias de género en la percepción de riesgo y comportamiento a través de diferentes grupos de edad.
- El tema del sexo involuntario y el aumento del riesgo de infección del VIH en mujeres y hombres adolescentes.
- Las diferencias de géneros en las barreras que los adolescentes enfrentan en lograr acceso a los servicios de salud.
- Las perspectivas de hombres y mujeres sobre el tratamiento del VIH, incluyendo opiniones en la consejería individual y de pareja, revelar el estatus y la notificación de la pareja, ubicación de los servicios, etc.
- El impacto de la masculinidad sobre la vulnerabilidad al VIH, y los factores que los hombres tengan acceso a hacerse la prueba del VIH y a tratamientos.
- Como diseñar programas que se enfoquen en las consecuencias de la violencia contra mujeres VIH positivas al revelar su estatus.

¿Qué se necesita cambiar?

Los roles de género alrededor del mundo imponen a las mujeres estar en una situación en donde están desprovistas de poder para protegerse de la infección por el VIH, y en el caso que fueran infectadas, les falta oportunidades de poder recibir tratamientos. Las suposiciones negativas sobre el rol y responsabilidad de la mujer

debieran ser desafiadas, y las mujeres deben tomar el poder de la decisión para lograr ayudarse y protegerse.

Las mujeres que hayan sido violadas necesitan de acceso a profilaxis de post exposición – técnicas médicas que pueden reducir la probabilidad de infección si son tratadas rápidamente. En muchos países (principalmente africanos) con una alta violencia sexual a las mujeres y alta prevalencia de VIH, no se ofrece este tratamiento gratuitamente a las mujeres.

El proteger del VIH a las mujeres **no es únicamente responsabilidad de la mujer**. El prevenir la infección es responsabilidad de ambas partes, y los hombres deben tomar un rol equitativo en todo.

Aún en los EE.UU., hay mucho por hacer para proteger a las mujeres. Ha habido críticas a la **educación sexual** en las escuelas en los EE.UU. basada en la abstinencia sexual hasta llegar al matrimonio y que el guardar fidelidad después de todo es la mejor manera de prevenir ETS. Esto no protegerá a la mujer si es infectada por el hombre con quien se casa, y la hace ignorante – y por lo tanto mucho más vulnerable – si tiene sexo antes del matrimonio. A las mujeres jóvenes, se les debe enseñar sobre condones y se les debe facilitar obtenerlos.

La violencia contra la mujer, la discriminación, desigualdades basadas en el género, la prostitución – son todos temas que deben ser tratados pero quizás tome décadas poder cambiar. Las mujeres que tienen VIH deben tener **acceso a los medicamentos**, y las mujeres que no tienen el virus necesitan poder protegerse a sí mismas. Si no es posible darles el poder de toma de decisiones en un corto plazo para insistir en el uso de condones, se deben hacer esfuerzos para encontrar una solución alterna.

Muchas mujeres quizás no piensan que están en riesgo de la infección por VIH. Existe aún en algunos lugares, el mito de que la infección del VIH es algo que les pasa solo a otras personas – a homosexuales, a los que usan drogas intravenosas, o a personas que vienen de otros grupos étnicos. Este mito debe ser clarificado, y los países alrededor del mundo deben trabajar con las mujeres para que logren decisiones y protegerse.

Luis Scaccabarozzi es Director del Programa de Educación en ACRIA.

La Depresión y las Mujeres Mayores con VIH *por Mark Brennan, PhD y Stephen Karpiak, PhD*

Las personas que viven con el VIH se enfrentan permanentemente enfrentadas a una variedad de condiciones médicas relacionadas con la enfermedad, o como resultado de su tratamiento. Sin embargo, muchas podrían no darse cuenta que el lidiar con una enfermedad tan sería como el VIH, puede también amenazar la salud mental y emocional. Uno de los problemas más serios para las personas que viven con el VIH, es la depresión. Mientras que somos bombardeados permanentemente por comerciales de medicinas para tratar la depresión, realmente muy pocos entienden el efecto negativo que puede causar en la calidad de vida, o en muchos de los tratamientos actuales disponibles. Además la experiencia y el tratamiento de la depresión pueden variar significativamente dependiendo de la edad, el sexo y otras circunstancias de vida. En este artículo, nos enfocaremos en las causas y los tratamientos de la depresión entre las mujeres mayores con VIH, uno de los grupos que viven con el virus, con crecimiento más rápido dentro de la comunidad.

¿Que es la depresión?

La depresión es una enfermedad mental muy común, que afecta a casi 121 millones de personas alrededor del mundo. La Organización Mundial de la Salud, define la depresión como un estado bajo de ánimo, la pérdida de interés o el placer en actividades, sentimientos de culpa o baja autoestima, problemas con el sueño o con el apetito (ya sea tener mucho o muy poco), bajo nivel de energía y baja concentración. Estos síntomas podrían apuntar a la depresión si tienen una duración de dos semanas o más. Las personas podrían experimentar todos o sólo algunos de estos síntomas. La depresión puede ser recurrente y causar dificultades con las responsabilidades de la vida diaria. La depresión puede afectar el funcionamiento físico, y es una de las principales causas de incapacidad entre personas de todas las edades. Lo peor de la depresión, es que podría llevar al suicidio, que como resultado implica la pérdida de más de un millón de vidas alrededor del mundo cada año.

La depresión y las personas que viven con el VIH

La depresión ha sido ampliamente reconocida como una de las enfermedades más comunes entre las personas que viven con el VIH. Según los datos reportados, las tasas de depresión van del 5% al 60%, dependiendo como se define y se mida. La cifra más pequeña corresponde a la evaluación clínica hecha por psiquiatras o psicólogos, mientras que el porcentaje más alto se relaciona con instrumentos de evaluación de depresión, síntomas depresivos o autoreportes. Tratar de obtener una medida exacta de la depresión, se complica mucho más cuando consideramos el hecho de que ciertos síntomas como los cambios en el apetito o la fatiga, podrían también ser síntomas del mismo VIH o de su tratamiento. Además, las personas con VIH podrían usar drogas o alcohol, y los efectos de estas sustancias pueden ser parecidos a los síntomas de la depresión. Complicando más el tema, la depresión también es común entre personas que en el pasado fueron usuarios de sustancias. Sin embargo, cualquiera sea la definición que se use acerca de la depresión, aún la más mínima experiencia de síntomas depresivos, puede interferir con la vida de una persona y hacer más difícil sobrellevar el VIH.

La depresión y las mujeres con VIH

Las mujeres con VIH tienen una probabilidad siete veces mayor de deprimirse que las mujeres que no están infectadas. Ellas están más frecuentemente afectadas por la depresión, comparadas con los hombres, en cada etapa de la enfermedad. La depresión podría además ser más amenazadora para la vida de las mujeres con VIH que para los hombres. Un estudio, hecho en Johns Hopkins, encontró que las mujeres con VIH tenían mayor riesgo de suicidio. En este estudio,

cerca de un tercio de las mujeres reportó tener pensamientos suicidas, y de hecho un 16% de ellas lo intentó. Pero aún poniendo a un lado el tema del suicidio, la depresión ha sido vinculada con un mayor riesgo de mortalidad para las mujeres con VIH. Otro estudio, en la escuela de medicina de Yale, encontró que, entre mujeres con VIH con conteos de CD4 por debajo de 200, el 54% de las que tenían depresión crónica murieron, comparadas al 21% de las que no sufrían de depresión. Muchos estudios han documentado que las mujeres con VIH que están deprimidas, tienden menos a tomar sus medicinas para el VIH y tienen más probabilidad de no adherirse al tratamiento, en comparación con las que no presentan depresión. Las mujeres que no están tomando su tratamiento para el VIH podrían estar acortando sus vidas retrasando esta terapia salvavidas, y quienes no se adhieren al tratamiento se arriesgan a desarrollar resistencia a las medicinas.

¿Que causa estos altos índices de depresión entre mujeres con VIH?

La depresión es una consecuencia frecuente del tratar de lidiar con una enfermedad crónica como el VIH. A pesar del hecho de que hoy en día existen tratamientos efectivos, un diagnóstico de VIH sigue siendo devastador. Debido a que el VIH es una enfermedad infecciosa que no tiene cura, puede potencialmente cambiar la vida de cualquiera que lo tenga. Algunas personas se abruma y son incapaces de sobrellevar el diagnóstico o el sentimiento de impotencia cuando se enfrentan a la realidad de tener que vivir con esta condición, y los sentimientos de desamparo son frecuentemente las raíces de la depresión. Un diagnóstico de VIH también puede provocar ansiedades que llevan a la depresión, frecuentemente cuando se relaciona con el miedo a revelar el estatus de VIH a las amistades, familiares y parejas y todo el estigma que las personas con VIH todavía enfrentan. El estigma, a su vez, puede llevar a crear sentimientos de soledad y aislamiento social, el cual ha sido relacionado con la depresión entre personas que viven con el VIH.

Mucho también puede ser explicado al observar las circunstancias de vida. El VIH afecta a las mujeres de color en forma desproporcionada: las Afro-Americanas y las Latinas suman el 77% de las mujeres diagnosticadas con SIDA en EE.UU. Estas mujeres están propensas a numerosas condiciones estresantes, incluyendo la pobreza, la violencia, el hacinamiento, el racismo, el desempleo, la victimización sexual, y ser madres solteras. Además, tienen una probabilidad desproporcionada de haber sufrido en sus vidas eventos traumáticos, incluyendo asaltos sexuales, abuso de las parejas y separación o divorcio, todos los cuales pueden llevar a la depresión por si mismos. De esa manera, el VIH es una carga más para el estrés que muchas mujeres de color han tenido que enfrentar antes del diagnóstico. Un estudio de la Universidad de Wisconsin que se enfocó en mujeres VIH positivas de bajos recursos, resaltó la frase de una participante que dijo: “Sabén, el VIH no es el más grande de mis problemas.”

Mientras que problemas como el estigma, la soledad, y el aislamiento social, pueden llevar a la depresión entre personas que viven con el VIH, hay cosas que pueden ayudar. El apoyo social – o la compañía, la ayuda y el afecto de la familia y los amigos – ha sido frecuentemente reportado, que ayuda a las personas que viven con VIH a evitar la depresión. Los miembros de una red social no sólo proveen una ayuda en las cosas diarias, como hacer las compras o la ayuda en casa, también proveen cuidados en caso de enfermedad. El contacto con miembros de una red social de apoyo ayuda a aliviar los sentimientos de soledad y aislamiento. La familia y los amigos también proveen apoyo emocional sustancial, el cual es invaluable para las personas que enfrentan enfermedades graves. Otra fuerza posi-

va en contra de la depresión es el sentido de espiritualidad. Aunque no todas las personas son espirituales o religiosas, algunos sienten que sus creencias les ayudan a sobrellevar el VIH, disminuyendo los sentimientos de depresión. Se piensa que la espiritualidad protege de la depresión proveyendo un sentido de esperanza, el cual crea una expectativa de un buen futuro. De esta forma, para las personas con VIH, un buen sistema de apoyo tanto como un sentido espiritual o religioso, podría prevenir o reducir los síntomas depresivos.

¿Por que individualizar a las mujeres adultas mayores con VIH y la depresión?

Las mujeres mayores que viven con el VIH, necesitan ser consideradas como un caso especial, pues la edad puede afectar la experiencia de la depresión. El envejecer puede también tener desafíos adicionales, como la mayor posibilidad de tener una o más enfermedades crónicas, las transiciones de vida como la jubilación, y otros cambios importantes, como la pérdida de la pareja, amigos, u otros miembros de la familia. Para las mujeres mayores con VIH, esto podría incrementar los sentimientos de tristeza y depresión. Mientras que hay estudios que han encontrado que las personas mayores en general no son más propensas a la depresión que los adultos más jóvenes, este podría no ser el caso de las personas que viven con VIH. Aunque las investigaciones son limitadas, los resultados sugieren que la depresión podría ser más común entre los adultos mayores con VIH, en comparación con los más jóvenes. No se sabe si esto sería el resultado del VIH o de su tratamiento. La explicación más simple es que los desafíos del envejecimiento incrementarían el nivel de estrés más allá de lo que es usualmente experimentado a causa del VIH y las circunstancias de vida de muchas de estas mujeres. Desafortunadamente, no hay mucha investigación en mujeres mayores con VIH. Una excepción notable es *El Estudio de Adultos Mayores con VIH* (ROAH, en inglés), llevado a cabo por ACRIA.

