

LO + POSITIVO

Núm. 19 • Otoño 2001

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

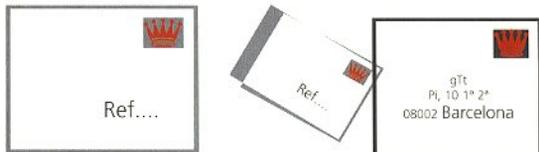
En las
mejores
familias

CONTACTO

De nuevo en ConTacto, esta vez un tanto apretad@. Para responder un contacto:

1º Introduces tu carta dentro de un sobre, le pegas un sello con suficiente franqueo y escribes a lápiz en el sobre el nº de Referencia del contacto que deseas responder.

2º Metes el sobre dentro de otro y nos lo mandas a gTt c./ del Pí, 10 1º 2ª 08002 Barcelona Nosotr@s se lo haremos llegar al/a interesad@.



Para poner un contacto:

1º Escribe un texto no superior a 30 palabras junto con tus datos postales, para que podamos enviarte las respuestas.

2º Nos lo mandas a:
gTt c/ del Pí, 10 1º 2ª
08002 Barcelona

Ref: 30 Chico de 37 años, gay, VIH+. Dinámico, sociable y cariñoso. Me gusta viajar, el deporte y compartiría mis sentimientos con hombre sero+, más o menos de mi edad. No importa lugar de residencia. Cataluña.

Ref: 031 Chico de 39 años sero+, sin síntomas, busco mujer hogareña, cariñosa, buena, para amistad o posible relación. Me gustan las poesías de amor y la vida. Soy de Madrid, pero no me importa desplazarme.

Ref: 032 Chico de 36 años sero+ en perfecto estado de salud. Alto, de complejión atlética. Me encuentro muy solo, precisamente por ser sero+. Me gustaría escribirme con chicos de mi edad, alegres y simpáticos. De Barcelona a ser posible. Pedro.

Ref: 033 Chica VIH+ busca chico idem de entre 30 y 40 años no más alto de 1,65 cm. Que le guste mantenerse en forma y de la provincia de Orense a ser posible para una relación de amistad o amor si surge.

Ref: 034 Somos dos amigas VIH+ de Madrid que deseamos conocer a chicos heterosexuales de mediana edad, para compartir aficiones: viajes, música, lectura.

Ref: 035 Hola soy Aries de Granada, tengo 34 años y me gustaría conocer a chicos como yo con VIH+ de 30 a 35 años de Granada y Andalucía a ser posible.

Ref: 036 Saludos, me llamo Fifi Sam, soy un joven africano de 23 años, soy seronegativo. Me resta poco menos de un año para salir de la Prisión de Burgos. Me gustaría poder cartearme con personas de este país, con el fin de tener amigos en el otro lado del muro, cuando salga.

Ref: 037 Chico de 35 años, homosexual, masculino, buen aspecto, sencillo y muy normal en todo, VIH+, me gustaría conocer a otras personas VIH, da igual chico/a, edad u orientación sexual. Que sea buena gente, sin malos rollos, para compartir cosas: experiencias, ilusiones, problemas y pasarlo bien. Os espero. Barcelona.

Ref: 038 Soy Juan, VIH+, tengo 35 años. Me gustaría conocer chica de Cartagena o alrededores, para pasear, hablar, ir al cine y el día de San Valentín regalarle una flor. Para formar pareja estable.

Ref: 039 Me llamo José, tengo 41 años, vivo en Alicante, llevo 18 años de VIH, sin síntomas. Soy gay, busco un amigo y compañero que como yo esté solo. Quisiera compartir la vida, sentimientos y un futuro lleno de amor y esperanzas de seguir viviendo. Soy activo/pasivo.

Ref: 040 Si yo existo, tú también. Cansado de nadar solo contracorriente, busco similar de 25 a 35 años, jovial, inteligente y sincero, completo en la cama, amante de la naturaleza, mejor alto y con vello. Positivo o no, es igual. Mejor en Gran Canarias, también en Tenerife. Amistad o lo que surja.

Ref: 041 Tengo 24 años, me gustaría cartearme con gente sero+, o no, me da igual. Me gusta toda clase de música, escribir y el mar.

Ref: 042 Chico de 33 años sero+, preso en Zuera, Zaragoza. Deseo escribirme con chica seropositiva de Bilbao a poder ser, pues yo soy de Bilbao. Gracias.

Ref: 043 Soy un chico VIH+, expoliticómano, tengo 34 años y busco chica sencilla de no más de 36 años, que no fume ni beba, que le guste la naturaleza, vivir en la montaña, que no frecuente bares ni discotecas. Que le guste vivir una vida tranquila y ordenada. Escíbeme.

Ref: 044 Canario de Tenerife, deseo contactar con gay VIH. Yo tengo 36 años, sin síntomas. Para amistad o posible relación sentimental. Gustos: cine, deporte, senderismo, vida sana y ganas de vivir.

Ref: 045 Me llamo Jorge Gómez, 34 años, soy de Montevideo, Uruguay, gay, sero+ desde hace 5 años. Deseo intercambiar ideas, información y experiencias con personas afines.

Ref: 046 Hola me llamo Emilio, tengo 38 años y soy VIH+, asintomático y estoy en el Centro Penitenciario de Burgos. Soy heterosexual y quisiera cartearme con personas, no importa la orientación sexual, para compartir pensamientos y sentimientos. Me gusta mucho leer y la música.

Ref: 047 Toni 38 años, VIH+. Me gustaría relacionarme con chicas de situación parecida para posible amistad o relación. Soy una persona extrovertida y con ganas de vivir. Me gusta salir pero me siento un poco solo.

Ref: 048 Soy un chico de 35 años con VIH+ y me gustaría cartearme con personas que les guste la sinceridad y poder llevar una vida sencilla y natural. Preferiblemente chicas.

Ref: 049 Hola me llamo Miguel Angel, tengo 33 años y soy VIH+ desde hace 4 años. Me gustaría cartearme con chicas VIH+ o VIH- para amistad o posible relación. Soy bastante tímido pero cariñoso.

Ref: 050 Hola me llamo Montse y soy VIH+ desde el 89. Tengo 35 años y me gustaría cartearme con gente que sea humana y positiva. Sólo deciros que sé que no soy la única que se siente sola y como dijo un amigo "Ayudar es dar tiempo".

OPINIÓN

- 4 Aseguradoras y hospitales**
- 5 Mis vecin@s**
- 6 Las cosas por su nombre**
- 7 Qué hay de nuevo**
- 8 El arte de vivir**
- 9 ¿Y por qué no?**
- 11 Inmers@ en mi adolescencia**
- 12 Con él llegó el escándalo**
- 13 Vihñetas**
- 14 La calidad**
- 15 Acércate a Barna**



EN PERSONA

- 16 En las mejores familias**

24 50x15



¿QUIERES SER VIHSIONARI@?



CUIDARSE

- 28 Cocina para tus venas**
- 31 Si bebes...**
- 32 ¡Buenos días!**
- 33 Oxígeno**
- 33 Y mi médic@, ¿se adhiere?**

CIENCIA

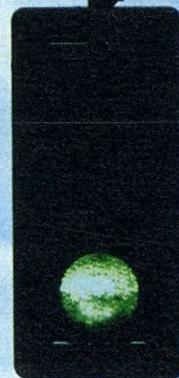
- 36 En busca de vacunas**
- 38 Seguir el algoritmo**
- 39 De transmisión: sexual**
- 41 Caras y no tan caras**
- 42 Conflictos de sangre**
- 44 Noticias, al día**
- 46 Esa pequeña diferencia II**
- 47 ¡Agua va!**
- 48 Glosario**



¿Cómo se mide la Confianza en la terapia antirretroviral?

Puede medirse a través de los profesionales que confían en ella o a través de los miles de pacientes que se benefician de su tratamiento. Sin embargo, la respuesta de Boehringer Ingelheim para todos ellos va más allá, es el resultado de nuestro compromiso con el desarrollo de productos innovadores y de la máxima confianza, aportando toda nuestra experiencia y capacidad de investigación.

Porque entendemos que la confianza es también una medida de seguridad y comodidad en la terapia antirretroviral.



EDITORIAL

El equipo de LO+POSITIVO somos:

Georgina Fabrés
Jaume Fabrés
Xavier Franquet
Juanse Hernández
William Mejías
Ángela Sanz
Maite Suárez
Joan Tallada
M.ª José Vázquez

En este número han colaborado:

Eva Bellapart
Paul Cummings
José Luis López
Jordi Palasí
Silvia Pascucci
Antonio Pérez
Mª Eugenia Sebastián

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

LO+POSITIVO es una revista GRATUITA: ¡nunca pagues por leerla! Quien desee contribuir a su mantenimiento, y de verdad lo necesitamos, puede hacerlo a nombre de:

GTT Caixa de Catalunya. Cta. cte:
2013 0500 18 0213044637

Redacción:

Carrer del Pi, 10, 1º 2.ª
08002 Barcelona España
Tf: +34 933 020 411
Fax: +34 933 173 832
E-mail: contact@gtt-vih.org
Web: www.gtt-vih.org

Preimpresión:

Jesse & James Design, S.L.

Impresión:

CLM, S.L.
Depósito Legal: B-40431-97

Con el patrocinio de:

Boehringer Ingelheim
Bristol-Myers Squibb
Chiron Iberia
Gilead Sciences
GlaxoSmithKline
Merck Sharp & Dohme
Productos Roche

Con la colaboración de:

• **Ajuntament de Barcelona**

Àrea de Serveis Personals

• **Diputació de Barcelona**

Salut: Pública i Acció Social

• **Generalitat de Catalunya**

Departament de Sanitat i Seguretat Social
Programa de Drogodependències i SIDA

• **Ministerio de Sanidad y Consumo**

Plan Nacional sobre el SIDA

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

La información científica tiene una validez de tres meses.

SOMOS DIFERENTES, SOMOS IGUALES

La discusión sobre la legitimidad ligada al hecho de ser una persona portadora del virus no ha tenido mucho eco en nuestro país, pero no son pocas las que entienden que vivir con el VIH es una experiencia, aunque compartible, no transferible en sus propios términos. No en vano, los grupos de ayuda mutua y otros de carácter exclusivo para personas VIH+ se basan en la premisa de que para al menos una parte de éstas hay ciertos sentimientos que sólo sus pares pueden entender y que a sólo ellas quieren exponer. Eso no es tan infrecuente: ya pasa con grupos de mujeres.

Aunque no han proliferado en exceso, en el pasado se han ido creando foros reales o virtuales sólo para seropositivos. Con el tiempo, algunos de ellos tuvieron que discutir su conversión a un grupo mixto o la creación de un foro paralelo donde dar cabida a las parejas seronegativas.

La serodiscordancia, un término de laboratorio que señala a individuos unidos por algún tipo de relación con estados serológicos diferentes (positivo o negativo), ha pasado a formar parte de nuestro pequeño argot particular. Serodiscordante se llama a la pareja de estado mixto, aunque también se empieza a utilizar para hablar simplemente de personas seronegativas.

El lenguaje, en ésta como en otras tantas ocasiones, clasifica y une a la vez. Al implicarse en relaciones más o menos íntimas, serodiscordantes de uno y otro signo marcan una distinción pero se identifican como pertenecientes a un ámbito compartido; incluso la sociedad les reserva un estigma casi idéntico.

Igual que hay una parte del trabajo de capacitación con mujeres que ha dado lugar al trabajo con mujeres y hombres desde una perspectiva de género, sería bueno que la riqueza de la labor de los grupos de personas con VIH impregnara a todos. El abordaje de la culpa –de serlo o no serlo–, el miedo, la ansiedad, el dolor, o de la autoestima, han sido necesidades más que opciones para estas activistas de lo cotidiano, ha sido y es un aprendizaje útil para cualquiera.

Porque con y sin VIH, somos diferentes y somos iguales+

NECESITAMOS VACUNAS

El tema de las vacunas vende. Con cierta periodicidad y bastante precipitación, algún medio de amplio alcance, escrito o audiovisual, publica noticias sobre vacunas para el VIH. Sean datos muy preliminares en laboratorio, sean respuestas en modelos animales o el enésimo inicio de ensayos en humanos de una nueva molécula, las vacunas se hacen presentes en la prensa con la misma rapidez que desaparecen sin dejar rastro, creando más angustia y dudas que otra cosa. Al cabo de poco vuelta a empezar.

A pesar de estas incoherentes políticas informativas, la verdad es que cuando el río suena, agua lleva. El desarrollo de vacunas no tiene ni la envergadura ni la rapidez que desearíamos, pero ha experimentado un fuerte paso adelante en los dos últimos años. Compañías como GlaxoSmithKline, Merck o Chiron tienen programas nada desdeñables, al igual que otras menos conocidas en el ámbito del VIH, como Aventis-Pasteur. Gobiernos como los de EE UU, Francia y los Países Bajos inyectan sumas importantes de dinero público para la investigación.

Uno de los países más interesantes en este sentido es Brasil. Allí los esfuerzos conjuntos de la comunidad y del gobierno brasileño, aunque no exentos de tensiones, han propiciado que las vacunas para el VIH, tanto las preventivas como las terapéuticas, se encuentren en los primeros puestos de la agenda temática. Se habla de, se investiga y se ensayan vacunas, con todo lo que ello comporta en cuanto a cuestiones éticas, políticas públicas e intereses económicos.

Sólo si la comunidad del VIH española asume este tema como una prioridad conseguiremos despabilar la pasividad del gobierno español y que nuestro país se enganche al empuje internacional por una vacuna para todos+



4



Querido gobierno

A sí me gusta dirigirme a usted, aunque nuestra amistad, creada en esos momentos de campaña electoral, se ha visto truncada, por lo que hoy mi dignidad y mi conducta cívica no me permiten el tuteo que desearía usar.

Me gustaría saber que entendéis por la palabra "amparo" de todo lo que concierne a los denominados "derechos" de tod@ seropositiv@ español/a. Bien dijo alguien una vez: "el que hizo la ley, hizo la trampa".

Hace tres años me vi en la necesidad de acudir a la llamada Caja de Ahorros de Canarias (tu caja amiga, tu tierra tu caja, etc.); en aquella época era autónomo y empresario. En toda empresa se tienen momentos bajos, ello me llevó a solicitar un préstamo. Como tal interviene la denominada póliza de seguro, la cual se ofrece desde la Entidad Bancaria por si cabe la posibilidad de que ocurra algo. Como todo ciudadano la firmé, bajo el "amparo" de que me cubriese ante muerte o invalidez permanente, tanto a mi persona como al/l@s avalador/es; los cuales para mi suerte y a su vez su desgracia han sido los seres más maravillosos que ha puesto Dios en la tierra, mis padres. Pasado el tiempo no pude seguir haciendo frente a los pagos mensuales debido a una continuidad de ingresos hospitalarios por las denominadas "oportunistas". Al no poder reemprender una vida laboral normal y bajo el consejo de mi médico opté por la jubilación anticipada. Cuál sería mi sorpresa que la

denominada Entidad Bancaria, había emprendido acciones legales, no contra mi persona como titular del préstamo, sino contra los avaladores, además de ponerme a mí y a ellos en la denominada base de datos de moros@s. En este mes del corriente ha salido la sentencia de embargo de bienes sobre los avalistas, sin forma de renegociación. Y yo me pregunto: ¿qué pasa con las pólizas? ¿es que son el timo de sacar más dinero? Pues señores/as resulta ser que la susodicha Entidad "no puede ir en contra de sus propios intereses", o sea la aseguradora de la póliza, por lo que yo me pregunto: ¿para qué coño la venden?

Cada día veo y leo cosas sobre la lucha que estamos llevando desde las ONG por defender los llamados derechos que tenemos l@s seropositiv@s. Es por eso que desde aquí hago un llamamiento en el ámbito de todo el territorio nacional para que nos pongamos también a trabajar sobre las sentencias judiciales que se aplican a l@s afectad@s por VIH/SIDA sobre préstamos, hipotecas personales o de cualquier índole, como se ha estado haciendo con las PNC, sin VIH, etc.

Sólo me queda añadir que al igual que en el lema de prevención, que en su día salió (el SIDA puede llamar a tu puerta), hoy por hoy yo me atrevería a decir el siguiente:

Cuidado, la aseguradora te puede sacar lo que tienes... +

J. ROBERTO

Lo barato sale caro

En el Hospital Clínico de Barcelona se está practicando, al menos así ocurre en mi caso, una política de ahorro que a costa de l@s pacientes con VIH consiste en hacer menos análisis de los necesarios alargando el tiempo entre uno y otro.

Así, si en teoría, se recomienda que l@s pacientes VIH+ se hagan controles cada 3 meses (sobre todo si no se está bajo tratamiento), en el Clínico los análisis te los hacen cada 5 ó 6 meses. Lo más indignante, sin embargo, es que, además de jugar con mi salud, esa política de ahorro no sirva para nada a ninguna de las dos partes involucradas.

Mis últimos análisis me los hicieron en febrero de este año y los siguientes fueron, nada más y nada menos, que seis meses después, es decir, en julio. Estos últimos eran importantes porque, además de los controles habituales, debían determinar cómo mi cuerpo respondía al VIH sin estar bajo tratamiento antirretroviral. En mayo, por otra parte, me hicieron otros análisis para ver si funcionaban las vacunas contra la hepatitis que me habían puesto.

Me citaron a principios de agosto para darme todos los resultados. Por fin iba a saber después de 6 meses cómo estaba mi carga viral y mis CD4, cómo respondía mi cuerpo ante el VIH y si funcionaba la vacuna de la hepatitis. Me preparo mentalmente. Imagino qué puede suceder en función del resultado, pienso que quizá haya llegado el momento de tomar medicación, o

quizá no. Acudo a la cita con todas estas preguntas y planteamientos en mi cabeza y con algunos nervios en el cuerpo (¡ah!, y después de haber pedido permiso en el trabajo). Llego al hospital y mi primera sorpresa es que me han cambiado de médico (aunque eso no debería sorprenderme pues me ocurre cada vez que voy). Pero ahí no acaba todo. Mi médico me da el resultado de mis CD4 y punto. Le pregunto que qué pasa con mi carga viral y con los demás análisis que me habían hecho, a lo que ella me responde, tranquilamente, que no le aparece nada en el ordenador, que seguramente habrá sido un fallo informático. Otra explicación que apunta es que los resultados no hayan llegado todavía. La conclusión del médico, en cualquier caso, es que debo repetirme los análisis.

¿Para eso tanto ahorro? ¿Para eso sirve alargar el intervalo entre análisis? ¿Para eso, en definitiva, jugar con mi salud? Pueden imaginar cómo quedaron las expectativas que tenía en esa visita. Se convirtieron en frustración y, luego, en resignación para volver a empezar de nuevo: más análisis y otra visita que, quizá, pueda quedar en nada como la anterior. No sólo juegan con mi salud, sino además con mis sentimientos y con mi tiempo. ¿A qué se debe tanta ineficacia? ¿Qué criterio permite que te hagan análisis cada seis meses? ¿Cómo es posible que luego ni siquiera tengan el resultado? ¿Así ahorran dinero? ¿No será que al final lo barato sale caro? +

CORNELIA S.



Lo saben tod@s mis vecin@s

me dirijo a vosotr@s como consecuencia de la historia indignante y un tanto absurda que me ha sucedido en el CEMFO de L'Hospitalet (centro municipal de formación y ocupación). El 31 de julio de este año solicité un puesto de peón en el marco de los planes de empleo que lleva a cabo el Ayuntamiento de mi localidad. Solucionar el problema del paro ha sido un objetivo prioritario de la política municipal de L'Hospitalet, hasta el punto de que el pasado veinte de abril se firmó el Pacto Local para la Ocupación entre el Ayuntamiento, sindicatos y patronal. Dos de los cuatro ejes sobre los que trabaja el pacto social son "mejorar la capacidad de inserción de las personas con más dificultades para encontrar trabajo" y "reforzar las políticas de equiparación e igualdad". Sin embargo, esto, que sobre el papel queda tan bonito y bien expresado, ha sido quebrantado injustamente, en la historia tan surrealista en la que me veo inmerso.

Tras la solicitud, el 17 de setiembre recibo una llamada en la que se me informa de que he sido seleccionado y que mi nombre consta en las listas de empleo como peón de paleta para mercaderías. ¡Qué alegría la mía! Después de cinco años en paro iba a poder incorporarme al mundo laboral. Pensé, iluso, que las políticas sociolaborales, estaban empezando a funcionar, por lo menos en mi persona, ya que mi situación incidía de lleno en los objetivos del Pacto Local.