Resultados de ROAH

El estudio ROAH fue realizado en el 2005 en la ciudad de Nueva York, en ese entonces epicentro de la pandemia del VIH en EE.UU., en donde casi un tercio de aquellos que viven con el VIH tenían sobre 50 años, el 32% de ellos eran mujeres. Los participantes incluyeron 264 mujeres entre 50 y 76 años de edad, con un promedio de edad de 55 años. Estas mujeres dieron un reflejo sobre la población de mujeres VIH positivas en la ciudad, en términos de raza y etnicidad; el 58% fueron Afro-Americanas y el 34% fueron Latinas. Solo un tercio tenía una educación más avanzada que la secundaria, lo que refleja los limitados recursos económicos para muchas de estas mujeres. El tiempo promedio desde el diagnóstico fue de 11 años.

El interés de ACRIA era sobre cómo la salud física y mental, los recursos económicos, la soledad, el estigma, el apoyo social y la espiritualidad, estaban relacionados con los síntomas depresivos en estas mujeres. En general, las mujeres mayores VIH positivas reportaron alta incidencia de síntomas depresivos; más del 60% reportaron síntomas, sugiriendo la necesidad de tratamiento clínico para la depresión. Además, su mayor frecuencia de síntomas depresivos estaba asociada a un mayor número de condiciones de salud, aparte

del VIH, mayor necesidad de asistencia en las actividades diarias, mayor grado de soledad emocional, y altos niveles de estigma percibido. Por otra parte, las mujeres quienes permanecían mentalmente activas, tendían menos a sufrir de depresión, y quienes reportaron mayores niveles de espiritualidad tendían a tener menos niveles de síntomas depresivos.

El impacto del envejecimiento en las personas con VIH podría elevar el grado de depresión, ya que el estudio encontró que las mujeres con un mayor número de condiciones de salud y una mayor necesidad de asistencia, estaban más deprimidas: debido a que las condiciones de salud y la incapacidad se incrementan con la edad, podrían agravar cualquier dificultad física debida al VIH, incrementando el riesgo de tener depresión. El estigma es también un fuerte pronosticador de la depresión, y se necesita hacer mucho todavía para cambiar las actitudes públicas acerca de las personas con VIH. En una nota más optimista, estos resultados sugieren que el estar mentalmente activo – leer, hacer crucigramas, o dedicarse a otras formas de actividades mentales – podría ayudar a proteger a las mujeres mayores con VIH de sentirse deprimidas. Para quienes son religiosos o espirituales, el mantener esas creencias podría también ayudar contra la depresión. Los altos índices de síntomas depresivos reportados en las mujeres mayores con VIH en la ciudad de Nueva York, con más del 60% con síntomas significativos de depresión, sugiere que se necesita hacer mucho más en términos de identificar y tratar la depresión.

El Tratamiento de la Depresión

La investigación basada en evidencia más extensiva en el tratamiento de la depresión en personas mayores, proviene de estudios de las medicinas para la depresión. Cientos de estudios han confirmado la utilidad de estas medicinas para aliviar o prevenir la depresión. Pero los pacientes mayores frecuentemente toman más tiempo en responder al tratamiento que los pacientes jóvenes, y seis a doce semanas de tratamiento podrían ser necesarias antes de que los beneficios se puedan percibir. La mala adherencia a los antidepresivos es la causa más frecuente de una mala respuesta, pero una mala respuesta entre las personas que si se adhieren a la terapia con antidepresivos, puede ser corregido usando medicamentos alternativos.

Muchas personas mayores, incluyendo las mujeres con el VIH, tienen condiciones médicas coexistentes por las cuales toman medicinas. De esta forma, es vital dar una consideración cuidadosa acerca de la seguridad cuando se elige un medicamento antidepresivo – algunos antidepresivos no deben ser combinados con medicinas que se usan para tratar el VIH y otras enfermedades, o se requerirá reajustar las dosis. Además, otras medicaciones psiquiátricas podrían ser requeridas para tratar otras condiciones como la ansiedad, la psicosis, el insomnio y la demencia.

En casos raros en que no se responde ni a la psicoterapia, ni a la medicación, o cuando las medicinas antidepresivas no pueden ser usadas debido a otras condiciones médicas, se ha mostrado que la terapia electroconvulsiva es efectiva y segura. Finalmente, los grupos de pares o grupos de autoayuda para personas mayores con depresión se han relacionado con resultados de mejoría, y podría ser

(continúa en la página 9)

“En el estudio ROAH de ACRIA, las mujeres quienes permanecían mentalmente activas, tendían menos a sufrir de depresión, y quienes reportaron mayores niveles de espiritualidad tendían a tener menos niveles de síntomas depresivos.”

Perspectiva Personal: **La Historia de una Mujer**

En Agosto 27 del 2001, me enteré ser VIH positiva. Me encontré sorprendida, confundida, y molesta, todas esas emociones al mismo tiempo.

Una amistad mía que es enfermera me dijo que había notado nódulos linfáticos visibles en la parte posterior de mis orejas y el cuello. Me examinó y me dijo que estaban inflamados. Aunque me causó preocupación; la posibilidad de una infección con VIH no cruzaba mi mente.

El estar trabajando en el área de salud, me facilita pensar en lo que podía significar tener "nódulos linfáticos inflamados." Entre las muchas causas, se mencionaba al VIH. Pero lo había puesto al final de mi lista.

Les mencioné mis nódulos linfáticos inflamados a algunos miembros de mi familia y comentaron que se debía al estrés. Mientras mi madre me decía que dejara de estresarme, sabemos que es más fácil decirlo que hacerlo. "Tan pronto te tranquilices y tomes las cosas con más calma," me dijo, "desaparecerá la inflamación."

Fui a ver a mi doctor y también preguntó si había estado bajo estrés. Aún así, decidió hacerme algunas pruebas de sangre, incluyendo la prueba del VIH, de la cual no me informó.

Me enteré de que me habían hecho la prueba del VIH de una manera terrible que le dio un giro a mi vida. Mi hermano se enteró que me habían hecho la prueba del VIH por la recepcionista en la oficina del doctor y preguntó delante de mi madre la razón por la que me había hecho la prueba. Naturalmente, negué que me estuvieran haciendo la prueba del VIH, porque honestamente no sabía que me estaban sacando sangre con ese propósito.

Ahora que lo pienso, estaba avergonzada de saber que me habían hecho la prueba del VIH. El hecho de que mi familia se enterara que me estaba haciendo la prueba del VIH abriría mi vida a demasiadas preguntas sobre mi vida sex-

ual que no estaba lista para poder contestar. Era una mujer divorciada, que había tenido sólo una pareja desde la separación con mi esposo cuatro años antes.

Regresé a mi doctor diez días después de mi visita inicial, y me dijeron que había un "problema" con mis resultados de sangre y que sería necesario hacerme otra ronda de pruebas de sangre. Mientras tanto, me estaba estresando más y mis nódulos linfáticos se hacían dolorosos. Pensé que me estaba muriendo.

Decidí llamar a mi compañía de seguro porque estaba cansada de estar esperando. Me dijeron que mi seguro de vida había sido cambiado a un seguro accidental debido a mis resultados de la sangre, pero sin darme mayores detalles. Esa tarde, recibí una carta de mi compañía de seguro con la misma noticia sin darme muchas explicaciones.

Fui a ver a mi doctor esa tarde, le comenté mi conversación con la compañía de seguro, y le mostré la carta. Me enteré entonces de que era VIH positiva. Me dijo que no me estresara, que no era una sentencia de muerte.

Me sentí bombardeada por un montón de emociones, pero el temor no fue uno de ellos. En mi molestia, me acuerdo haberle dicho a mi doctor que no iba a morir de SIDA, al menos no en esta vida. Me tomó un tiempo poder lidiar con ello, pero aprendí que habían muchas personas viviendo con el VIH que eran felices y estaban saludables. Intenté hacer todo lo que estaba en

mis manos para asegurarme de que sobreviviría.

Tengo una hija muy inteligente y alegre, que tendrá diez años de edad en Abril. Ella es la razón de mi vida. Mi hermano, a quien le dije que era VIH positiva el mismo día en que me enteré, me ha apoyado mucho y lo amo por eso.

Me tomó algún tiempo después de mi diagnóstico el poder decirle a mi madre, necesité valentía para poder contarle, pero tomó la noticia muy bien. Se lo dije también a una

“Mi hermano se enteró que me habían hecho la prueba del VIH por la recepcionista en la oficina del doctor y preguntó delante de mi madre la razón por la cual me había hecho la prueba.”

por Mary, Sud Africa

amiga mía, y se alegró que se lo hubiera confiado. Ella me dijo que me apoyaría en todo lo que pudiera. Desde que les dije a las personas alrededor mío sobre mi estatus, me he sentido mejor y más libre. Diría que mi vida ha regresado a la normalidad.

También he hecho amistad con un médico que trabaja en la misma clínica donde yo trabajo, y se ha portado como un gran amigo y me ha mostrado su apoyo. Me ha explicado todo sobre mi enfermedad y me ha ayudado mucho a poder entenderla.

Lo que me inspiró fueron todas las cartas que leí en una página de Internet para mujeres que viven con VIH. Creo que voy a vivir por el tiempo que desee Dios, y voy a vivir mi vida en la manera que desee. Me dije que no iba a permitir que nadie me juzgara. Empecé a cuidarme mejor y decidí regresar al gimnasio y a comer mas sano. No estoy lista para rendirme.

Me gustaría decirles a todas las mujeres que están luchando para lidiar con esta enfermedad, que no es una sentencia de muerte y que se puede vivir una vida larga, mientras tomen sus medicamentos y lleven una vida saludable. No se mantengan ignorantes sobre el VIH. Junten toda la información que puedan – eso es lo que yo hice, y me ayudó a aceptar mi situación rápidamente.

No tenga temor de hacerle preguntas a su médico, especialmente si cree que no lo ha entendido bien. Vivo en un país donde cientos de personas mueren de SIDA todos los días porque no están bien informadas sobre esta enfermedad. Algunos sienten vergüenza y miedo de ir al hospital para conseguir los antiretrovirales (ARVs) y los otros medicamentos vitales. Algunos no tienen acceso a los medicamentos porque viven en zonas rurales donde los hospitales quedan lejos de sus casas. Espero que esto cambie con el tiempo.

Luego de mi diagnóstico, empecé a trabajar en la clínica con mujeres que al igual que yo viven con el VIH, dando información y educación. Mi esperanza es entregar tanto apoyo como yo encontré al ser diagnosticada. El apoyo es fundamental para tener una vida saludable.

¡Mucho Amor!

La Depresión *(continúa de la página 7)*

más aceptable para las mujeres mayores con VIH que recurrir a los servicios clínicos de salud mental.

Consideraciones políticas para Mujeres Mayores con VIH

A pesar de los altos índices de depresión entre mujeres mayores con VIH, muchas no aprovechan los servicios de salud mental. Una explicación probable para esto, podría ser la falta de comunicación clara entre estas personas y sus proveedores de salud sobre la depresión. También podría haber una falta de servicios de salud mental que sean apropiados y específicos para mujeres mayores con VIH. Estos problemas no pueden ser considerados sin los siguientes cambios en las políticas públicas:

Educación

Es necesario incrementar los esfuerzos para educar a las personas con VIH, junto con sus médicos, líderes religiosos, educadores, y otros quienes les prestan servicios, para abordar el tema de la ignorancia sobre las enfermedades mentales, su diagnóstico y la efectividad en el tratamiento. Se necesitan también los esfuerzos de la educación pública para manejar el estigma sobre las enfermedades mentales y la depresión, como también el estigma relacionado al VIH.

El Alcance comunitario, Basado en el Hogar y servicios no tradicionales

Los servicios de salud mental son generalmente designados, estructurados y financiados en un modelo médico. Las personas esperan ir a un lugar en donde los servicios de salud mental son provistos por profesionales, quienes raramente ofrecen sus servicios en las comunidades o en los hogares de las personas. Los servicios provistos son en general una combinación de consejería y medicación. Fundamentalmente, una nueva visión de servicios para personas con VIH debería ser desarrollada, una que enfatice el alcance comunitario en el entorno mismo de las comunidades y la provisión de una variedad de servicios de apoyo.

Competencia Cultural y Clínica

Los problemas que se refieren a lo que se conoce como competencia clínica y cultural – básicamente es la inhabilidad de los profesionales de comunicarse con personas de procedencia, origen y formación educacional diferentes, o con limitadas habilidades en el idioma Inglés – son muy comunes en el sistema de salud mental. Mientras algunos intentos han sido realizados para tomar en cuenta estos asuntos, se sigue necesitando un empuje en lo que respecta a competencia cultural y su apropiación. Esto llama a cambios en la educación profesional, mayores iniciativas de capacitación, cambios en la estructura organizacional y la cultura, y nuevos requisitos regulatorios que obliguen a un entendimiento en servir a personas de diferentes culturas en el proceso de licenciatura profesional.