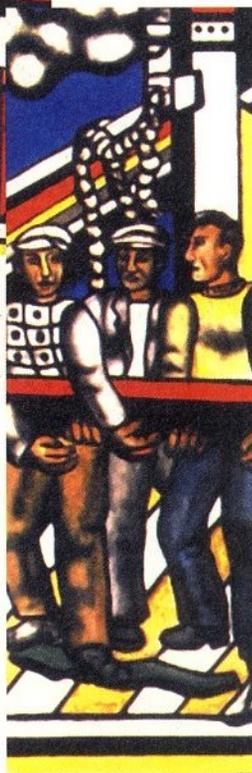
Para verificar que la llamada estaba en lo cierto, comprobé *in situ* las listas confeccionadas por el CEMFO, donde me entregaron a mí y al resto de seleccionad@s una papel con la fecha y la hora en la que firmaríamos el contrato. Confiado y feliz, el día 26 de setiembre fui a firmar el contrato, pero qué jarro de agua fría cuando me dicen que a mí no me van a contratar; y resalto a mí porque de tod@s l@s seleccionad@s yo era la única persona a la que se le negaba firmar el contrato. Debía tratarse de un error, porque si ya estaba seleccionado y el procedimiento hasta ahora había sido regular no había ningún motivo que justificara una decisión de última hora. Les pregunté qué

había sucedido y por qué no me querían contratar, pero no me quisieron dar ninguna explicación. Ante esta negativa, comencé a sospechar que, efectivamente, estaba sucediendo algo extraño, de lo que yo en ningún caso era responsable, pero en lo que me veía implicado y afectado directamente.

Me mandaron a la tercera planta donde pude hablar con la Jefa de Personal del CEMFO, de la que os diría su nombre y apellidos pero los desconozco ya que al preguntarle cómo se llamaba no quiso identificarse. Después de explicarle mi caso, me dice que ella no podía hacer nada pero que para una próxima vez haría lo que estuviese en sus manos. ¿¿Qué no podía hacer nada!?! Me sentí ninguneado, yo sólo pedía la explicación que me merecía ante un comportamiento injusto e impropio de una administración pública, como vecino, contribuyente y sobre todo como persona. Insistí de nuevo en vano y la Jefa de Personal me invitó a salir de su despacho.

Considerando la posibilidad de que se estaba infringiendo la ley, le pedí que me dieran por escrito un documento firmado por el CEMFO que testimoniara que había sido seleccionado y que había acudido a la firma del contrato el día estipulado o a lo sumo una fotocopia de las listas, pero de nuevo se negaba, alegando que se trataba de un error y que ella no podía hacer tal cosa. Finalmente y después de esperar una hora y ver como el resto de compañer@s firmaban uno tras otro su contrato, se me facilitó un documento firmado por el letrado y jefe de Servicios de Recursos Económicos Administrativos de Promoción Económica del Ayuntamiento de Hospitalet en el que certifica que yo había sido seleccionado por la Comisión para participar en los proyectos de obras y servicios de interés general y social. Inmediatamente, con toda la documentación en la mano impugné el proceso de selección del CEMFO y además, los días siguientes continué yendo hasta que al final pasados unos días, no sé si por mi insistencia o por un reflexión justa de lo ocurrido, me hicieron el contrato pero sin darme una explicación de lo sucedido.

Ante tal hermetismo y silencio por parte del Ayuntamiento de Hospitalet, supongo que se preguntaran qué pudo suceder en el CEMFO para que inicialmente no me contrataran y por qué se negaron a darme una explicación. Tras mucho meditar sobre el asunto, creo que la única causa que explicaría lo sucedido debe estar relacionada con el hecho de que soy seropositivo. Si bien es cierto que el CEMFO no estaba informado, en principio, de mi estado sérico, (por lo menos yo no lo había dicho, ni



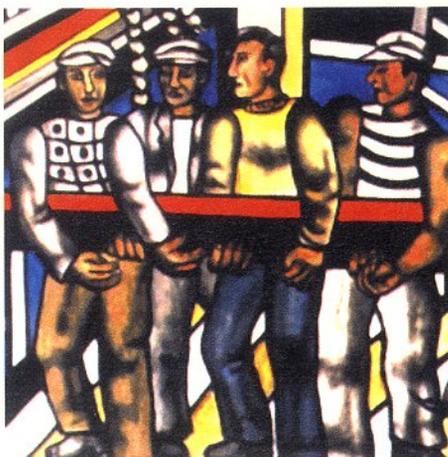
ellos tenían por qué preguntarme), podían saberlo por otras vías. Desde hace un tiempo sospecho que personas de mi entorno vecinal que hasta ahora tenían un trato cordial conmigo me vienen haciendo el vacío sin una causa aparente. Siempre he mantenido oculto que soy seropositivo y tan sólo lo he dicho a aquellos que he considerado oportuno o bien porque son mis familiares o porque son los especialistas médicos. No obstante, tengo una vecina que trabaja en el CAP donde me visito habitualmente y presumo que ella, no sé de qué manera, pues en principio por el trabajo que desempeña no debería tener acceso a información confidencial, se haya podido enterar y correr la voz por el vecindario.

Tengo el convencimiento de que eso es así y podría demos-

trarlo. En cualquier caso, creo que se está vulnerando el derecho de intimidad y privacidad de las personas, al hacer público sin el consentimiento del interesado una información que atañe únicamente a la relación médico-paciente. Y esto puede llegar a ser tan nocivo que un simple rumor malintencionado perjudique y ponga en peligro (como me podría haber pasado a mí) el trabajo de una persona.

Espero que lo que me ha sucedido no le ocurra a nadie y que las administraciones de cualquier tipo cumplan, porque así debe ser, lo establecido por las leyes que regulan los derechos de los trabajadores y no dejarse llevar por los chismes y prejuicios de un grupo de vecinos

A.O.C.



Las cosas por su nombre

me llamo Guillermo. Creo que es bueno llamar las cosas por su nombre debido, entre otras cosas, por la irresponsabilidad que crece y hace poner una barrera de ignorancia en muchos compañeros presos cuando les llega la prisa por "ponerse". Para ello me remontaría quince años atrás, a una realidad que aún hoy se sigue permitiendo y no previniendo, que con una misma jeringuilla los reclusos "se pongan" durante días, semanas, meses y quién sabe cuánto tiempo. Son presos que buscan o precisan su dosis. A veces incluso guardando turno en grupos de cinco o diez que, a toda prisa, no quieren ni darle un mal enjuague de lejía a la jeringuilla y apenas se limpian con agua por si viene el de turno y les impide calmar su necesidad. Así de simple: viendo el de atrás aún la sangre del de delante, da tres bombeos y el siguiente. Cada día nuestras cárceles contemplan esta lamentable y a la vez permisiva situación que, aun conocida, no parece que interese prevenirla o atajarla.

Quince años atrás, en un patio de una cárcel. Día de cobro. Todos a excepción de tres estaban destinados en cocina general. "Se ponían" y ese día no era menos. Poníamos mil pesetas y así conseguíamos el gramillo taleguero que aquel día se pudo conseguir por 16.000 ptas. Yo era ese 16, que además, al no ser de la cocina, me tocaba el último. No obstante, era un triunfo. Jamás me volví a pinchar en una prisión, fue la primera y única vez, aquel año 86. Creo que la mayoría de aquellos compañeros ya están muertos. Sucedió en la prisión de San Antón, donde muchas veces las palomas eran las que en sus patas traían la heroína; era rápido y eficaz, además de barato, pero eso sería otra historia.

Entonces mi irresponsabilidad no me permitía valorar o me hacía ignorar lo que era "ponerse"; aunque sólo fue una vez, jamás podré olvidar en cuántas formas y maneras se puede

interpretar aquella cola, de uno tras otro presionando al de delante, que se daba uno o dos bombeos más, y a la vez la propia presión interior del "¡Vamos ya!". Era como una eternidad que podía además no llegar ya que todo el gramo estaba en el mismo cazo y cada uno enjuagaba lo más rápido y cogía su raya correspondiente, pero podía presentarse el guardia y todo volar. Verdaderamente, era o es desesperante y difícil de describir, quizá esa experiencia pudo influirme para no haberme pinchado más. El caso es que han pasado 16 años y sólo fue aquella vez. Desde entonces hace algo más de 10 años que veo por nuestras cárceles la misma o parecida realidad. Ahora hace 16 años que soy VIH+ y estoy en estado C3, pero yo no soy lo importante de esta lección. Lo importante es que en los patios de nuestras prisiones siguen habiendo estas colas que pasan una misma jeringuilla por muchas venas y que por esas prisas, irresponsabilidades o necesidades que te cierran los ojos ignorando el momento, esos jóvenes compañeros cogen su primer contagio del VIH con 18-20 años. Esto es lamentable, pero llamar las cosas por su nombre en una realidad carcelaria no está de más, sobre todo cuando se están produciendo permisible e impasiblemente. Aumentarán a años vista estas situaciones de infección del VIH. Puede que alguien piense que lo tienen encerrado entre muros, pero la realidad es que luego va allí donde el riesgo prevalece y toda nuestra sociedad lo padece directa o indirectamente.

Pido que nos sensibilicemos, permitamos más medios, ya sean públicos, privados, sociales, humanos o gubernamentales, buscando un deseo sin duda mutuo de mayor prevención para lograr una pronta erradicación.

Una realidad y buenos deseos a vosotros y nosotros+

Centro Penitenciario de Can Brians, 5-9-2001

GUILLERMO



prisonnier



libre

Qué hay de nuevo

en el mes de julio se celebró en Buenos Aires, Argentina, la 1^a Conferencia de la IAS (Sociedad Internacional del SIDA) sobre Patogénesis y Tratamientos del VIH, en la que se presentaron algunos datos relativos a la infección en mujeres. Aunque no se han presentado novedades importantes, sí resulta interesante ir comprobando cómo se van consolidando algunos datos que hace algún tiempo sólo eran hipótesis que necesitaban la realización de estudios científicos que las confirmaran.