Conclusiones

La depresión es un problema serio para muchas mujeres mayores con VIH. Aún la presencia de síntomas depresivos relativamente bajos que han sido encontrados, han tenido consecuencias negativas, por ejemplo, en la adherencia al tratamiento del VIH. Es por eso muy importante que las mujeres mayores con VIH, como también sus proveedores de servicios médicos y sociales, estén concientes de este asunto y estén preparados para incluir a la depresión como una de las muchas formas de mejorar la calidad de vida de las personas al enfrentar esta enfermedad.

Mark Brennan, PhD, es Investigador Principal en ACRIA, y Stephen Karpiak, PhD, es el Director Asociado de Investigación.

Políticas actuales de prevención del VIH: Iniciativas que afectan a las Mujeres

por Kimberleigh Smith

La elevada atención a la epidemia global del VIH, ha animado a los defensores y activistas de las políticas de VIH, a prestar más atención a los esfuerzos de prevención del VIH entre mujeres en los EE.UU., y a explorar maneras cómo mejorarlas. Este artículo destacará tres de los esfuerzos de prevención más importantes que podrían tener un profundo impacto en las tasas de infección en mujeres en los EE.UU.: La Ley de Desarrollo de Microbicidas (MDA, por sus siglas en inglés); el sistema de vigilancia de VIH del Centro para Prevención y Control de Enfermedades (CDC); y las estrategias de intervención de prevención del VIH que integren factores que incrementan la vulnerabilidad al VIH como lo son la pobreza, la violencia doméstica y los niveles bajos de educación.

El SIDA es un problema que afecta a las mujeres

El SIDA es un problema que afecta a las mujeres aquí en los Estados Unidos y más aún en la ciudad de Nueva York. Esta es una enfermedad con grandes diferencias en como se distribuye estadísticamente en diferentes grupos. El CDC reportó la triplicación de los nuevos casos de VIH y SIDA entre mujeres de los EE.UU. en las dos últimas décadas. Mas aún, las tasas de VIH difieren mucho entre las diferentes razas. Algunos hechos:

- Las mujeres de color representan la mayoría de los nuevos casos de VIH entre mujeres. También son la mayoría de mujeres que viven con VIH.
- En el 2004, la mayor causa de muerte entre mujeres de color y Afro-Americanas entre las edades de 25 a 34 años, fue la infección con el VIH.
- En el 2005, un alarmante 82% de todos los diagnósticos de SIDA entre mujeres fueron Latinas, a pesar de que los hispanos (hombres y mujeres), sólo representan un 24% de la población Estadounidense.
- Los datos del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (NYC DOHMH, por sus siglas en inglés), muestran que las mujeres representan un 32% de los nuevos diagnósticos de VIH.
- Las mujeres tienen mayor proporción de diagnósticos nuevos del VIH entre personas de color, comparado con otras razas o grupos étnicos, aunque el número de diagnósticos nuevos se ha reducido levemente cada año entre ambos, hombres y mujeres.
- La tasa de muertes en el 2004, entre personas con VIH o SIDA fue un 25% más alto en las mujeres, en proporción a los hombres.

“El género y la relación con el SIDA, es inmensa e inexplorada” dice Dr. Judy Auerbach, de la fundación del SIDA de San Francisco. Nuestra respuesta ha sido muy limitada aunque se ha vuelto más posible que nunca poner al VIH en el contexto de la vida femenina.”

La Dra. Auerbach y otros atribuyen este nuevo interés, a la devastación del VIH en mujeres jóvenes en la región del Sub-Sahara en África. Las mujeres de esta región, comparten la misma vulnerabilidad con mujeres de todo el mundo como son la pobreza, la violencia, educación, la desigualdad de género, etc. Además, la manera en que percibimos los riesgos para las mujeres, se ha convertido en un gran punto de discusión.

La Prevención Controlada por las Mujeres: La Ley de Desarrollo de Microbicidas

Los microbicidas son una clase de productos actualmente en desarrollo, los cuales podrían aplicarse para prevenir transmisión del VIH y otras infecciones. Los microbicidas podrían obtenerse en difer-

entes formas, incluyendo gel, cremas o anillos de liberación continua que liberarían una sustancia antiviral durante días o semanas. El impacto de un microbicida (aunque todavía quedan muchos años por delante), tendría un profundo alcance. La mujer es mucho más vulnerable en situaciones de pobreza, relaciones abusivas, violencia sexual, u otras circunstancias en las cuales una mujer no siempre puede controlar sus encuentros sexuales o insistir en medidas de protección como abstinencia, monogamia mutua o el uso de condones. El negociar relaciones sexuales seguras puede ser aún más difícil para las mujeres jóvenes. El desarrollo de un microbicida seguro y efectivo mantendría la promesa de una nueva tecnología de prevención del VIH, tomando en cuenta la realidad de la vida femenina.

“Como empezamos a recibir información actualizada del CDC,” dice Anna Forbes, Subdirectora de la Campaña Global por los Microbicidas, refiriéndose al anticipo de nuevos datos del CDC, “podemos esperar un alza en las tasas de infección femenina, especialmente para las mujeres de color. Estos datos apuntan clara e inequívocamente a la necesidad de un microbicida.”

Si se aprueba la Ley de Desarrollo de Microbicidas (MDA), asegurará el incremento y el compromiso de ayuda por el gobierno de EE.UU. para la investigación y el desarrollo de microbicidas. En este momento, un escaso 3% de los fondos para investigación del VIH/SIDA se dedica al desarrollo de microbicidas. Forbes, sigue explicando: “Una gran parte de MDA asegurará institucionalmente, por mandato del congreso, priorizar en la investigación de microbicidas.” La legislación es bastante simple para asegurar su aprobación, agrega, pero también para hacer de esto una prioridad institucional y avanzar en la coordinación mientras nos acercamos al lanzamiento de un microbicida.

La ley establecería toda una unidad dedicada a la investigación y el desarrollo de microbicidas dentro de los Institutos Nacionales de Salud (NIH, en Inglés). En estos momentos la investigación de microbicidas en el NIH es llevada a cabo por varios institutos sin una línea única de responsabilidad administrativa, sin manejo de presupuestos, con variados niveles de interés y compromiso y un alto grado de competencia. Durante los últimos dos años la CDC y la Agencia de Desarrollo Internacional Estadounidense (USAID) han expandido sus esfuerzos por la obtención de microbicidas. Sin la coordinación federal requerida por la MDA, se puede incurrir en costosas ineficiencias y duplicación de esfuerzos.

La legislación también autorizará los fondos que necesitan por el CDC, NIH y USAID para el desarrollo de productos microbicidas. Finalmente se requerirá la coordinación entre NIH y otras agencias federales apoyando el desarrollo de microbicidas, incluyendo el CDC y USAID.

El Riesgo y el Sistema de Vigilancia del VIH

Las organizaciones de mujeres y las coaliciones de VIH en todo EE.UU. están en campaña para cambiar el sistema de vigilancia del VIH del CDC, para que se refleje con más precisión la realidad de la epidemia del VIH y las necesidades de prevención en mujeres que viven en este país. Estos grupos están enfrentados al tema de la categoría de exposición de “Riesgo No Identificado” (RNI).

Las mujeres que son incapaces de identificar las conductas de riesgo de sus parejas masculinas o si son VIH-positivos, se incluyen automáticamente en la categoría como RNI. Es esencial clasificar correctamente

los riesgos de infección por VIH en las mujeres, dado que el sistema del CDC jerarquiza la información en la distribución de los recursos, monitorea las tendencias, ayuda en el desarrollo y evaluación de programas de prevención e identifica el surgimiento de nuevos grupos de riesgo.

La Colectividad Nacional de Mujeres y el SIDA (NWAC, en inglés), opina que el sistema del CDC sobre vigilancia del VIH, podría ser una razón clave de la ignorancia o incredulidad de las mujeres sobre el riesgo de infección con VIH, impulsando de este modo la creciente crisis de VIH y SIDA entre las mujeres Estadounidenses. Declaran que “el sistema está basado en un entendimiento anticuado de la epidemia de los 80’s y...ha sido sólo una vez revisado brevemente durante los 90’s...Así, no reporta exactamente o refleja la realidad sobre el por qué las mujeres están infectándose con el VIH en una mayor proporción”

La NWAC reporta que entre las mujeres con un resultado VIH-positivo en sus programas locales y estatales, un 60% llegan a ser clasificadas como RNI por el CDC. Y de acuerdo al CDC, el 47% de todas las mujeres con resultados VIH-positivo en los EE.UU. son asignadas al grupo RNI. Los proveedores y defensores reconocen ampliamente que las mujeres están infectándose cada vez más con el VIH, ya que creen estar en una relación monógama con sus parejas masculinas y/o están inconcientes del historial sexual, conductas de riesgo o el status de VIH de sus parejas.

También reportan que muchas veces a las mujeres se les niegan las pruebas de VIH, pues no encajan en las actuales categorías de riesgo. Esto es en parte, porque el financiamiento federal que reciben los centros de exámenes es sólo para grupos especificados (por el CDC) como de alto riesgo. Por lo tanto, el enfoque actual tiene un impacto no sólo en las decisiones de asignación de recursos sino también de acceso a la prueba del VIH. Por último, todo esto tiene un gran efecto en el cuidado, diagnóstico simultáneo de otras enfermedades, resultados de salud y en la transmisión del VIH.

Las críticas al sistema de control del CDC son tremendamente relevantes debido a la tan esperada entrega de nuevos datos. Se espera que estos revelen una tasa mucho mayor de VIH en EE.UU. Se ha estimado por muchos años que el número de nuevas infecciones alrededor de 40.000 personas cada año, pero el CDC ha anunciado que luego, con los nuevos datos este número podría incrementarse a unos 60.000.

La NWAC y otros, proponen actualizar el sistema de control del CDC agregando una categoría de “adquisición” al sistema de recolección de información basado en factores conocidos por elevar el riesgo del VIH, especialmente en mujeres de color y de bajos ingresos y considerar estos riesgos a pesar de los riesgos presumidos o de conductas de riesgos identificadas. Esta “categoría de adquisición”, permitiría al CDC reunir datos sobre cómo realmente ocurre la infección con el VIH (incluyendo factores como el lugar de residencia, prevalencia relativa de VIH, y pobreza entre otros factores) en vez de enfocarse solamente en la transmisión de VIH por conductas de alto riesgo.

Mejores Intervenciones Para Detener la Epidemia Entre las Mujeres

“En este momento de la pandemia VIH/SIDA, existe un consenso general de que se necesita un enfoque comprehensivo en todos los niveles para la prevención del VIH y la ciencia que la guía, es esencial. Este consenso viene del entendimiento – después de 26 años de investigación y de experiencias – de que el VIH es un patógeno transmitido en el curso de las relaciones humanas que toman lugar en contextos sociales y culturales. Esto significa prestarle igual atención a los factores biológicos, de conducta y sociales, tanto individualmente como en relación con los otros, para poder obtener un impacto real en la propagación del VIH.” *Dr. Judy Auerbach*

Las actividades de intervención no se pueden enfocar sólo en el cambio de la conducta individual; deben funcionar también para cambiar rasgos estructurales de la comunidad, sus programas, prácticas, leyes y políticas que ponen a ciertos grupos de personas en un riesgo elevado de infectarse. Además, estas intervenciones deben estar basadas en la ciencia.

“Las mujeres que son incapaces de identificar las conductas de riesgo de sus parejas masculinas o si son VIH-positivos, se incluyen automáticamente en la categoría de ‘Riesgo No Identificable’ por el CDC.”

Por ejemplo, es muy sabido que la pobreza y desigualdad de género son dos factores que determinan un riesgo de VIH / SIDA entre las mujeres. Aun así, hay muy pocos programas que consideren intervenciones económicas y VIH, en EE.UU. Tampoco hay muchos programas integrando asuntos económicos con asuntos de salud. Similarmente, aún habiendo considerable información sobre cómo los roles de cada género determinan las negociaciones sexuales y los riesgos en relación al VIH y SIDA, se ha visto muy poco sobre cómo estos roles son reforzados por factores sociales mas amplios y complejos como la desigualdad y el privilegio. Sin embargo hay un creciente movimiento interesado en desarrollar la prevención basada en la ciencia, esto significa estrategias, que en estudios clínicos, han probado reducir la transmisión del VIH en grupos específicos de alto riesgo. A pesar de los desafíos científicos y políticos, la comunidad VIH se está uniendo para declarar que es necesario un multi-enfoque en todos los niveles para avanzar en la agenda de prevención del VIH en mujeres y en

otros grupos. La Fundación del SIDA de San Francisco, en conjunto con la Cámara para Prevención Basada en Evidencia, estará encabezando discusiones como estas durante el próximo año.