Desarrollo de hipertensión en mujeres VIH

Uno de los estudios presentados en Buenos Aires tenía que ver con la aparición de hipertensión en mujeres VIH+ que han tomado TARGA. Se trata de un estudio amplio (2.057 mujeres VIH+ y 569 VIH- mujeres en riesgo) realizado por Khalsa y colaboradores, con integrantes del WIHS (siglas en inglés de Estudio Interagencias para la salud de las mujeres) que pone de manifiesto la existencia de un 41,3% de prevalencia de hipertensión en mujeres en tratamiento ARV de gran eficacia (TARGA).

Estos datos indican una alta probabilidad de aparición de enfermedad coronaria con el tiempo, sobre todo si se tiene en cuenta el aumento de edad que van alcanzando las mujeres VIH+, el hábito de fumar y la posible elevación sostenida de colesterol y triglicéridos como consecuencia del tratamiento.

Los investigadores encargados del estudio consideran necesario realizar estudios adicionales para determinar si la hipertensión puede estar relacionada con la aparición de lipodistrofia.

Diferencias de género en las alteraciones metabólicas

Otro estudio a tener en cuenta es el realizado por el equipo italiano del Dr. Galli sobre la relación existente entre el género y las alteraciones morfológicas que forman parte del síndrome de lipodistrofia.

Las principales diferencias en cuanto a género quedaron claras en:

-  la pérdida de grasa afecta más a los hombres que a las mujeres (12,2% frente a 9,3%);
-  la acumulación de grasa afecta más a las mujeres (10,1%) que a los hombres (7,7%);
-  cuando se midieron ambos factores a la vez, la incidencia era significativamente superior en mujeres (22,4%) que en hombres (9,7%).

Estos datos ya se venían observando en los últimos meses y, a pesar de que se van confirmando paulatinamente con sucesivos estudios, sigue sin establecerse el mecanismo que justifica estas diferencias, sobre todo porque continúan sin identificarse los factores que dan origen al síndrome.

El Dr. David Cooper expuso datos preliminares de un estudio multinacional prospectivo en el que parece que el uso y la duración del tratamiento con IP o ITINN podían estar afectando la aparición del síndrome de lipodistrofia, aunque no apreciaron ninguna influencia del recuento de CD4.

Según el Dr. Cooper, las diferencias en cuanto a género podrían deberse a que los hombres tienen menos grasa corporal, con lo cual la pérdida de grasa era más evidente, mientras que en las mujeres sería más evidente la acumulación, aunque esta explicación no parece ofrecer una aclaración en profundidad y sería necesario continuar realizando estudios para comprobar el papel que pueden estar desempeñando las hormonas u otros factores biológicos.

Acceso al tratamiento

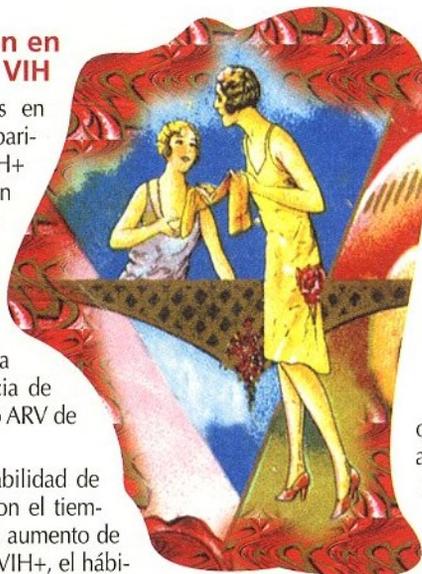
Desde hace años, numerosos estudios han observado que las mujeres no tienen el mismo acceso al tratamiento antirretroviral y a la atención sanitaria que los hombres incluso ante situaciones clínicas similares. Un estudio realizado a principios de los 90 por Stein y cols. apuntaba que las mujeres tenían 3 veces menos probabilidades de tomar zidovudina que los hombres, mientras que otro estudio realizado por Hellinger ponía de manifiesto un menor uso de los servicios médicos por parte de las mujeres.

Estos datos nos remontan al inicio de la epidemia, y algunos explicaban esta diferencia aduciendo que las mujeres no eran incluidas en los ensayos clínicos y que su situación económica era menos favorecida.

Varios estudios presentados en Buenos Aires aportan datos recientes que indican que esa misma diferencia entre géneros parece seguir vigente en la era de TARGA, a pesar de que en los últimos tiempos se está dando publicidad a este tema. Así, un estudio realizado por Mocroft y cols. en Ontario (Canadá) pone de manifiesto que a pesar de que todos los servicios médicos, tratamientos y hospitalizaciones corren a cargo del Estado, las mujeres tenían un número significativamente menor de iniciar TARGA que incluía un IP +

Puedes acceder a los trabajos originales en inglés citados aquí en www.aids2001IAS.org

Podéis dirigir vuestras opiniones y preguntas sobre esta sección a mjvazquez@eresmas.net



7



Los tiempos que corren

El arte de vivir

en estos tiempos que corren somos much@s l@s que nos hemos enfrentado a los sinsabores de vivir con VIH durante más de quince años, de l@s que est@s much@s somos poc@s entre tant@s que se han ido, y además lo hemos visto.

En estos tiempos hemos escuchado tanto sobre medicinas, centros, ayudas, efectos secundarios, médic@s, investigaciones, laboratorios, virus, tumores, antirretrovirales, inhibidores, marcadores, simposios, conferencias, ONG, subvenciones, y todos los términos que hiciese falta añadir a la lista.

En estos tiempos nos hemos acostumbrado a ver en las noticias de Telecinco a las 14.30 que la medicina genética podrá dar luz al SIDA en muy breve espacio de tiempo y en cambio a las 15.00 en Antena 3 que el SIDA mata más que cualquier guerra en el tercer mundo y lo seguirá haciendo durante mucho más tiempo.

Cuando llevas tanto tiempo sobre lo mismo, con tantos frentes abiertos, que si la evolución de la enfermedad, la responsabilidad de las tomas, los efectos secundarios, los cambios físicos por lipodistrofias y demás palabrejas, el miedo al rechazo, el rechazo, los cambios de la vida cotidiana, las limitaciones, las pensiones, la angustia y otras tantas para añadir a la lista; cuando todo esto ocurre en la vida de un ser humano, mirándolo individualmente, no queda más remedio que pensar que si lo soporta es porque ha desarrollado cierto instinto de supervivencia. Cierta estilo de vida o forma de vivir que le permite "estar ahí" a pesar de todo. Pero también todo esto puede que nos haga reflexionar sobre nuestra propia insignificancia y fragilidad dentro del universo en el que vivimos.

Las personas seropositivas a veces pensamos en nuestra "desgracia" y sufrimos. Otras veces nos miramos en la peor suerte que han tenido otras personas como nosotr@s y nos sentimos afortunad@s. En ocasiones llegamos incluso a sentirnos especiales por llevar nuestra cruz con tanta dignidad y valor. He llegado a sentirme la persona más desgraciada por vivir lo que me ha tocado, de la misma manera que en otras ocasiones he llegado a sentirme superior a l@s demás por ser capaz de vivir como vivo, incluso agradecido a la vida por darme la oportunidad de ser quien soy.

Sin embargo, en estos tiempos que corren, pongo el telediaro y veo qué insignificante es la especie humana; nos creemos el ombligo del mundo en cualquier lado y por cualquier cosa, y en verdad somos tan frágiles como una pluma de ave. Tan frágiles como pudieron llegar a ser las mismas Torres Gemelas de Manhattan. Cualquier persona que haya vivido el horror del fatídico 11 de septiembre, entre el gigantesco amasijo de hierros que se desplomó ante los ojos del mundo, si tuvo algo de tiempo, quizá pudo ver tal insignificancia. L@s que pudimos verlo como si de otra función hollywoodiense se tratase, seguro que la sentimos. Los que lo hicieron, fijémonos que fueron capaces de morir por "su" idea, ya sabrían de su insignificancia.

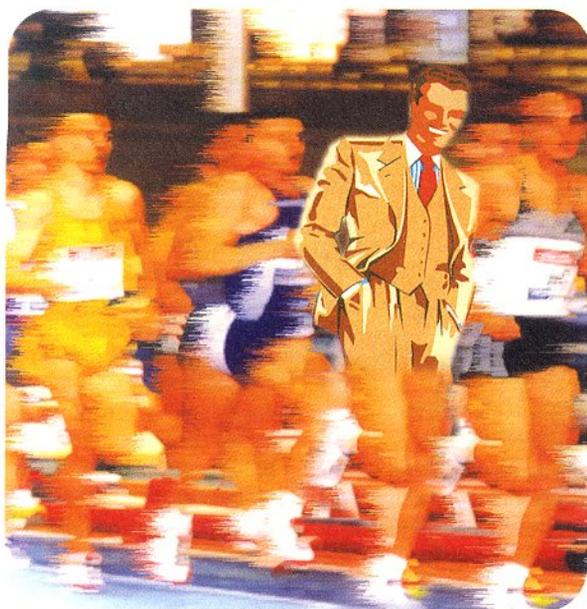
Cuando somos conscientes de nuestra insignificancia, son las cosas pequeñas, las cotidianas las que empiezan a adquirir auténtico significado.

Las personas seropositivas, aunque en principio se puede pensar que podríamos ser más susceptibles a percibir la propia insignificancia (al menos l@s que hemos superado varios ingresos en el hospital y nos hemos enfrentado a auténticos "mihuras" por lo que se refiere a enfermedades oportunistas) tenemos a veces verdaderos problemas para poder contemplar estas cosas pequeñas, las cosas cotidianas que nos rodean y que si les prestásemos más atención nos harían sentirnos algo mejor, más en consonancia con lo que nos rodea. Una sonrisa, una caricia, un buen gesto, un/a amig@, tu casa, tu barrio, tu gente, tus cosas, tu música, tus hobbies, el sol, la luna, la arena, una flor.

Esas cosas que siempre están ahí pero que no siempre apreciamos, son las que marcan la diferencia de cómo es el tiempo que pasamos en este mundo.

Nadie sabe lo que va a pasar con su vida, ni lo sabían l@s inocentes que andaban por World Trade Center la fatídica mañana, como no lo sabían nuestr@s amig@s fallecid@s, como no lo sabíamos l@s que estuvimos un día a punto de morir en un hospital, como no lo sabe nadie.

Lo que sí se podría saber, si se le hubiese podido preguntar a cualquiera de l@s antes citad@s, es cómo ha gestionado cada un@ lo que es significativo o insignificante en su existencia. A qué cosas ha dado, o no, valor cada un@. En qué ha concentrado su atención y sus necesidades. Eso sí se puede saber, se puede medir y sobre todo se puede sentir +



8



¿y por qué no?

Hola chic@s.

Con vuestro permiso, me voy a valer de nuevo de las páginas de esta revista para comentar una anécdota que me ocurrió hace poco tiempo y que, por lo que vengo observando, se está convirtiendo en algo más que habitual.

El caso es el siguiente: un día de reunión entre amig@s y familiares, conversaba yo con una prima mía que es médica acerca de uno de los efectos secundarios más desagradables de la medicación que tomamos, la lipodistrofia, cuando para mi sorpresa, una amiga de una tía mía se entromete en la conversación para decir, más bien afirmar con un tono de reproche bastante impertinente, que las personas afectadas por el VIH deberíamos de estar dando gracias a Dios por estar vivas, y no quejarnos tanto ni aspirar a nada más, pues ya era suficiente con el elevado coste que le suponen nuestros tratamientos al erario público. Como podréis imaginar, mi cara de pasmo al escuchar esto fue mayúscula, incluso mi prima no daba crédito a lo que había oído. Pasados unos instantes, comencé a reaccionar y a pensar en la respuesta que a la "dulce señora" le iba a exponer y que quiero compartir aquí para ver si estáis de acuerdo conmigo.

Bien, el asunto está así: verdaderamente vivimos más e incluso mejor, pero: ¿debemos conformarnos con esto o, al igual que los demás seres humanos, acaso no tenemos derecho a aspirar a mejorar nuestro estado físico, psíquico, social, económico y estético; o es que por ser seropositiv@, ya no se tiene que pensar en la posibilidad de gustar a l@s demás y lo que es más importante, de gustarse a un@ mism@; es que nosotr@s no sentimos y deseamos como el resto de l@s mortales? Me parece muy injusto e insolidario por parte de las personas no afectadas esa manera de pensar, ese dar por supuesto que dado que estamos como estamos (o como ell@s se creen que estamos), ya no tendríamos que preocuparnos por nuestra imagen, por nuestro aspecto físico.

Craso error, porque el sentirse bien con un@ mism@ y el estar satisfech@ con tu cuerpo, es un motivo de alegría, de bienestar mental y por lo tanto de salud, ya que no sólo los medicamentos son importantes. Yo, por ejemplo, os puedo

contar mi propia experiencia, de cómo una intervención para aumentarme el pecho (que por fin pude realizarme hace un par de meses, cuando mi nivel de CD4 era aceptable para entrar en un quirófano) ha cambiado significativamente mi grado de satisfacción con mi imagen frente al espejo e incluso, ha aumentado la seguridad y la confianza en mí misma.

Por eso, pienso que sí es importante luchar por conseguir que desaparezca la lipodistrofia o al menos, reducirla a la mínima expresión, batallar con la sanidad pública para que la incluya como algo necesario a tratar y estimular a los laboratorios a elaborar nuevos fármacos con efectos menos agresivos.

Bueno, esto es lo que deseaba plantear como un tema a debatir entre nosotr@s, partiendo de una anécdota personal pero que pienso que nos afecta a la mayoría.

¿Y POR QUÉ NO? Ahí queda mi pregunta. Ojalá que como yo, opinéis que sí, que tenemos no sólo el derecho sino el deber, de aspirar a más y mejor +

Un saludo muy afectuoso para tod@s



9



ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE
BANCO o CAJA
DOMICILIO AGENCIA
CÓDIGO C/ C (20 DIGITOS)

LOCALIDAD
C.P.

FIRMA

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

NOMBRE _____
DIRECCIÓN _____
POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____
C. POSTAL _____ TEL. _____ FAX _____

Autorizo una donación anual de:

2.500 pts 5.000 pts pts

Forma de pago:

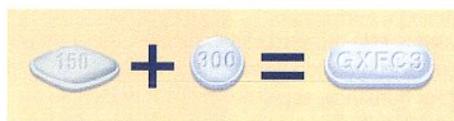
Talón nominativo adjunto Giro postal Por Banco

En el caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a:
Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) c/ del Pi, 10 1º 2ª 08002 Barcelona (España)

Difícil.

Sabemos que es difícil. Que se hace muy cuesta arriba luchar contra esta enfermedad. Que cada día tienes que buscar razones para continuar sonriendo. Pero tú sigues luchando. Por muy difícil que sea.

Fácil.



Déjanos ponértelo un poco más fácil. GlaxoSmithKline ha conseguido poner a tu disposición un nuevo producto que une en un solo comprimido los dos fármacos más relevantes de la terapia anti-VIH. Disminuyendo el número de tomas de medicamento. Haciéndotelo más fácil.

Consulta con tu médico.

LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
MÁS EXPERIMENTADA,
UTILIZADA DEL MODO MÁS SENCILLO



Inmers@ en mi adolescencia

Las chic@s de Europa que viven con el VIH que participaron en la conferencia organizada por el Foro Europeo en Candriai, Italia, en septiembre del 2000, decían «¿Quiere alguien escuchar? ¡Por favor!». Pues sí, hay quienes **que re-**

mos escuchar.

«A veces odio ser seropositiva porque si quiero ir a algún sitio, siempre requiero un montón de organización. ¿Las personas con quien quedo saben que soy VIH+? ¿Tienen por qué saberlo? ¿Me podrán dar la medicación a la hora adecuada? (A mí se me olvida siempre). L@s adult@s suelen hacer muchas preguntas si ven la cantidad de medicación que he de tomar y me resulta muy difícil explicarlo. Por eso siento que mi vida es demasiado organizada. Siempre tengo que comer a la misma hora; siempre tengo que despertarme a la misma hora; siempre hemos de llevar la medicación con nosotr@s y no se nos puede despistar la hora.»

«En cuanto a la medicación es muy difícil porque hay tantas medicinas que tomar –algun@s tomamos hasta 10-14 pastillas al día- y a veces el tamaño de las pastillas te quitan las ganas. También algunos de estos medicamentos te producen efectos secundarios que pueden durar hasta un día entero, p.ej. mareos, sueño, diarrea, cansancio, dolor de estómago y náuseas. Para adolescentes seropositiv@s es muy difícil, sobre todo cuando tienes que tomar la medicación en el comedor del colegio.»

Podemos escuchar sus palabras y además podemos prestar atención, ir más allá de nuestros oídos para escucharles con el corazón. Para ello te proponemos un breve ejercicio de interiorización. Busca un sitio seguro, tranquilo, donde sepas que nadie te va a molestar. Cierra los ojos mientras pones la atención en tu respiración. Poco a poco buscas en tu memoria recuerdos de tu adolescencia, saboréalos, deja que aquellos momentos vuelvan hasta tí. Sientes como te envuelven un montón de sensaciones que ahora te parecen muy vivas a pesar de que casi las habías olvidado. Escucha con atención tu cuerpo, la sensibilidad de tu piel... y los latidos de tu corazón joven y apasionado. Empiezas a sentir aquella vieja sensación de desconcierto,

ataques de llanto y risa incontrolables. Necesitas que te hagan caso, que te quieran y, al mismo tiempo, quieres pasar desapercibid@, que nadie te observe ni te den consejos inútiles. Quieres que te escuchen pero que no te pregunten. De golpe te sientes tan fuerte, quieres verlo todo y vivirlo todo, tu sol@. Tienes muy claro que tienes derecho a disfrutar, a decidir

Ahora, inmers@ en tu adolescencia, observa qué reacción te producen y cómo te hacen sentir las palabras siguientes:

😊 Tienes que llevar una vida organizada, comer y despertar siempre a la misma hora, vayas donde vayas llevar siempre la medicación y no despistarte, las personas con quién vas ¿saben que eres VIH+?, l@s adult@s te harán muchas preguntas cuando ven la cantidad de pastillas, ¿qué les explicarás?



Mira estas pastillas que tienen el tamaño de un botón de los grandes, tienes que tragarte tres de ellas, el olor que desprenden te llega sólo al abrir el bote, del frasco del jarabe caen unas gotas y ves cómo borran las letras azules de la etiqueta.

ⓑ Tienes un examen de mates y precisamente hoy el mareo te tiene jodid@, irías de acampada con l@s colegas pero esta diarrea imparable te hace sufrir, en el comedor del cole nunca puedes estar relajad@ porque nadie te puede ver con las pastillas y sabes que no puedes dejarlo para más tarde.

Vuelve la atención hacia tu cuerpo, ¿cómo es ahora tu respiración? ¿y los latidos de tu corazón? ¿te sientes a gusto? ¿sientes el peso de alguna preocupación? Lentamente vas abriendo los ojos para conectar con el aquí y ahora. Sin prisas.

Para finalizar puedes leer estas palabras de una chica adolescente VIH+ pensando en el futuro.

«Mi esperanza para el futuro es que, cuando llegue el día, pueda tener un/a hij@ propi@ sin el riesgo de transmitirle la infección del VIH. Espero que pueda tomar la medicación una sola vez al año y que pueda ¡olvidarme de las siete de la mañana para siempre! Espero que l@s médic@s encuentren alguna medicina que cure el VIH, que todas las personas del mundo que padezcan esta enfermedad se curen» +



Con él llegó el escándalo

Llega el registro oficial de casos de VIH y con él la polémica. El Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones VIH (SINIVIH) es un fichero de carácter personal gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). El SINIVIH está todavía en proceso de implantación y es motivo de desconfianza por muchas ONG por lo que respecta a la protección de la confidencialidad de los datos, hasta el punto de que algunas de ellas han decidido impugnarlo ante los tribunales.

En este a debate os queremos presentar dos visiones diferentes.

A FAVOR

El sistema de información estatal se nutre de la remisión de datos provenientes de las Comunidades Autónomas que tienen implantado el SINIVIH.

La fuente de información se basa en la notificación a las autoridades sanitarias autonómicas de casos nuevos con diagnóstico a partir de la fecha de creación del sistema y que si hicieron la prueba con carácter voluntario y confidencial.

La finalidad del sistema no es identificar personas, sino analizar la frecuencia y la tendencia a la epidemia en la población, sin implicaciones sobre personas, ni la posibilidad de actuación o de identificación de individuos concretos. Se trata de un sistema con uso epidemiológico y de investigación, y no administrativo.