Conclusión

Defensores nacionales, proveedores y consumidores están ansiosos de aprovechar la creciente apertura entre los que toman decisiones, para que estos respondan a la epidemia Estadounidense del VIH en mujeres, dentro de los contextos sociales y culturales en los cuales existe y, desafortunadamente sigue creciendo. Como defensores, proveedores y consumidores nuestro trabajo será avanzar en movilizar las comunidades para que influyan en los cambios políticos como la MDA, abogar por la creación de sistemas de salud pública que reflejen la realidad de la vida de las mujeres, apoyar la investigación en prevención y empujar nuestras mejores ideas en contra de las estructuras que conducen a la epidemia. Es a través de estos esfuerzos que podremos tener un impacto más profundo y sostenido en la epidemia del VIH entre las mujeres.

Kimberleigh Smith es Directora del Programa para Mujeres en GMHC.

Perspectiva Personal: Mis bebés y Yo

por Delia G.

Supe que era positiva en 1994 cuando traté de vender mi sangre. Pensé que era una forma fácil de obtener dinero extra y ayudar a otros al mismo tiempo. Nunca hubiera imaginado lo que iba a tener que enterarme.

Un doctor con una solemne mirada me dio la noticia. Un millón de ideas se me cruzaron por la cabeza. No podía respirar o aún pensar claro. Antes de ese segundo, pensaba que todas las personas que vivían con el VIH debieran irse a una isla en alguna parte para prevenir que otros se infectaran. Ahora yo lo tenía. El doctor me dio valor para obtener una segunda opinión, y me ofreció un volante con referidos. Me fui a casa, me encerré en mi cuarto, y lloré por horas. ¿Cómo iba a decirle a mi familia? ¿A mi novio? ¿A mi hijo?

Llamé a una de las clínicas de salud que aparecían en el volante para hacer una cita. Fue un suplicio esperar los resultados por segunda vez. Seguía diciéndome a mi misma que todo era una terrible equivocación. Cuando me entregaron la noticia, fue demasiado y me derrumbé.

Fui consolada con un fuerte abrazo y con un volante con algunos números de grupos de apoyo. En ese tiempo no había servicios para alguien que oía esta noticia por primera vez, y había sólo un grupo de apoyo para mujeres. Tenía muchas preguntas. ¿Cuánto tiempo tendría para vivir? ¿Cuándo comenzaría a adelgazarme y hacerme esquelética? ¿Cuándo me daría el SIDA? ¿Cuán contagioso es esto? ¿Necesitaría dejar un testamento? ¿Quién iría a hacerse cargo de mi hijo? ¿El también lo tendría? ¿Y que hay acerca de mi novio? Sentí que mis necesidades y mis preguntas podrían ser mejor contestadas en el grupo de apoyo para mujeres.

Cuando fui por primera vez al grupo, llevé un cuaderno con mis preguntas anotadas, y las participantes fueron muy amables y pacientes y respondieron cada una de mis dudas. Había una biblioteca de materiales relacionados, incluyendo videos y libros explicando la enfermedad a los niños. Busqué otros grupos de apoyo y servicios, pero estaban dirigidos a hombres gay de raza blanca o personas en recuperación por drogas. Había muy poco escrito para mujeres heterosexuales, y nada acerca de mujeres de raza negra.

Cuando fui a la cita con mi médico a conversar sobre mi tratamiento, hice una cita para hacerle la prueba a mi hijo, me dieron otra noticia impactante: ¡Estaba embarazada! El doctor preguntó cuando quería programar el término de mi embarazo – ¡así tal como suena! Cuando dudé en hacerlo, el médico me dijo: “¿!Estás pensando en tener el bebé!? ¡Morirá!. Hice la cita en llantos, recibí la prescripción para mis medicinas y me fui. Me dirigí al grupo de apoyo para enterarme sobre como otras habían lidiado con esta situación.

“El doctor preguntó cuando quería programar el término de mi embarazo – ¡así tal como suena! Cuando dudé en hacerlo, el médico me dijo: ‘¿!Estás pensando en tener el bebé!? ¡Morirá!’ ”

Cuando compartí con el grupo lo que el médico me había dicho, todos se alteraron! Muchas me dijeron que había muy buenas opciones que pudiese tener a un bebé sano si comenzaba mi terapia lo más pronto posible. Estaba pasmada y furiosa al mismo tiempo. ¿!Qué hubiese ocurrido si no hubiese ido al grupo de apoyo y hubiese ido a la cita para el aborto!? Estaba mas relajada y preocupada en saber que no aborté mi bebé y que podría disfrutar de un embarazo nuevamente. Tenía solo 22 años – demasiado joven para saber que nunca podría tener otro bebé.

Las participantes del grupo fueron muy cálidas y ofrecieron todo el apoyo como mujeres que habían pasado por la misma experiencia, como nunca imaginé. Conversamos sobre como enfrentar los efectos secundarios de las medicinas que tendría que comenzar a tomar. Hablamos sobre como enfrentar los asuntos emocionales y psicológicos de esta enfermedad, desde una perspectiva femenina y sobre los asuntos de divulgar el estatus de VIH. Aún así, tenía que sobreponerme y necesitaba tiempo para decidir cómo y cuándo decirle a mi familia.

Pero tenía que decirle a mi pareja que era positiva y que estaba embarazada.

Eso fue muy difícil de hacer. Realmente sentía que mi novio y yo teníamos una conexión mágica y que él sería el hombre con quien envejecería. Deseaba compartir el gozo de criar juntos a un niño, en vez de decirle que había muchas posibilidades de que estuviera muerta en cinco años. Yo ya era viuda. Mi esposo había muerto algunos años antes, después de algunas complicaciones de un accidente en motocicleta y de síntomas parecidos a un resfrío.

Las Mujeres Inmigrantes con VIH

por Rosa Bramble Weed

Me reuní con mi novio después de mi trabajo y le dije que deberíamos separarnos. Le dije que era VIH positiva y que me había enterado recién que estaba embarazada, pero que no había nadie más en mi vida. Le dije que necesitaba hacerse la prueba para el VIH. Hablamos sobre como el virus se transmite, y acerca de cómo se podía tener un bebé sano aún siendo positiva. El me dijo que me amaba y que no me dejaría. Estaba atontada. Nunca se me ocurrió considerar que eso ocurriría. Le ayudé a encontrar un centro médico que hiciera la prueba anónima y ayude a prepararlo para un probable resultado positivo.

Fuimos a la misma clínica donde recibí la noticia tan terrible y nos preparamos para lo peor. El salió de aquella sala con el ceño fruncido y me dijo que su resultado había salido negativo. Estuve muy sorprendida, y un poquito resentida. Me sentí horrible al saber que iba estar sola en esta batalla, pero aliviada que él no era quien me había infectado.

Cuando nació mi bebé, la primera prueba salió positiva como esperábamos, pero las pruebas siguientes salieron negativas. El embarazo no afectó tanto mi cuerpo y mi sistema inmune, entonces pospusimos la operación para esterilizarme. Me dieron una bolsa llena de condones e inyecciones para prevenir el embarazo, pero dejé el programa después de 6 meses.

Aquí estaba, con 23 años de edad, en una relación estable, con un niño de cuatro años y un recién nacido y era la única con el virus. No pude dar de lactar, pero fue un sacrificio pequeño en comparación a tener un bebé sano. Comencé a hacer activismo contra el VIH en la comunidad, ir a las escuelas a hablar sobre la prevención del VIH y comencé un grupo de apoyo para mujeres de color VIH positivas. Me dieron un trabajo en un centro comercial.

Un día, tuve dificultad en abrochar mis pantalones. Una compañera de trabajo me dijo que tal vez estaba embarazada. Me reí y le dije: "eso es imposible. Siempre he usado condones, aparte que" Me pillé a mi misma en ese momento. Pude haberme confiado demasiado en las inyecciones para prevenir el embarazo.

Fui a hacerme una prueba de embarazo a la hora del almuerzo y me dijeron que no había duda de un embarazo. Me había confiado mucho de las probabilidades la última vez y no quería jugarme la suerte. Recé que si el bebé nacía sano, me haría la esterilización a cualquier costo.

Ahora mis hijos tienen 16, 12 y 9. Todos son sanos y VIH negativos y mi novio ahora es mi marido por ya ocho años. El también es negativo. Me operé y ligué mis trompas, así como también prometí no tener arrepentimientos.

Como si vivir con el VIH como mujer no fuera lo suficientemente duro, muchas mujeres inmigrantes VIH positivas que viven en los EE.UU. – documentadas o indocumentadas – enfrentan grandes obstáculos. Los inmigrantes VIH positivos no sólo enfrentan el miedo a ser deportados o a perder su residencia, sino también deben enfrentar desafíos buscando cuidados médicos y servicios sociales que los mantenga con vida, en un país extraño donde las políticas de inmigración permanecen en estado de incertidumbre.

Las mujeres inmigrantes se ven especialmente afectadas por la epidemia y tienen desafíos únicos en relación a tratamiento y prevención. En el 2005 había 126.964 mujeres con SIDA en EE.UU. Las latinas, incluyendo inmigrantes, están desproporcionadamente afectadas por el VIH. Aunque representan el 14% de la población en EE.UU., abarcan el 19% de las mujeres con VIH. Las mujeres inmigrantes son muchas veces difíciles de localizar, debido a sus necesidades particulares y desafíos.

Las Mujeres inmigrantes en la Ciudad de Nueva York

En la ciudad de Nueva York, el 36% de la población ha nacido en el extranjero, comparado al número total en los EE.UU. que es el 12% de la población. A pesar de tener más de 3 millones de ciudadanos extranjeros (temporales o residentes) en la ciudad de Nueva York, existe poca investigación sobre los inmigrantes y VIH, y mucho menos sobre mujeres inmigrantes y VIH. Una evaluación de necesidades hecha por el Consejo de Planificación de Servicios Humanos y Salud para el VIH en Nueva York, encontró que no hay herramientas de vigilancia para medir la ocurrencia del VIH en inmigrantes documentados o indocumentados.

La Ciudad de Nueva York tiene una de las tasas más altas de VIH en el país y es el hogar de un gran número de inmigrantes VIH-positivos. De acuerdo a un informe del año 2004 del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (DOHMH, por sus siglas en inglés), existen en la ciudad 12.000 personas viviendo con VIH nacidas fuera de los EE.UU. De los 3.653 nuevos casos diagnosticados ese año, el 23% nació en el extranjero.

El hallazgo más perturbador de este informe es que cuando las personas nacidas en el extranjero lograron recibir los cuidados respectivos, la infección había avanzado a SIDA.

El Trauma de Inmigración y el VIH

Las principales razones de los inmigrantes para evadir buscar ayuda, son el miedo a ser deportados, al estigma y a la barrera del lenguaje. El deseo de venir a EE.UU. para encontrar una mejor calidad de vida, ya sea por un tiempo limitado o permanente, puede llevar a un estresante y traumático proceso de inmigración. Los inmigrantes viven las presiones de triunfar en el nuevo país, los problemas de comunicación y la pérdida de la familia y los amigos. Investigaciones han relacionado sus bajos niveles de ajuste cultural y problemas de salud mental con el abandono de sus redes de apoyo y entrar a una nueva sociedad con

(continúa en la próxima página)

Las Mujeres Inmigrantes con VIH *(continúa de la página anterior)*

conocimientos mínimos o nulos del idioma inglés, haciendo difícil crear nuevos círculos sociales. Para la mujer inmigrante, la pérdida de identidad y de redes de apoyo familiar, las pone en riesgo para el VIH. Pero el factor más importante es que ellas mismas no se perciben en riesgo de contraer el VIH.

Los inmigrantes pueden haber dejado voluntariamente sus países o haberse visto forzados a abandonarlos. Muchas mujeres VIH-positivas llegan a los EE.UU. habiendo sido diagnosticadas en sus países natales, mientras que otras llegan sin el conocimiento de su estado de VIH. Aquellas que emigran conociendo su estado de VIH, pudieron haberlo hecho en respuesta a la falta de tratamiento en sus países, a la discriminación y el estigma existente. Una de estas mujeres relató su experiencia al ser hospitalizada en Ecuador: le colgaron un cartel sobre su cama que decía “SIDA”, acarreado muchos comentarios negativos.

Ya que muy pocas mujeres disponen de los recursos para participar en programas oficiales “de puente”, que permiten a ciudadanos extranjeros viajar a Nueva York para recibir cuidados médicos, ellas arriesgan sus vidas emigrando ilegalmente a EE.UU. u otros países. Estando en Nueva York, luchan contra la decisión de vivir indocumentadas o de retornar a sus países.

Para muchas mujeres inmigrantes, saber sobre su diagnóstico se relaciona directamente con el estado de inmigración. Para obtener la residencia permanente en EE.UU., el solicitante debe hacerse la prueba del VIH. Si el resultado es positivo, la permanencia podría ser negada. Desafortunadamente, para muchas mujeres es a través de esta forma como se enteran sobre su estado. El siguiente es un ejemplo de esta experiencia:

Alejandra vivía en Perú con su hijo, cuando su esposo se vino a los EE.UU. Mas tarde, decidieron que ella debía venir también. Cuando llegó, él estaba hospitalizado. Después de un tiempo, su marido la abandonó, y así, como lo hacen muchos inmigrantes, decidí casarse para obtener la residencia legal. Se le pidió que se hiciera la prueba del VIH, y sin saber de que se trataba, accedí. Después de dos semanas regresó y la enfermera le dijo: “¿sabía que Ud. es VIH-positiva? Deberías volver a tu país – de lo contrario te morirás aquí”.

Alejandra cayó en depresión, se sintió muy sola y con mucho miedo de contarle a su familia. Se lo confió a su hermana y pensó que la mejor decisión era volver a Perú. De retorno en su país, fue tratada con indiferencia por su familia. Luego, encontró a un doctor – su “ángel” – el cual le dio apoyo y le dijo que había oportunidad de vivir, pero que su país no contaba con las medicinas necesarias. Gracias a su hija, ella encontró el coraje de vivir y regresó a EE.UU., donde encontró a un trabajador social maravilloso y los recursos médicos que la fortalecieron.

La Violencia entre las Parejas Íntimas

Mujeres inmigrantes como Alejandra, sienten que sus opciones han disminuido. A causa del estigma que rodea al VIH sienten que son diferentes. Permanecen en situaciones de violencia o se relacionan con hombres que les dicen “Nadie más te querrá tener ahora”. El

sentimiento de ser “como una mercancía dañada” pareciera ser universal entre las mujeres que viven con VIH, y esto frecuentemente las lleva a mantener estas relaciones y comportamientos de alto riesgo.

Dos tercios de los inmigrantes que viven en los EE.UU. son mujeres. La violencia contra la mujer, especialmente la violencia entre parejas íntimas (VPI), tiene efectos específicos y desproporcionados en las mujeres inmigrantes. El VIH y la VPI comparten factores de riesgo que son importantes en el tratamiento del VIH y su prevención, como lo han demostrado Claudia Moreno, de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Rutgers, y otros investigadores. Las mujeres que están lidiando con la VPI, frecuentemente presentan historias de abuso infantil o abuso físico y verbal, y también en muchos casos han sido testigos de la violencia y muerte en países devastados por la guerra. Este trauma afecta como ellas se relacionan con el mundo, destruye la confianza y disminuye la autoestima. También es más difícil para la mujer manejar la relación sexual cuando se incluye la VPI. El miedo a la violencia, la intimidación y amenazas inhibe la capacidad para exigir relaciones sexuales seguras. Para muchas mujeres, el revelar el estado de VIH a sus parejas incrementa el riesgo de violencia. Así puede aumentar el aislamiento social, lo que hace difícil el llegar a ellas.

El riesgo de vivir en relaciones abusivas es mayor en mujeres VIH-positivas inmigrantes. Basándose en la experiencia clínica y apoyándose en las investigaciones, se ha mostrado lo relacionado que está el VIH y la VPI en la vida de la mujer inmigrante. Según estudios recientes, el 34% de los casos de mujeres en situaciones de VPI son latinas. La Encuesta Nacional de Violencia Familiar detectó que las tasas de abuso en parejas Hispánicas supera en un 54% a las no Hispánicas. A pesar de la poca investigación que existe sobre mujeres inmigrantes de países africanos y asiáticos, hay evidencia que indica que a nivel mundial las mujeres tienden a aguantar relaciones abusivas.

Para muchas mujeres inmigrantes indocumentadas, la amenaza de ser deportadas por el Departamento de Seguridad Nacional de EE.UU. – con su poder general para deportar y revocar estados de inmigración – es el mayor temor. La sola idea de volver a sus países sin tratamiento médico, es aterrador. Ellas muchas veces desconocen sus derechos como inmigrantes y piensan que no hay opciones.

Además, sus parejas podrían incluso ocultar sus medicamentos y forzarlas a un comportamiento sexual riesgoso. Una mujer inmigrante reportó haber vivido dos años con su pareja masculina abusiva y él le impedía asistir a las citas médicas. En consecuencia su carga viral subió y el conteo de CD4 bajó considerablemente. Tenía miedo a huir del hogar, y como muchas mujeres, dependía financieramente de su pareja. Una vez que tuvo la valentía y el apoyo para contar su situación en la comunidad de su iglesia, pudo sacar a su pareja de su casa.

Otro grupo vulnerable son las lesbianas, forzadas a emigrar de sus países natales, debido a la persecución. Pueden tener un elevado riesgo de abuso de sustancias y, más que otras mujeres inmigrantes, se exponen a alto riesgo de infección con VIH. Campañas de pre-

vinción deberían ser especialmente diseñadas para cubrir sus necesidades.

Revelaciones a larga distancia

Investigaciones han demostrado el estrés asociado a la decisión de revelar el diagnóstico del VIH. Este estrés es más grande aún para mujeres inmigrantes cuando están físicamente separadas de sus parejas, hijos y familia. El dilema entre quedarse para recibir tratamiento o volver a sus familias es un estrés permanente en sus vidas, especialmente cuando tienen hijos en su país natal. Podrían haber planeado ahorrar dinero y volver, pero las opciones se reducen drásticamente una vez diagnosticadas.

Tomar la decisión de revelar su enfermedad es muy difícil para estas mujeres. Se desarrolla una relación a larga distancia con sus familias e hijos creciendo y preguntando: “¿Cuándo volverás?” Las mujeres empiezan a protegerse a ellas y a sus hijos diciendo que están enfermas, trabajando o teniendo problemas con su estado legal. Existe un tremendo sentimiento de culpa, vergüenza y tristeza relacionado con revelar el diagnóstico. La frustración y tristeza que enfrentan al no ver a sus hijos, se suma el miedo de fallecer antes de poder volver a verlos. Esto puede contribuir a sufrir depresión y ansiedad.

Recursos Limitados

Las mujeres inmigrantes VIH-positivas tienen una responsabilidad adicional, especialmente si son indocumentadas, de cuidar no sólo de ellas mismas, sino también de sus hijos y sus familias en el extranjero. Experimentan la ansiedad surgida del miedo de caer enfermas perdiendo la capacidad para trabajar. Además, las mujeres indocumentadas tienen pocas opciones de vacaciones y de ausencias por enfermedad: “Si no trabajo, no me pagan.” Trabajar largas jornadas interfiere con la adherencia al tratamiento médico. También, las mujeres podrían sobre-compensar su diagnóstico trabajando largas horas para proveer a sus hijos. El sentimiento de poder al menos proveer a sus hijos con buena ropa, colegio y dinero extra, las lleva a trabajar largas jornadas, lo cual afecta su necesidad de descansar. El horario después del trabajo y la noche son importantes para las mujeres inmigrantes que reciben atención médica.

Los cambios en las leyes de inmigración han tenido gran impacto en los servicios para mujeres inmigrantes con VIH. Antes del 11 de septiembre 2001, los inmigrantes que vivían con VIH tenían la posibilidad de aplicar para PRUCOL (Residencia Permanente bajo el amparo de la ley), haciendo así saber a las autoridades de inmigración su presencia y posibilitando la obtención de derechos básicos. Eso aliviaba en algo el estrés de trabajar largas jornadas. Las nuevas leyes de inmigración hacen prácticamente imposible esta opción, de ese modo, recargando estas mujeres con jornadas más largas, elevados niveles de tensión, depresión, incremento de

ansiedad y poniéndolas en mayor riesgo de abuso de alcohol y otras sustancias. No deben ser perdidos de vista la importancia de integrar el tratamiento contra el abuso de sustancias y reducción de daños, tanto en tratamiento como en prevención.

Las Mujeres Inmigrantes y el Empoderamiento

Las mujeres inmigrantes también conocen su estado de VIH cuando se hacen un examen de embarazo. Las mujeres jóvenes normalmente no tienen miembros de su familia en este país, y tienen la necesidad de servicios de apoyo. Se arriesgan al VIH cuando comienzan actividades de sobrevivencia como trabajar en el comercio sexual, o cuando se involucran con hombres de mayor edad que les proveen apoyo financiero. La siguiente es una de las historias:

*“Las mujeres
inmigrantes
VIH-positivas tienen
una responsabilidad
adicional de mantener
a sus familias en
el extranjero.
El sentimiento de
poder al menos
proveer a sus hijos
con buena ropa,
colegio y dinero extra,
las lleva a trabajar
largas jornadas.”*

Fernanda es una mujer de 24 años, que fue infectada por su primer novio en El Salvador. No sabía sobre su estado hasta hacerse un examen de embarazo en uno de los hospitales de la ciudad. El diagnóstico la dejó confundida, avergonzada y sintiéndose muy sola. No sabía a quien dirigirse. Estaba temerosa de infectar al niño por quien le pagaban por cuidar. Así es que obsesivamente limpiaba la vajilla, el baño y hasta la ropa que usaba. En el tiempo de su diagnóstico el Grupo “Positive Life Program” (Programa Vida Positiva), en el Centro del Niño de Woodside, Queens, comenzó con un grupo de apoyo para latinas. Fernanda iba de vez en cuando, pero era muy tímida y sólo escuchaba. El hielo se rompió un día cuando el personal llevó “bagels” para comer y ella reaccionó: “Nosotros no comemos esto – ¿podrían traer empanadas mejor?” Entonces para Fernanda comenzó un proceso en un grupo que le dio respeto, calor y aceptación a su proceso de transformación personal.

A través del grupo ella trabajó sus sentimientos de pérdida, dolor, enojo y muchas lágrimas. Lentamente se dio cuenta de las opciones que tenía, preguntaba por medicamentos y aprovechó las clases de alfabetización. Fernanda entendió que el conocimiento le proveía más control. Aprendió a expresar su dolor – ponerle palabras a lo que sentía. Su relato cambió al de una mujer que tenía esperanza. Aprendió sobre el uso de condones, incluso el femenino y se convirtió en una educadora experimentada y activa en su comunidad. Fernanda afirma, “He aprendido que tengo una voz, una voz que ahora puede ser escuchada.”

El recuperar la voz, la dignidad y el respeto es un proceso de curación y transformación para muchas mujeres inmigrantes VIH-positivas. Los proveedores pueden ser fuentes que permiten el desarrollo de este proceso y ser parte del viaje que reestructura sus vidas, llevando a un futuro esperanzador y productivo. Cuando las mujeres inmigrantes sienten y toman control de su poder de decisión (concepto también conocido como “empoderamiento”), son capaces de vivir una vida más satisfactoria y a valorar su contribución de estar en este país, opuesto a sentirse como una carga.

(continúa en la próxima página)

Las Mujeres Inmigrantes con VIH *(continúa de la página anterior)*

Las Necesidades del Programa de mujeres inmigrantes con VIH

En el Programa Vida Positiva, el enfoque del grupo de mujeres inmigrantes es basado en la validación, el reconocimiento a través de la música, el contar historias, incluyendo el “familismo” cultural que las mujeres necesitan para sentirse apoyadas. En los centros de mujeres a lo largo del país, y en todas partes, existe una valiosa lección: la mujer tiene una voz y una historia para compartir. Se necesita apoyo en financiar comidas completas, no sólo bocados, especialmente para las mujeres inmigrantes que trabajan largas jornadas. Proveer un ambiente seguro, confidencial, con un enfoque cálido y respetuoso, es esencial para que las mujeres se sientan seguras, y se facilite el proceso de confianza.

En el Centro Vida Positiva, coordinamos retiros para mujeres que viven con VIH, lo cual es muy sanador y transformador. Se necesita financiamiento para las mujeres y sus niños para poder experimentar un día o un fin de semana de restauración, también para grupos de niños y para parejas en donde uno de los dos es VIH-positivo.

Las nuevas y estrictas leyes de inmigración en los EE.UU., junto a la falta de patrocinio para servicios médicos y de apoyo, incrementará la vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes con VIH. Necesitamos trabajar juntos para promover programas para mujeres, aumentando los fondos para la investigación de los microbicidas, y el acceso a los ensayos clínicos. En el ámbito local y global, necesitamos poner fin a la violencia de género, que dificulta a la mujer la búsqueda de tratamiento. Necesitamos considerar la falta de conocimiento de su derecho a tratamiento sin importar el estado de inmigración que se tenga.

A nivel local, los esfuerzos en prevención necesitan ser apoyados con el fin de llegar a esta población vulnerable y difícil de alcanzar. Voces Latinas es uno de los programas que tienen por propósito el reducir la transmisión del VIH entre las inmigrantes Latinas en Queens. Este incluye talleres, educación entre personas VIH-positivas, y promoción de la salud, para contactar a mujeres que de otra manera no se hubiesen acercado. El programa ha integrado exitosamente información valiosa sobre la violencia doméstica, nutrición, vivienda, capacitación en adquirir la habilidad de ser firmes, cáncer, y VIH dentro de un contexto culturalmente competente.