Los datos que se recogen para cada caso nuevo diagnosticado son:

- 1 **identificador para la detección de duplicados: iniciales de nombre y apellido**
- 2 **centro sanitario de diagnóstico**
- 3 **fecha de nacimiento**
- 4 **sexo**
- 5 **provincia de residencia**
- 6 **país de residencia**
- 7 **país de origen**
- 8 **mecanismo de transmisión de la infección**
- 9 **datos clínicos**
- 10 **datos de laboratorio**

Todas las salidas de información del sistema son en forma de datos estadísticos sin ningún tipo de identificador de casos.

El fichero ha sido declarado e inscrito en la Agencia de Protección de Datos sometiéndose de acuerdo con la legislación vigente a las medidas de seguridad.

A la información completa sólo tiene acceso un número mínimo de profesionales sanitarios, sujetos a las normas de confidencialidad de las leyes y disposiciones, así como al código deontológico de su profesión.

El SINIVIH es imprescindible para conocer la incidencia de nuevas infecciones y los grupos de población más afectados y sus características.

Su existencia y puesta en marcha constituye una de las principales herramientas de la administración sanitaria para frenar la extensión del VIH y para proteger a los ciudadanos afectados o con riesgo en España.

Su suspensión o alteración situaría a las administraciones sanitarias en condiciones de inhabilitación para la protección de la salud y el control de enfermedades, desposeyéndolas de las herramientas necesarias para una correcta planificación de servicios a los ciudadanos.

(A partir de las alegaciones de MSC ante el procedimiento ordinario nº222/201, interpuesto por la Asociación Xusticia e Sociedade de Galicia contra la orden ministerial del 18 de diciembre de 2000 (BOE 12-01-01) para la creación del SINIVIH).

EN CONTRA

Con fecha 10 de marzo de 2001, se interpuso un recurso directo por parte de diversos colectivos anti-SIDA y de asociaciones de pres@s, contra la Orden Ministerial del MSC, del 18 de diciembre ante la Audiencia Nacional. Hasta la fecha, aún estamos en trámite de alegaciones y resta practicar toda la prueba pericial y documental, pero básicamente nuestros argumentos son:

La creación de un registro de datos sanitarios de carácter personal y su posterior manejo informático por parte de la administración suponen una grave vulneración del derecho de intimidad y a la dignidad, afectando al control que nosotros podemos ejercer sobre nuestra propia información personal y convirtiéndose en un verdadero "vigilar y controlar".

La creación de un registro donde se incluyan datos sanitarios tales como los mecanismos de transmisión de la infección, los datos clínicos y de laboratorio supone convertir a la administración sanitaria en un lobo con piel de cordero, ya que es depositaria de nuestro comportamiento más íntimo, convirtiéndonos así en algo vulnerable y controlable.

La creación de este registro después de todos estos años supone que esta medida sea un último castigo al/a la enferm@. Ahora se sienten autorizad@s a hacer lo que durante veinte años no se habían atrevido. Necesitan ese control social del/de la enferm@, necesitan reconstruir la idea de grupo de riesgo, vuelven a sus antiguos métodos. La dulce época de la normalización se ha acabado.

La prevención es la única vacuna existente hasta la fecha. De la prevención se pueden extrapolar datos de valoración de la incidencia clínica, pero estos datos deben ser de carácter general y no nominal. Difundir la idea del registro entre la futura población afectada provocará una desbandada de efectos incalculables. Las personas, al saberse potencialmente vigiladas, mentirán en sus referencias histórico-clínicas.

El registro será definitivamente, volver a la concepción ya desechada de los grupos de riesgo; si en verdad es cierta la afirmación realizada por el MSC, de que la falta de información actual impide la ejecución de políticas preventivas adecuadas, ¿cuál sería el cambio de actuación institucional si determinaran científicamente (gracias al registro) que los nuevos infectados se circunscriben a un determinado grupo poblacional? No dejaremos de insistir en que la prevención debe ser general, que la evolución de la enfermedad es perfectamente controlable con técnicas de vigilancia epidemiológica anónimas. Diremos que conocer, aunque sólo sean las iniciales, quién es el ciudadano que se ha comportado fuera de "las reglas establecidas" reporta un peligro que el tiempo y los medios tecnológicos nos mostrarán en su máxima expresión.

(Fran del Buey, Asociación PreSOS Galicia, Comisión SIDA Cárcel de la Coordinadora Estatal de Solidaridad con las Personas Presas CSPP)

Vihñetas

Pese a ser una de las expresiones artísticas más populares, el cómic no ha reflejado en su justa medida la repercusión que el SIDA ha tenido en la sociedad. Se ha utilizado ampliamente en campañas de prevención de asociaciones anti-VIH, pero dejando de lado este uso, pocas veces este medio ha abordado las posibilidades de expresión artística del tema. Hemos intentado buscar en librerías y bibliotecas especializadas álbumes sobre el SIDA y observado la escasez de traducciones y títulos españoles publicados. Este artículo os invita a conocer tres cómics que ofrecen una visión de la problemática radicalmente diferente: *El futuro perdido*, *La noche más loca* y *Superparadise*.



Queremos señalar que estas tres obras que destacamos entre los escasos títulos hallados, centran el tema dentro de la comunidad gay; las razones en un caso y otro son diferentes: *La noche más loca* (Safere Zeiten, 1988) y *Superparadise* (Superparadise, 1999) son ambas del guionista e ilustrador gráfico Ralf König, artista gay interesado en reflejar situaciones y personajes de su entorno homosexual. En cambio, en *El futuro perdido* de Goetzinger-Jonsson-Knigger (Die verlorene Zukunft, 1992), la acción, que se desarrolla a finales de los años ochenta, se centra básicamente en la incidencia de la enfermedad en la comunidad gay.

En este último álbum un joven homosexual que mantiene una relación estable no aceptada por sus padres cuenta cómo cambia su vida tras conocer su infección por VIH: el abandono progresivo de su pareja -incapaz de afrontar la nueva realidad-, cómo sus padres tras conocer la noticia de su infección se reafirman aún más en sus antiguos prejuicios, su participación en el activismo anti-VIH y cómo éste le ayuda a afrontar su trágico destino final.

Los problemas que Tim, el protagonista de la historia, encuentra tras descubrir su infección son bien diferentes a los que König nos describe en sus obras. Tim tiene problemas de identidad sexual por culpa de la intolerancia de sus padres. Éstos alertan a su hijo del riesgo que tiene de contraer "la peste de los maricas" por los peligros del "modo de vida homosexual" promiscuo; Tim admite el peligro de su condición sexual pero les recrimina que el culpable de este comportamiento es la homofobia de la sociedad que impide a los homosexuales una vida "normal" de pareja y les obliga a vivir su sexualidad clandestinamente. «No me dirás que os hemos contagiado el SIDA nosotros. -Papá, no entiendas o no, tenéis una parte de responsabilidad, pero no estás dispuesto a admitirlo».

König, aunque jamás ajeno a los estragos de la pandemia en la sociedad y a la intolerancia que ésta genera, no identifica en ningún momento un comportamiento promiscuo con el rechazo familiar o social, planteando problemas de otra índole. Los dos álbumes de König presentan dos estadios diferentes de la repercusión social de la enfermedad que responden, por un lado, a su distancia de publicación, y por otro, a la propia experiencia del autor, que no abandona nunca cierto tono cómico y vitalista, tal y como expresa en una entrevista: "En *Superparadise* el humor, después de unos 15 años de triste experiencia con la enfermedad y la muerte, se ha vuelto algo más amargo. Por culpa del SIDA, perdí a uno de mis más queridos amigos. Fue una dura experiencia que hizo cambiar bastante el tono de mis cómics, sobre todo en este libro".

Así, en *La noche más loca*, se describe la angustia de Klaus, un joven que ve amenazada su vida sexual por el miedo a contraer el VIH y opta inútilmente por la total abstinencia ante unas prácticas de sexo seguro que no le satisfacen. Las viñetas ilustran cómicamente este fútil intento y nos muestran con un cierto tono nostálgico cómo a finales de los 80 el VIH cambió los hábitos sexuales de la comunidad gay.

Superparadise (1999) relata por otra parte la asunción del estado serológico positivo de Paul, un joven hipersexual cuyo concepto de la felicidad se había basado en «divertirme y follar». La idea de la muerte le hará plantearse como hasta ahora nunca había hecho los elementos en los que se basa su felicidad. Finalmente, al ser consciente de las cosas que ama y descubrir que su muerte no es inminente, logrará superar la crisis.

A diferencia de *El futuro perdido*, König aborda las causas de la propagación sexual del VIH desde un punto de vista más humano y, en nuestra opinión, más realista. Así, si en *El futuro perdido* esta propagación estaba relacionada con un estilo de vida forzado por la intolerancia social y basado, por lo tanto, en sentimientos de culpa, en las obras de König, el autor huye de todo juicio moral y nos hace ver la dimensión humana de una enfermedad a la que cualquiera de nosotros, independientemente de nuestra orientación sexual, está expuesto porque «el SIDA toca precisamente allí donde está el apetito sensual, el disfrute del propio cuerpo y del de la pareja, el deseo de cruzar fronteras, de olvidar reglas, - el regalo más grande de la vida: nuestra sexualidad»+.

La noche más loca (2000^{3a}) y *Superparadise* (1999) están publicados por Ediciones la Cúpula y *El futuro perdido* (1992) por Ediciones Junior.

Podéis dirigir vuestras opiniones y preguntas sobre esta sección a juanse@gtt-vih.org



Calidad bien entendida

Uno de los grandes problemas en países del tercer mundo y en vías de desarrollo con respecto a la lucha contra el SIDA es la inexistencia y/o falta de un suministro regular de las actuales terapias antirretrovirales a todas las personas que viven con VIH/SIDA, dado los elevados precios de los mismos. Estos países no pueden permitirse el lujo de pagarlos al coste exigido por las industrias farmacéuticas. Precisamente uno de los temas que está en el tapete desde hace un tiempo a esta parte es la controversia originada por las denuncias de esa misma industria contra países en África y América Latina quienes han dejado de lado la Ley de Patentes Farmacéuticas, para crear o importar fármacos genéricos anti-VIH como medida de emergencia sanitaria frente a la problemática del VIH/SIDA.