Así como en las culturas asiáticas y africanas no se conversa sobre sexualidad abiertamente, el hacer reuniones informales es la forma más efectiva y menos amenazante para las inmigrantes Latinas.

Recomendaciones

- Los proveedores para el VIH quienes atienden inmigrantes y mujeres inmigrantes necesitan reunir y desarrollar estrategias sobre lo que es más efectivo e identificar las fallas en los servicios.

- Se necesita aumentar los servicios legales y la colaboración con los servicios de salud mental, mejorar las oportunidades de vivienda, especialmente para mujeres inmigrantes indocumentadas con VIH.
- Se necesitan servicios de apoyo adicionales como salud mental, consejería sobre alimentos y nutrición, servicios de abuso de drogas y sustancias, clases de Inglés como segunda lengua, programas de violencia doméstica y ayudas de emergencia.

“Se necesita apoyo para financiar comidas completas, especialmente para las mujeres inmigrantes que trabajan largas jornadas. Proveer un ambiente seguro, confidencial, con un enfoque cálido y respetuoso, es esencial para que las mujeres se sientan seguras y se facilite el proceso de confianza.”

- Hacen falta enfoques e intervenciones alternativas / holísticas, tales como retiros de mujeres, terapia con arte, danza y cocina.

- Se debería abordar el tráfico humano, en particular entre las mujeres jóvenes, así como la explotación de las trabajadoras sexuales.

- Se necesitan foros educacionales para tratar los temas que afectan a los trabajadores inmigrantes y mujeres inmigrantes, incluyendo programas de enlace para la prevención en las Américas y en Nueva York.

- Deberían hacerse estudios trans-culturales del impacto de la Violencia en la Pareja íntima de mujeres inmigrantes con VIH que reciben atención en EEUU.

- Se debería reforzar la asociación entre proveedores y programas comunitarios que sirven a inmigrantes.

- Manejadores de Casos y proveedores de servicios directos deben ser entrenados con respecto a la experiencia y percepción del inmigrante sobre las agencias y servicios gubernamentales.

- Debería incrementarse la disponibilidad de cuidado ginecológico para inmigrantes indocumentadas y mujeres que no tienen seguro o que es insuficiente.

- Sería beneficioso levantar campañas de conciencia sobre los riesgos de VIH entre mujeres inmigrantes, incluyendo la colaboración de varias comunidades de inmigrantes para el desarrollo de estas campañas.

Rosa Bramble Weed, LCSW, es Directora del Programa Vida Positiva en el Centro del Niño de Woodside en Queens, Nueva York.

Las Mujeres Adultas Mayores y el VIH

- Se dice que cerca de un 18% de los casos de SIDA en la población femenina en EE.UU. son mujeres mayores de 50 años, y se espera que el número de casos aumente, por la supervivencia de las mujeres en todas las edades, debido al mejoramiento de la terapia anti-VIH y otros avances de tratamientos.
- En la última década, los casos de SIDA en mujeres mayores de 50 años se han triplicado, mientras que la tasa de transmisión heterosexual en este grupo de edad podría incrementarse llegando al 106%.
- De acuerdo a la UNAIDS, las mujeres mayores “parecen tener mayor incidencia que los hombres mayores, y durante los últimos 5 años, el número de nuevos casos en este grupo, se incrementó en un 40%. Más de la mitad de las infectadas que tenían sobre 50 años, son de origen Afro-americanas e Hispanas, indicando esto un mayor riesgo para estos grupos minoritarios.”
- En los EE.UU., las mujeres mayores Afro-Americanas están desproporcionadamente afectadas. En el 2001 ellas constituían el 11% de la población de mujeres mayores de 50 años, pero reflejaban más del 50% de los casos de SIDA y el 65% de los casos de VIH en ese grupo.
- Mientras que en general los adultos mayores con la infección del VIH o SIDA usualmente se vuelven invisibles, aislados, e ignorados, esto es más grave en las mujeres, quienes a menudo son incapaces de revelar sus estatus de VIH aún a sus familias y amigos y, por cierto, a los miembros de su comunidad.
- A pesar de los mitos y estereotipos, muchas mujeres mayores son sexualmente activas, y algunas son usuarias de drogas, por tanto sus conductas pueden ponerlas en riesgo de una infección con VIH.
- Los proveedores de servicios de salud – y las mismas mujeres mayores – no consideran que están en el mismo riesgo que otros grupos; los profesionales de salud muchas veces son reacios a discutir o preguntar asuntos de sexualidad con sus pacientes mayores.
- La mayoría de las mujeres (y todas las personas mayores) son diagnosticadas con VIH en la etapa mas tarde de la infección, y muchas veces se enferman con complicaciones relacionadas con el SIDA y mueren mas prematuramente que las personas mas jóvenes; estas muertes pueden ser atribuidas a un mal diagnóstico y también al sistema inmune que naturalmente se debilita con la edad.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Las campañas y programas educacionales del VIH/SIDA no están diseñadas considerando a los adultos mayores (hombres y mujeres); pues ¿cuán seguido aparecen personas con arrugas en los afiches preventivos?
- Los índices de la infección con VIH (no SIDA) en todos los adultos mayores, incluyendo mujeres, son especialmente difíciles de determinar debido a que los mayores no se hacen la prueba del VIH en forma rutinaria.
- Las personas mayores, especialmente las mujeres con VIH/SIDA, se enfrentan a un doble estigma; el envejecer y la infección con una enfermedad transmitida sexualmente o por inyectarse drogas. Además ellas se ven vulnerables al tema cultural de que “las personas mayores ya han vivido sus vidas – Así que ¿qué mas da que mueran de SIDA?”
- Los adultos mayores de ambos sexos tienen menos probabilidad de usar condones consistentemente durante el sexo, debido a una percepción generacional y falta de familiaridad con los métodos preventivos de VIH y ETS.
- Para las mujeres mayores existen consideraciones especiales: Después de la menopausia, el uso del condón para evitar el embarazo, se vuelve un tema sin importancia y los cambios naturales con la edad, como la disminución de la lubricación vaginal y el adelgazamiento de las paredes vaginales, pueden ponerlas en un riesgo mayor durante un encuentro sexual sin protección.
- Como muchos de los síntomas del VIH son similares a los asociados con la edad (fatiga, pérdida de peso, demencia, salpullidos en la piel, ganglios inflamados), un mal diagnóstico es frecuente en mujeres y personas adultas mayores, quienes de hecho están infectados.
- Las mujeres y hombres mayores podrían enfrentar prejuicios sociales y profesionales acerca de los limitados servicios de cuidados de salud y los recursos disponibles para la comunidad VIH positiva (por ejemplo, el por qué gastar estos recursos en los ancianos).
- Debido al proceso del envejecimiento en sí mismo, disminuyen los niveles de energía y esto crea restricciones en las rutinas sociales, que pueden causar problemas emocionales y psicológicos. Los adultos mayores infectados con VIH podrían sentir esta otra “pérdida” y tener que soportar una depresión más severa.
- Las mujeres mayores tienen menos tendencia a encontrar

(continúa en la próxima página)

Las Mujeres Adultas Mayores y el VIH *(continúa de la página anterior)*

apoyo y consuelo en la familia y los amigos, y debido a que ellas tradicionalmente no se sienten cómodas con asistir a los grupos de apoyo, tienden menos a asistir a ellos, manifestando una falta de experiencias compartidas en muchos diferentes temas.

- Debido a la falta de conocimientos en general sobre el VIH/SIDA en la población adulta mayor, – particularmente en mujeres – este segmento de la población ha sido omitido en las investigaciones, estudios clínicos y programas educativos de prevención, y en los esfuerzos de intervención.

LAS ACCIONES NECESARIAS

- Se deberían implementar programas específicos para los adultos mayores, especialmente mujeres, quienes necesitan ser informadas acerca de la prevención y transmisión del VIH.
- El alcance comunitario debería incluir entrenamiento sobre información básica de VIH/SIDA, prácticas sexuales y de uso de drogas en forma “segura” – todo esto relacionado además con el tema del envejecimiento.
- Se necesita más investigación para estudiar las conductas sexuales y de uso de drogas de los adultos mayores y determinar la progresión del VIH y de tratamientos en poblaciones mayores de 50 años.

- Los proveedores de salud en todos los niveles deberían ser educados en conductas de riesgo y VIH y los síntomas de la infección con el VIH; y necesitan aplicar minuciosas evaluaciones de riesgo sobre sexo y sobre uso de drogas con sus pacientes mayores.
- Los programas de cuidados de salud, deberían incluir el tema de los diagnósticos mal hechos, probar nuevas tecnologías, tratamientos, grupos de apoyo, manejo de casos, y la importancia de involucrarse activamente en la salud y en el bienestar de los pacientes mayores.
- Las campañas de publicidad y mercadeo social pueden elevar el entendimiento del VIH/SIDA en adultos mayores y reforzar la necesidad de programas educativos, promoviendo así el respeto y la validación como grupo.

Jane P. Fowler resumió gran parte de esta hoja de consejos, basada primordialmente en perspectivas personales y experiencias de consumidores y profesionales, mientras ella era vicepresidenta de la Asociación Nacional de personas VIH positivas mayores de 50. Ahora es directora del programa de HIV Wisdom para Mujeres Mayores, ella puede ser ubicada en: jane@hivwisdom.org. La página de internet es www.hivwisdom.org.

PUBLICACIONES DE ACRIA EN ESPAÑOL

Además de nuestra publicación *ACRIA Update*, ACRIA ofrece también folletos sobre el VIH y una gran variedad de temas. Están escritos en un lenguaje fácil de entender y están disponibles en Inglés y Español. Los temas de los folletos disponibles son los siguientes:

- Explicación de los estudios clínicos
- Control de los efectos secundarios
- Asuntos de tratamiento para las mujeres
- Como comprender sus resultados del laboratorio
- Hepatitis viral y VIH
- Ancianos y VIH
- Adultos Mayores y VIH
- Prevención del VIH y dos Adultos Mayores



Si desea ordenar folletos gratis, visite nuestra pagina web: www.acria.org/treatment, llame a Gustavo Otto al 212-924-3934 extensión 129, o use la orden de pedido en la página 22.

Un Embarazo Positivo

por Vaughn Taylor y Hanna Tessema

Muchas mujeres VIH-positivas están reacias a quedar embarazadas por miedo a transmitir el virus al feto, o de empeorar su estado de salud y no poder cuidar ni proveer apropiadamente a sus hijos. Sin embargo, al ser aconsejada y guiada, recibiendo un tratamiento médico adecuado, es perfectamente posible para una mujer VIH-positiva tener un hijo VIH-negativo.

La clave para un embarazo exitoso es el estado de salud de la futura madre. La mujer VIH-positiva embarazada (o que está considerando el embarazo) tiene razones adicionales para cuidarse. El vivir bien con el VIH no es sólo un asunto de tomar los medicamentos, también es importante llevar una alimentación adecuada, dejar de fumar, hacer ejercicios y evitar el uso de drogas (especialmente aquellas que incluyen el uso de agujas). Esto es aún más importante en el embarazo, donde además se deben agregar otros cuidados como evitar el alcohol y la cafeína, por ejemplo. El objetivo será un embarazo sano, un bebé VIH-negativo y una vida larga y sana en el rol de madre.

La futura madre necesita aprender todo sobre los riesgos que presenta el feto durante el embarazo, y el bebé después del parto. Es necesario también, conversar las distintas posibilidades con el especialista en VIH y el obstetra (y más adelante con el pediatra), para poder decidir las mejores opciones para ella. Este artículo explora algunas de estas opciones.

La Importancia del Cuidado y la Consejería Prenatal

Para los investigadores no está claro todavía el momento exacto en que los bebés son infectados con el VIH durante el embarazo. Aunque algunos fetos se infectan mientras están en el útero, la mayoría de las transmisiones ocurren durante el trabajo de parto (durante el parto), o cuando el bebé es amamantado por su madre VIH-positiva.

Idealmente, la preparación para reducir los riesgos para la madre y el bebé, debe comenzar antes de la concepción, cuando la pareja está decidiendo la posibilidad de tener un bebé, y cuándo y cómo lo tendrán. Sin tratamiento hay un 25% a 30% de posibilidades de que una mujer VIH-positiva

transmita el virus a su hijo, esta es la llamada “transmisión vertical”. El riesgo de transmisión de madre a hijo depende generalmente de la carga viral de la madre embarazada, mientras más alta sea la carga viral durante el embarazo y el parto, la posibilidad de infectar al bebé aumenta.

Durante el embarazo, el feto en desarrollo tiene su propia fuente de abastecimiento de sangre. Esto significa, que el feto generalmente no entra en contacto con la sangre de la madre. Esto ayuda a proteger al feto de infecciones, tales como el VIH, que se encuentran en la sangre de la madre. Sin embargo, el feto en desarrollo, recibe nutrientes y varias proteínas, tales como los anticuerpos del sistema inmunológico. Mientras el VIH no pasa de la madre al feto, los anticuerpos sí lo harán. Estos anticuerpos no dañan al feto, pero cuando se tome la prueba de anticuerpos para el VIH al bebé cuando éste nace, el resultado será “positivo”.

En muchos casos el bebé entra en contacto con la sangre de la madre al momento del parto. Si la sangre entra al cuerpo del bebé, el VIH se puede transmitir. Sin embargo, con un adecuado cuidado prenatal y con tratamiento antiretroviral, se reduce el riesgo de transmisión a menos del 2%.

El Lavado de Esperma

El lavado de esperma es un proceso que fue desarrollado para reducir el riesgo de transmisión de un hombre VIH-positivo a su pareja VIH-negativa, y en consecuencia hacia el feto, dándoles la posibilidad de concebir un hijo. Si en la pareja ambos son VIH-positivos, este proceso de lavado ayuda a reducir el riesgo de infección cruzada con otra cepa de VIH.

El VIH es transportado principalmente en el líquido seminal y no en los espermatozoides. El lavado de esperma consiste en separar el espermatozoide del líquido seminal, para luego fecundar a la mujer cuando esté ovulando y posibilitar un embarazo, o para fecundar el óvulo a través de una fertilización in vitro.

El Cuidado Integral en el Embarazo

Un tratamiento con un enfoque integral, es la manera más efectiva para que una mujer embarazada infectada con VIH tenga un

embarazo y un parto saludable. Mientras el obstetra y el especialista en VIH controlan de manera segura y efectiva el embarazo, la mujer embarazada también debería tener acceso a un apoyo profesional que abarque los aspectos psicológicos, sociales y económicos que se presenten. Esto podría incluir a una agencia de asistencia social con conserjería, vivienda, comida y necesidades de cuidado del niño, durante y después del embarazo.

La orientación profesional antes del embarazo también puede ser de mucha ayuda. Al trabajar estrechamente con el proveedor de cuidados médicos, la mujer VIH-positiva y su pareja pueden aprender mucho sobre los riesgos y beneficios asociados al embarazo incluyendo opciones de tratamiento y diferentes maneras de alcanzar la concepción.

La Terapia Antiretroviral

Las mujeres VIH-positivas pueden reducir drásticamente el riesgo de transmitir el VIH a sus bebés con el uso del tratamiento antiretroviral durante el embarazo y al momento del parto. Sin embargo, el decidir cuándo empezar una terapia antiretroviral durante el embarazo (si no se ha comenzado aún), y cuales medicamentos tomar, podría ser confuso.

Al trabajar en conjunto con un proveedor de salud, las mujeres VIH-positivas, pueden tomar decisiones importantes para el tratamiento perinatal, que se adecuen de mejor manera a sus necesidades, al mismo tiempo es importante seguir las últimas recomendaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés), la agencia federal responsable de establecer programas de salud en los Estados Unidos.

La versión más reciente de las pautas de recomendación titulada Recomendaciones para el uso de Drogas antiretrovirales en mujeres embarazadas infectadas con VIH-1 para la salud maternal e intervenciones para reducir la transmisión perinatal de VIH-1 en los Estados Unidos (*Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States*), fue publicada el 2 de Noviembre 2007.

(continúa en la próxima página)

Un Embarazo Positivo *(continúa de la página anterior)*

Cuando usar Tratamiento en el Embarazo

En términos generales, si una mujer VIH-positiva requiere de tratamiento para proteger su salud, (esto es, por ejemplo, cuando su conteo de células CD4 es menor a 350), no se le debe negar la terapia, no importando si está embarazada o planea estarlo.

Existen preguntas permanentes sobre la seguridad de los medicamentos antiretrovirales al ser usados en los tres primeros meses de embarazo (primer trimestre), periodo en el cual se piensa que el feto es más susceptible a la toxicidad de las drogas. De acuerdo al DHHS (por su sigla en inglés), los antiretrovirales se pueden evitar durante estos primeros tres meses, siempre que la mujer no necesite el tratamiento para mantener su estado de salud. De lo contrario, el tratamiento se debe continuar durante el embarazo.

Las mujeres embarazadas VIH-positivas que no requieren terapia antiretroviral para mantener su salud, pueden parar o dejar la terapia después de dar a luz. Esta decisión se debe tomar en conjunto con el equipo de salud.

Cuales Medicinas para el VIH se Pueden Usar Durante el Embarazo

Las directrices del DHHS (según sus siglas en inglés), mencionan un número importante de consideraciones para los medicamentos específicos del VIH, estas deben ser tomadas en cuenta tanto por las mujeres VIH-positivas embarazadas como por el equipo de salud.

Primero, los Nucleosidos Inhibidores de la Transcriptasa Reversa (NITR) Retrovir (zidovudine) han sido estudiados extensamente en mujeres VIH-positivas embarazadas, demostrando ser seguros y efectivos en reducir la transmisión del VIH de la madre hacia el feto. Por esto, casi siempre se recomienda el tratamiento con este compuesto durante el embarazo y el parto (y su administración al bebé después del parto), aún cuando la mujer VIH positiva sea resistente a esta medicina.

Los No-Nucleosidos Inhibidores de la Transcriptasa Reversa (NNITR) Efavirenz,

contenido en Sustiva y Atripla, no deben ser usados por mujeres embarazadas, y sólo las que podrían quedar embarazadas debieran usarlo con precaución. Puesto que el Efavirenz causa malformaciones congénitas si es tomado durante el primer trimestre del embarazo, se recomienda que las mujeres VIH-positivas se realicen una

“La cesárea puede reducir enormemente el riesgo de que una mujer VIH positiva infecte a su bebé con el virus. Aun así, no se sabe si la cesárea es más efectiva que tomar una combinación poderosa de antiretrovirales durante el embarazo.”

prueba de embarazo antes de comenzar con el uso de Efavirenz y además durante el tratamiento, usar métodos anticonceptivos adecuados.

El NNITR, Viramune (Nevirapina) también demostró disminuir el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo, pero sólo se recomienda a mujeres con conteo de células CD4 por debajo de 250. Hay un riesgo elevado de reacciones alérgicas y daño hepático en mujeres que inician tratamiento

con Viramune teniendo un conteo de CD4s mayor de 250 células.

El inhibidor de proteasa, Viracept (nelfinavir) también debe ser evitado durante el embarazo, hasta nuevo aviso. En septiembre del año 2007, Pfizer reportó el descubrimiento de impurezas en el proceso de fabricación, Etilmetanosulfonato o EMS, fue encontrado en los lotes de Viracept en EE.UU. Ya que, se ha probado que EMS es cancerígeno y capaz de causar malformaciones congénitas en animales, la Administración de Drogas y Alimentos de EE.UU. (FDA), recomienda evitar Viracept durante el embarazo, hasta que Pfizer encuentre la manera de extraer el EMS del medicamento.

Asimismo, es adecuado cambiar los medicamentos que causan serios efectos secundarios en las mujeres embarazadas. Por ejemplo, la FDA ha advertido que las mujeres VIH-positivas embarazadas, no debieran tomar Zerit (Stavudina) y Videx (Didanosina) al mismo tiempo. Algunas mujeres embarazadas que tomaron ambas drogas, desarrollaron acidosis láctica, que es una acumulación de ácido láctico en la sangre, que a veces llega a ser fatal. Esta puede causar fatiga, náuseas y vómitos, inflamación dolorosa del páncreas y daño hepático.

Otras Consideraciones durante el Embarazo

Es importante recordar que las complicaciones relacionadas con el embarazo en mujeres que no viven con el VIH tales como hipertensión, embarazo ectópico, diabetes gestacional, enfermedades psiquiátricas, parto prematuro y enfermedades de transmisión sexual, pueden darse también en mujeres con VIH.

Por último, hay algunos aspectos del típico cuidado prenatal que son inconvenientes para las mujeres VIH-positivas embarazadas. Por ejemplo la amniocentesis, usada para buscar malformaciones genéticas en el bebé, se realiza con una aguja que traspasa el abdomen de la madre hasta el útero. Mientras que este examen podría ser necesario para descubrir defectos genéticos en el bebé, también puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH. Por lo tanto,

antes de hacer una amniocentesis es importante discutir los beneficios y riesgos con el equipo de salud.

El Trabajo de Parto y el Parto

El trabajo de parto y el parto son los momentos con más riesgos para la transmisión del VIH durante un embarazo, ya que el bebé está más expuesto a la sangre de su madre durante el proceso de nacer. Para reducir el riesgo, los proveedores de salud deben evitar las amniotomías, que es romper intencionalmente la bolsa amniótica para inducir el trabajo de parto. El riesgo de transmisión aumenta un 2% por cada hora que pasa después de romper las membranas.

Una episiotomía, que es una incisión quirúrgica a través del perineo para agrandar la abertura vaginal y asistir el parto, puede exponer el bebé a la sangre materna e incrementar el peligro de transmisión. Además el uso de instrumentales de parto y procedimientos tales como el fórceps y el succionador, electrodos en el cuero cabelludo, exámenes de sangre en el cuero cabelludo y monitoreo fetal interno, pueden ocasionar pequeñas lesiones en la piel del bebé e incrementar el riesgo de transmisión.

La Cesárea y el Parto Vaginal

Una cesárea, es un parto mediante una incisión quirúrgica a través del abdomen y útero materno. Es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos que se hayan documentado. Se realiza una cesárea cuando no es posible un parto vaginal o no es seguro para la madre o el hijo. Debido a una variedad de factores médicos y sociales, la cesárea se ha vuelto muy común. En el 2002, el 26% de los partos en EE.UU. fueron por cesárea.

La cesárea reduce enormemente el tiempo en que el bebé permanece en contacto con los fluidos y la sangre materna durante el parto, reduciendo de esta forma el riesgo de transmisión del VIH al bebé. Aun así, no se sabe si la cesárea es más efectiva que tomar una combinación poderosa de antiretrovirales durante el embarazo. Tampoco se sabe si la mujer que toma la terapia antiretroviral durante el embarazo y es sometida a una cesárea tiene menos probabilidades de transmitir el virus a su bebé que una mujer en terapia antiretroviral que tiene el parto por vía vaginal.

Algunos expertos no están de acuerdo en realizar solamente la cesárea para reducir el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo. Ya que la cesárea es una intervención quirúrgica, hay riesgos asociados, tales como infecciones y otras complicaciones. De hecho, una mujer VIH-positiva corre mayores riesgos de infección u otras complicaciones, al realizarse una cesárea que una mujer VIH-negativa. Es importante recordar que un tratamiento combinado para el VIH, puede prevenir mejor la transmisión de VIH que una cesárea. Algunos estudios demuestran que mujeres VIH-positivas embarazadas, que tienen una carga viral indetectable al momento del parto, el riesgo de dar a luz un bebé infectado con el virus es menos del 2%, aún con parto vaginal. No se sabe si la cesárea reduce aún más este riesgo.

En sus pautas de tratamiento perinatal, el DHHS plantea que la cesárea se recomienda solamente con el propósito de reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo cuando la carga viral de la madre sobrepasa a 1.000 a las 36 semanas de embarazo. Las mujeres con una carga viral por debajo de 1.000, deben ser informadas de que el riesgo de transmisión del virus a su bebé es bajo, y no existen datos de que realizando una cesárea programada reducirá aún más el riesgo. Así también, el DHHS aconseja que si se elige realizar una cesárea, ésta se programa a las 38 semanas del embarazo.

El Tratamiento Postnatal

Los meses después del parto también son claves para mantener el riesgo de transmisión vertical a un mínimo.

Después del nacimiento, el doctor podrá recomendar realizar terapia antiretroviral al bebé por 4 a 6 semanas, generalmente Retrovir en forma líquida dos o cuatro veces por día, posiblemente en combinación con otras medicinas para el VIH. Estudios sugieren que el uso de tratamiento antiretroviral durante las primeras semanas de vida, reducen el riesgo de infección en el recién nacido. No se han encontrado efectos colaterales significativos del Retrovir, fuera de una leve anemia en algunos infantes, la cual desaparece al detener el tratamiento. Estudios de seguimiento muestran que los bebés VIH-negativos tratados, continuaron su desarrollo normalmente.

Conocer el Estado de VIH del Bebé

Una madre VIH-positiva, normalmente

quiere saber lo antes posible si su bebé esta infectado o no. Puede tomar varios meses saber definitivamente el estado de VIH del recién nacido. Además es importante tener en consideración qué significa la prueba del VIH. La prueba estándar busca anticuerpos para el VIH, no busca el virus en si mismo. Como el feto está expuesto a los anticuerpos VIH de su madre, el bebe dará positivo automáticamente a un examen de VIH después del nacimiento. Los anticuerpos pueden permanecer en el cuerpo del bebé por más de 18 meses después de haber nacido.