Estos fármacos genéricos son producidos por otros laboratorios a precios muchísimo más asequibles, por lo que pueden llegar a mayor cantidad de personas. Su principio activo (sustancia) es el mismo que el de los fármacos de marca, manteniendo la misma biodisponibilidad y bioequivalencia terapéutica [Ver GLOSARIO]. Estos fármacos se comercializan con el nombre del principio activo seguido de siglas indicativas sobre su condición genérica.

Pero también existe la controversia planteada acerca de su real equivalencia terapéutica, pues en el caso de la Argentina no ha surgido en todo el *establishment* científico regional la presentación de ningún/a osad@ investigador/a con pruebas clínicas con productos similares que permitan extrapolar datos en el corto plazo sobre cómo tratar a las personas con estos fármacos.

La industria de los "genéricos" y el "licenciamiento compulsivo" se pregonan en América Latina como la panacea para promover un acceso universal al tratamiento antirretroviral. En un contexto, donde los Gobiernos hablan más, de lo que están dispuestos a hacer, y en este proceso ganan tiempo, tiempo que se les escapa a las Personas Viviendo con VIH-SIDA (PVVS). No hay en la región países que estén produciendo medicamentos denominados genéricos. Entiéndase por esto, aquellos que han demostrado su equivalencia terapéutica. Sólo en el Brasil y según informaciones no oficiales, algunos antirretrovirales similares producidos localmente por un laboratorio con capitales estatales, habrían superado exitosamente las pruebas de bioequivalencia.

Latinoamérica es un mercado potencial cautivo muy grande, que pareciera enfrentarse a la disyuntiva de acceder a medicamentos de menor calidad por no poder comprar los productos originales. Esto generará, como sucede en la República Argentina, dos grupos de personas, dos clases de "pacientes": aquell@s tratados con los productos originales según las recomendaciones internacionales producidas como resultado de miles de pruebas clínicas, y aquell@s tratados con copias de desconocida eficacia y respondiendo a desconocidas directrices de tratamiento.

El Gobierno argentino compra los fármacos antirretrovirales a través de licitación pública a una serie de laboratorios locales a precios relativamente más bajos, pero los requisitos exigidos a estos laboratorios para conseguir sus certificados por parte de la

Administración Nacional de Medicamentos (ANMAT) son, en algunos casos, sólo papeles. Y desde hace unos años, el Programa Nacional de SIDA compra y distribuye estas "copias" de fármacos anti-VIH, sobre las que no puede garantizar su equivalencia terapéutica con el producto original.

La mayoría de las Personas Viviendo con VIH en la Argentina, dependen del Programa Nacional de SIDA para su tratamiento. Est@s usuari@s han sufrido sistemáticos fraccionamientos en sus tratamientos, y la principal causa es el incumplimiento de producción y entrega de los fármacos por parte de la mayoría de las empresas ganadoras de las licitaciones. Hasta ahora se ha denunciado una diversidad de nuevos efectos adversos y secundarios, relacionados con estos medicamentos, pasando por una complicada y burocrática red nacional de farmacovigilancia. Pero lo más preocupante, es que el Estado sea incapaz de garantizar la calidad de estos medicamentos, demostrando científicamente su bioequivalencia y biodisponibilidad.



En este sentido, el Gobierno ha sido más sensible a las "necesidades" de las empresas, que a las de las PVVS. Lo que pasa en este país, no es ajeno a lo que pasa en otros de la región. Pero lo que parece claro en este caso en particular, son las motivaciones corruptas vinculadas a millonarias compras del Estado, en medicamentos, para distribuirse a través de Programas Nacionales a poblaciones altamente vulnerables.

Quienes vayan a ser medicad@s con antirretrovirales que no hayan probado aún su equivalencia terapéutica deben dar, al menos, su "consentimiento informado" pues en la actualidad la eficacia del tratamiento será "estudiada", nuevamente, en nuestros cuerpos.

Por los más de quince mil argentin@s viviendo con VIH que hoy son "cobay@s" de la negligencia y "rehenes" de la corrupción, esperamos que esta costosa experiencia sea un precedente valioso y no se repitan en otros países, transformándose así en un ejemplo de las "peores prácticas".

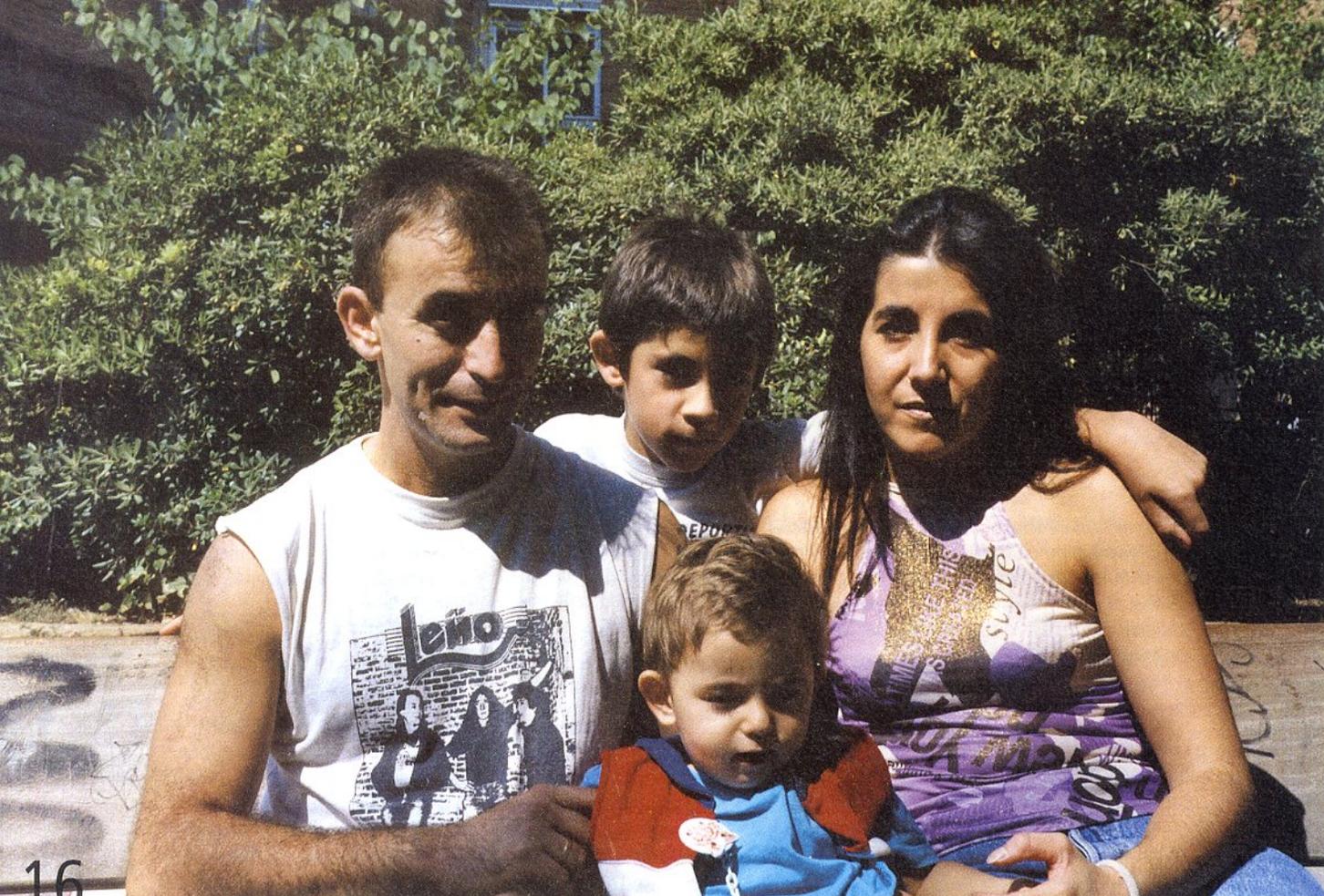
"No al Fraccionamiento, Sí a la Calidad" (consigna de la primera Marcha de los Barbijos convocada por la Red Argentina de PVVS en Buenos Aires en Agosto de 2000) +

Director de Cuerpo Positivo (la revista de y para gente positiva)
Buenos Aires Argentina



14





16

En las MEJORES FAMILIAS

Decimos que una pareja es serodiscordante cuando el estado serológico respecto al VIH es distinto entre ambos miembros; es decir, una de la personas vive con VIH y la otra, no. Contrariamente, decimos que una pareja es seroconcordante cuando las dos personas comparten el mismo estado serológico, siendo las dos VIH positivas, o bien VIH negativas. Una pareja puede estar compuesta por personas de sexo contrario o del mismo sexo. Puede haber hij@s o no, compartir el mismo espacio o vivir bajo techos distintos, extender su vida sexual fuera de la pareja o mantener fidelidad en este terreno. La realidad es múltiple y cada pareja decide formarse y establecer su funcionamiento de modo distinto.

Por su vía de transmisión, por su incidencia en la calidad de vida, por sus repercusiones sociales, laborales, económicas, y por otros muchos aspectos, cuando el VIH está presente en una pareja, ya sea desde el principio o al revelarse que alguno de los miembros es VIH+, ésta además se ve en el acometido de definir o redefinir cómo se va a vivir la infección por VIH en privado y en público. En este proceso de negociación la razón se enfrenta a una gran complejidad de sentimientos: negación, miedos, prejuicios, compasión, desesperación, complacencia, etc. En el reportaje que os ofrecemos a continuación hemos dado la palabra a cuatro parejas serodiscordantes que se han ofrecido a contarnos cómo lo viven. Tod@s ell@s, algun@s dando la cara y otr@s desde el anonimato, han querido que su testimonio, lejos de pretender ser modélico, contribuya a aflorar la realidad que se vive en algunas familias de nuestro país.



El amor es más poderoso

Camen y Luis llevan una vida parecida a la de muchas de las parejas jóvenes de este país. Con dos hijos de uno y ocho años, ambos invierten la mayor parte de su tiempo en trabajar y atender a los pequeños. Luis lleva catorce años viviendo

«Hay personas que no entienden muy bien que Carmen y yo estemos junt@s porque no les cuadra qué hace una persona sana con un "elemento así". Me califican así por haber sido drogodependiente y ya hace diez años que me desenganché. He tenido que atravesar muchos muros de frente», nos cuenta Luis.