La mayoría de los hospitales ahora pueden realizar un examen de ácido nucleico, el cual busca directamente el virus en los bebés nacidos de mujeres VIH-positivas. Esta prueba se puede realizar a los pocos días después del parto y busca el VIH en una muestra de la sangre del bebé. Si el resultado es negativo, la prueba debe repetirse unos meses después del parto.

El Amamantar

La leche materna también contiene VIH, por lo cual el amamantar puede ser un riesgo considerable de transmisión. Así como en la transmisión vía sanguínea, hay indicios de un riesgo elevado con una mayor carga viral (cantidad de VIH en la sangre de la madre). Hasta ahora, estudios han concluido que el mayor riesgo de transmisión por la leche materna, ocurre durante los primeros 6 meses. Sin embargo, no hay un umbral que dé una absoluta seguridad sobre el amamantar.

Por lo tanto, habiendo disponibles agua limpia y fórmulas (alimento sustituto) para bebés, **se recomienda a mujeres VIH-positivas alimentar a sus bebés exclusivamente con esas fórmulas.**

En los últimos años se han realizado estudios de pasteurización de la leche materna, un procedimiento que permite a las mujeres extraer su propia leche materna y tratarla, para así hacerla segura para darla a sus niños. Estos estudios se han realizado en entornos de bajos recursos, su doctor podría tener más información al respecto.

Vaughn Taylor es Administrador y Hanna Tessema Administradora Asociada del Programa de Capacitación y Asistencia Técnica de Adultos Mayores en ACRIA.

ORDEN DE PEDIDO PARA MATERIALES EDUCATIVOS GRATUITOS

Por favor envíe un facsimile al (212) 924-3936 o por correo a:

AIDS Community Research Initiative of America (ACRIA)
230 West 38th Street, 17th Floor
New York, NY 10018



Ingrese el número de copias que desea ordenar:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Treatment Issues for Women</i> | <input type="checkbox"/> <i>Asuntos de Tratamiento para las Mujeres</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Understanding Your Lab Results</i> | <input type="checkbox"/> <i>Como comprender sus Resultados del Laboratorio</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Managing Drug Side Effects (out of stock)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Control de los Efectos Secundarios</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Clinical Trials Explained</i> | <input type="checkbox"/> <i>Explicación de los Estudios Clínicos</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Viral Hepatitis and HIV</i> | <input type="checkbox"/> <i>Hepatitis viral y VIH</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Older Adults and HIV</i> | <input type="checkbox"/> <i>Adultos Mayores y VIH</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>HIV Prevention and Older Adults</i> | <input type="checkbox"/> <i>Prevención del VIH y Adultos Mayores</i> |

ACRIA cubrirá el costo de envío de hasta 200 publicaciones por agencia.

ACRIA Update (quarterly treatment newsletter)

una copia (Indique el número de copias)

ACRIA Update: En Español (nuestra publicación trimestral)

una copia (Indique el número de copias)

Por favor escriba claramente

Nombre Título

Organización

Dirección

Ciudad Estado País

Área Postal Teléfono

Facsimile Correo Electrónico

Si desea ordenar folletos gratuitos, visite nuestra página de Internet: www.acria.org/treatment. llame a Gustavo Otto al 212-924-3934 extensión 129

Abril 2008

NOTICIAS EN ACRIA NOTICIAS EN ACRIA

ACRIA en USCA

ACRIA tuvo un rol destacado en la Conferencia Nacional del SIDA (USCA, por sus siglas en Inglés) realizada en Palm Springs, California, en Noviembre del 2007.

El Director Asociado en Investigación, Stephen Karpiak, PhD, quien fue uno de los investigadores principales del revolucionario estudio de ACRIA llamado *Estudio de Adultos Mayores que viven con VIH* (ROAH, en inglés), moderó y habló en una presentación de mesa redonda acerca de "El envejecimiento del VIH". Otros participantes en la discusión fueron el Director Ejecutivo de ACRIA, Daniel Tietz y el consultor J. Edward Shaw.

Tuvimos además nuestra primera mesa de exhibición, a cargo del Coordinador Administrativo Gustavo Otto. Los participantes a la conferencia quienes visitaron nuestra mesa, lograron conocer bastante acerca del trabajo de ACRIA y se les dio un CD con un extenso ejemplo de nuestros materiales educacionales y una copia completa del reporte del estudio ROAH

Una amplia gama de los materiales educativos del Programa de Educación de VIH fueron expuestos, incluyendo varias ediciones del *ACRIA Update* y copias de las cinco publicaciones educacionales existentes – en Inglés y Español – en conjunto con los formularios de solicitud. Especial interés causó el obtener información sobre nuestro nuevo librito publicado, *Los Adultos Mayores y el VIH*, generando una larga lista de solicitudes.

¡Bienvenido, Robert!

ACRIA se complace en dar la bienvenida a nuestra Junta Directiva, a Robert Burke, fundador y director de la firma líder en consultoría, Robert Burke Associates. Antes de fundar RBA a comienzos del 2006, Burke estuvo trabajando por 11 años en Ralph Lauren, supervisando las operaciones de esta compañía de modas, tanto en EE.UU. como en el extranjero, y en 1999 hizo un cambio para convertirse en vicepresidente director de modas y relaciones públicas en Bergdorf Goodman.

¡Felicitaciones Martha!

En la reunión de Abril, fue elegida la presi-

denta de la Junta Directiva, Martha Nelson, y se le dio la bienvenida en su nueva posición con una recepción especial realizada el 19 de Noviembre. Más de cincuenta miembros del directorio, colaboradores y amigos de ACRIA asistieron a este evento realizado en la boutique de Donna Karan, Urban Zen.

Reconocida líder en la industria de revistas, como el Grupo Editor de Time, Inc, La señora Nelson supervisa cinco portadas, incluyendo las revistas *People* e *InStyle*. Ella ha apoyado a ACRIA desde 1997 y ha sido miembro del directorio por casi el mismo tiempo. Ella es sucesora de nuestro antiguo presidente por muchos años, Ross Bleckner.

Cena de Beneficio de ACRIA

La 12va Cena Anual de Beneficio realizada el 11 de Diciembre, recaudo un increíble monto de más de \$300,000 dólares para apoyar nuestras importantísimas investigaciones y servicios de literatura y educación de salud para personas que viven con VIH y quienes están en riesgo.

Más de 200 invitados asistieron junto a ACRIA para honrar al miembro del Consejo Asesor Nacional, Bob Colacello, por su incesante apoyo a ACRIA y su profundo compromiso con la lucha en contra del VIH/SIDA. Donna Karan una vez más fue la anfitriona de esta noche tan especial, en su estudio Stephan Weiss, en conjunto con sus co-anfitriones Ross Bleckner, Reinaldo y Carolina Herrera, Charla Lawhon y Martha Nelson. La cantante y compositora, nominada a los premio Grammy, Vanesa Carlton, nos deleitó con una especial interpretación de sus canciones. Agradecimientos especiales por el éxito obtenido a nuestros auspiciadores revista *InStyle*; Paul Beirne; Urban Zen; Altria; Propiedades Andre Balazs; Grupo HL; John Ardí Lt.; y Calvin Klein, Inc.

Gracias a Nuestros Colaboradores

El Programa de Educación de VIH quiere agradecer a todas las agencias que nos ofrecieron espacio para nuestros talleres dirigidos al personal de las agencias y clientes: Denise Mauro de Salvation Army; Janice Sinkler de Jamaica Hospital Medical Centers; Patrick Dolby de Housing Works en Brooklyn

y Robin Lutz de Housing Works en Manhattan; Cesar Barreto de Hostos Community College; Carlene Numa de FACES; y Lorena Flores de Steinway Child and Family Services. A todos ellos muchas gracias.

Fundación de Artistas Apoyan las Investigaciones de ACRIA

Las investigaciones actuales de ACRIA sobre los asuntos importantes de las personas mayores de 50 que viven con VIH, ha obtenido el apoyo del patrimonio de dos artistas prominentes afectados por el SIDA. La fundación Robert Mapplethorpe y la fundación Keith Haring han contribuido con \$50,000 dólares cada una, para financiar un estudio dirigido a demostrar que la depresión puede ser identificada rápidamente y que se puede proveer un tratamiento prolongado en la población de adultos mayores de 50 en alto riesgo.

Robert Mapplethorpe fue un fotógrafo conocido por sus imágenes en blanco y negro en una variedad desde flores y retrato de personas famosas, hasta temas explícitos homoeróticos y sadomasoquistas. Fue esto último lo que lo hizo brillar por la controversia, particularmente en los frecuentes y discutidos debates sobre fondos públicos para las artes. Keith Haring es reconocido por su arte estilo subway (metro) y sus imágenes son reconocidas instantáneamente e imitadas frecuentemente.

Ambos artistas murieron afectados por enfermedades relacionadas con el SIDA, durante el que tal vez ha sido el periodo más oscuro de la epidemia, Mapplethorpe muere en 1989 y Haring en 1990. Julia Gruen, Directora Ejecutiva de la fundación Keith Haring, comenta en la carta notificando a ACRIA de la obtención de fondos: "Ellos han sido lo suficientemente afortunados en sobrevivir, ambos Keith y Robert estarían hoy entre aquellos adultos mayores en que se enfoca este estudio. La Junta directiva siente apropiado que la generosidad y la visión de estos dos artistas beneficien a quienes han podido sobrevivir."

El estudio, el cual ya está en la etapa inicial, está siendo dirigido por el Director Asociado de Investigación, Stephen Karpiak, PhD, y el Investigador Principal Mark Brennan, PhD. Está siendo conducido en colaboración con la organización Harlem United.

generosas contribuciones

Las siguientes personas, corporaciones y organizaciones ofrecieron contribuciones significativas entre Octubre 1 y Diciembre 31, 2007 en apoyo de nuestros esfuerzos investigativos y educativos:

Albert Einstein College of Medicine
Altria
Calvin Klein, Inc.
The Elton John AIDS Foundation
Gilman Family Foundation
In Style Magazine
John Hardy, Ltd.
Just Give
The MAC AIDS Fund
New York State Dept. of Health
AIDS Institute
Stavros S. Niarchos Foundation
The Shana Alexander
Charitable Foundation
The Diller-Von Furstenberg Family
Foundation
Jeff Altman
Donald Baechler
Andre Balazs
Paul Beirne

Dr. Christopher B. Barley
and Jonathan Sheffer
Cheryl Berger
James Best
Zach Buchwald
Robert Burke
Russell Calabrese
Jose M. Castro
Olivia Chantecaille
Donald Christiansen
Adriana Cisneros
Bob and Suzanne Cochran
Bob Colacello
Dr. Yael Danieli
Ernie De La Torre
Scott Drevnig
Tiffany Dubin
Patricia Duff
Abraham Dweck
Luis Valverde Espejo

Kenny Felberbaum
Vincent and Shelly Fremont
Jill Friedson
Sandy Gallin
Jon Gilman and Brad Learmonth
Dr. Kay E. Goldberg
Santiago Barberi Gonzalez
Dave Greenblatt
John Gregory
Scott Grover
Agnes Gund and Daniel Shapiro
Geoffrey Handler
Gillian Hearst-Shaw
John B. Hess
Caroline Hirsch
Stephen Holden-Style
Andreas Hommert
Thomas Hudson
Marianne Hyde
Michelle Isaacson
Jay Johnson and Tom Cashin
Chris Kann
David Kleinberg
George Kolasa
Tim Lammers
Adam F. Lippes
Joseph Little
Julie Macklowe
Angela Mariani

Eric Menkes
Nicole Miller
Mark Montgomery and Stephen Kinsella
Susan Morris
Wayne Nathan
Martha Nelson
Stuart Parr
Greg Paulneck
Tatiana Platt
Kammi Reiss
Timothy Rhodes
David Salle
Barry and Sheryl Schwartz
Steven Sclaroff
Nathan Serphos
Sam Shahid
Dr. and Mrs. John Sherman
Jill Simon
Wendy Smith
David Stark
Peter R. Stern
Todd Strum
Richard S. Swenson
Mr. and Mrs. Elie Tahari
Maggie Talisman
Dr. Pritinder K. Thind
Antony Todd
Timothy Whealan
Terry Wilfang

AIDS COMMUNITY RESEARCH INITIATIVE OF AMERICA



230 West 38th Street, 17th Floor
New York, N.Y. 10018
T 212 924-3934 F 212 924-3936
www.acria.org

Change Service Requested

NON-PROFIT ORG.
U.S. POSTAGE PAID
Red Bank, NJ
Permit No. 556

El ACRIA Update es auspiciado en parte por fondos educativos no restringidos dados por:



**The Honorable
Christine C. Quinn
Speaker, NYC Council**