Carmen: «Hace como cinco años que estamos junt@s. Pero conociéndolo llevo muchos años más, por lo menos catorce. Yo era una niña de papá y mamá y él me gustaba porque era heavy en su época, y nos hicimos amigos, pero de "hola qué tal" y "hasta luego". Cuando nos reencontramos hace cinco años, yo sabía que había sido toxicómano y también que estaba retirado ya, entonces lo saludé como un amigo, luego él me contó su historia, que era portador del VIH, la pena que tenía y tal... y bueno, pues a mí me gustó que fuera una persona tan sincera. Me enamoré de él, de que fuera tan real. Lo contaba todo. Ahora estoy muy bien, muy contenta. Y así seguimos, adelante.»

A Luis le diagnosticaron VIH+ con dieciocho años, cuando acudió a un centro municipal para dejar la coca y la heroína. Era 1987 y en ese momento la noticia le cayó como una bomba. «Fui un día a la consulta a recoger los análisis y un médico me vino a contar más o menos que me quedaban cinco años de vida. El médico no tenía mucha información y a mí eso me bloqueó mucho y me volví a enganchar hasta que casi me muero. Me pasé cinco años que no se los deseo a nadie. Me sentía sucio, era incapaz de tener relaciones sexuales. Antes de recibir el diagnóstico esperaba lo típico de todo el mundo, encontrar una chica, tener un buen trabajo, cotizar para cobrar mi pensión el día de mañana, tener hij@s. Todo eso se me vino abajo como un castillo de naipes.»

Cuenta que entonces la única cosa que le motivó fue intentar contribuir de alguna forma a cambiar la realidad del VIH, a ayudar a otras personas. Aunque confiesa que también lo hizo para él mismo, que fue parte de su terapia y que le ha ayudado a crecer como persona: «Me volqué en ayudar y en 1993, junto a otras personas, creamos un grupo de autoayuda. Se llama CAPS (Comité Abierto a Personas interesadas en el SIDA). Luego en 1997 lo dejé y pasé a trabajar para GID (Grupo Interdisciplinar sobre Drogas) en un programa de reducción de riesgos donde trabajo con los colectivos de usuari@s de droga y de metadona de Torrejón, soy educador pero como uno más, un educador de compañer@s. Voy a los sitios donde se trafica, donde se consume, hago intercambios, estoy con la gente, intento que entren a centros, intento que vayan al hospital, etc. Dispongo de un local donde hay una ducha para personas que están en la calle y una lavadora. También reparto lotes de comida, aunque es difícil, porque te ves solo, sin apoyos, como si fueras un chiflado trabajando en medio del desierto. L@s vecin@s no lo entienden, l@s políticos... lo mismo te apoyan, lo

con VIH. Ahora tiene treinta y dos. Carmen se enamoró de él hace cinco. Ahora tiene treinta y uno. Él trabaja en el campo del VIH y ella es auxiliar en un geriátrico. Viven en Torrejón de Ardoz, Madrid.

mismo te traicionan. La financiación es otro caballo de batalla. Pero vamos, creo que estamos obteniendo muy buenos resultados.»

Mi cuádruple terapia

Luis pudo dejar su adicción a las drogas en 1992 y desde entonces se ha encontrado físicamente bastante bien, excepto durante un tiempo cuando trabajaba duro, de soldador. Un descenso de CD4 de 700 a menos de 200 activó las alarmas, aunque afortunadamente, según dice, para entonces ya estaba con Carmen: «Fue justo en el 96 cuando me dio el bajón de defensas. El año en que apareció la triple terapia. Justo cuando yo la necesitaba. Y menos mal que estaba con Carmen, porque ella ha sido mi cuádruple terapia. Ella ha estado pendiente de cuándo había que tomar la medicación en ayunas, que si Norvir necesita más grasa, etc. Para mí, llevar el tratamiento en pareja es más fácil. Y si la pareja es serodiscordante, mejor, pues un@ se conciencia de que puede poner en peligro a la otra persona. Yo, junto a ella soy más constante. Si fuéramos los dos portadores, no sé cómo iría, pues quizás tiras para lo bueno y tiras también para lo malo. No sé.»

Carmen cree que lo que tuvo que poner de su parte valió la pena: «Conmigo empezó un cambio radical de vida. Fui valiente y le di cariño. Lo que me dio más miedo fue la respuesta de mi familia, pero me dio el flechazo tan fuerte que no tardé mucho en decirlo. Mis padres son los típicos de "búscate un niño de dinero, guapo y sano". A mi familia no le gustó Luis. Que si es un drogadicto, que si es un enfermo de SIDA. Mi madre me dijo "¿Qué te pasa? O estás loca o es que tú eres igual que él". Entonces cuando se enteraron fue muy mal. Me echaron de casa. Fue muy fuerte.»

«Sí», continúa Luis, «tuvimos que pillarnos una habitación donde estuvimos viviendo durante una temporada hasta que salimos a flote. Yo no he dejado de trabajar. Hemos ido tirando para arriba y luchando hemos conseguido lo que tenemos. Mis padres están separados y la familia de mi padre no sabe nada de lo que me pasa. No he sido capaz de contárselo. Yo vivía con mi madre y mi hermana y ellas no me entendieron muy bien. Me tuve que ir de casa porque tenía la sensación de que estaban esperando a que llegara el momento de que me pasara algo y yo me sentía mal, muy mal y me tuve que ir con lo puesto.»

Carmen, sin dudarle apenas, decidió en ese momento seguir adelante: «Yo pensé: ¿Por qué tengo que dejarlo? Tomando las precauciones necesarias puedo estar con él. Él me informó de cómo era el tema, porque yo tampoco estaba muy puesta. Sabía lo que todo el mundo decía: si tienes el

XAVIER
FRANQUE

17

Otoño
2001

Lavado de semen

Los últimos avances en el tratamiento del VIH han propiciado que muchas personas con VIH piensen en ser padres biológicos. En el caso de una pareja serodiscordante en la que el hombre es VIH+, a pesar de tener una carga viral indetectable en sangre, continúa existiendo riesgo de transmisión del VIH en una penetración vaginal con eyaculación. La carga viral en sangre no necesariamente se corresponde a la carga viral en semen. De todas formas y aunque podamos obtener esta cifra se desconoce la cantidad de virus en semen necesaria para causar una infección.

El lavado de semen es una técnica mediante la cual se extraen las partículas de VIH del semen de un hombre seropositivo para que su pareja pueda quedar embarazada sin riesgo de adquirir el VIH. El semen contiene partículas de VIH, pero los espermatozoides no. Mediante un proceso de centrifugación se pueden seleccionar los espermatozoides de mayor movilidad con los que posteriormente se inseminará a la mujer. Las primeras experiencias fueron publicadas en 1992 por el doctor italiano Enrico Semprini. Desde entonces, entre Barcelona y Milán ya se han realizado alrededor de 3.000 inseminaciones sin haberse registrado ningún caso de transmisión de VIH. El proceso para una fecundación de este tipo incluye la realización de varias pruebas en el hombre y en la mujer, quien deberá someterse a un tratamiento hormonal de estimulación

de la ovulación, previo a la o a las inseminaciones. Los resultados obtenidos en la Clínica Eugén de Barcelona indican que la posibilidad de gestación al primer intento de inseminación es de un 30% y de un 75% al tercero. La media de intentos por pareja en este centro es de 1,88. Esta técnica puede resultar interesante también para personas con infección por VHC (virus de la hepatitis C), pues mediante el lavado seminal también se elimina este virus. El coste de todo el proceso es distinto para cada pareja, dependiendo del número de inseminaciones necesarias. El precio de una inseminación en Clínica Eugén es de 200.000 pesetas con todo incluido. Un segundo intento cuesta 160.000 pts. A lo que hay que sumar 32.000 pts de la prueba de PCR que se realiza antes y después para descartar la infección en la mujer. Se puede ahorrar algo realizando parte de las pruebas de laboratorio a través de la Seguridad Social. En caso de que la pareja tenga problemas de fertilidad es posible además realizar la fecundación *in vitro*. El precio entonces es de 645.000 pts, para el primer intento, y de 245.000 para el segundo. También se dan facilidades para que las parejas que residen fuera de Barcelona puedan realizar parte del proceso en centros cercanos a su domicilio. Para más información podéis dirigirlos a: Clínica Eugén. Tel. 93 322 11 22. Sitio web: www.serodiscordantes.com. Otro centro, también en Barcelona, es el Institut Deixeus. Tel. 93 227 47 00.



SIDA, te mueres. Pero cuando pasas una dificultad es cuando valoras más a la gente y a mí me gusta la fuerza de voluntad que tiene él, y la forma de ver la vida, me encanta», se ríe, «es muy positivo».

El tiempo, que todo lo puede cambiar, esta vez le dio la razón a Carmen. La relación con su familia ha dado un giro de ciento ochenta grados: «Ahora al cabo del tiempo están con él, porque ven que es una persona como otra. Nunca me ha faltado una cama y un plato de comida, ni a mí, ni a mis hijos, que para mí son algo muy importante. Antes tuve un novio durante seis años. Me quedé embarazada con veintidós y cuando tuve a Francisco me dejó plantada. Entonces me vi sola con mi hijo. Salí adelante porque soy muy valiente. Entonces con mis padres también fue mal porque al verme tan joven y con un niño me lo echaron en cara. Me deprimí y me fui a Córdoba, al pueblo. Pero allí me aburrí de coger aceitunas y uvas. Iba para atrás, como digo yo. Al final, me decidí a volver a Torrejón. Entonces fue cuando me enamoré de Luis. Me lo encontré en la discoteca pues mis hermanos se habían quedado cuidando de mi hijo. Nos pusimos a hablar y eso... que nos apetecía alguien que nos escuchara porque yo estaba deprimida y él también por lo suyo. Nos enamoramos y aquí estamos.»

Por dinero

Hace un poco más de un año la familia creció. Nació Amós, el pequeño. Al padre se le llena la boca cuando habla de él. «Amós vino porque así lo decidimos. A Francisco le apetecía tener un hermanito y yo también siempre he deseado tener un niño. Soy el último que lleva el apellido, y claro me sentía un poco presionado. Aunque una vez alguien me dijo que para qué quería tener un hijo, para que se le muriera el padre o para que se pudiera infectar. Eso me hizo sentir mal. Pero el médico que tengo ahora es más comprensivo. Nos decidimos a tenerlo y estuvimos viendo la posibilidad de que ella no corriera ningún riesgo. Pero en Barcelona, en un centro privado nos pedían setecientas mil pesetas por un lavado de semen y una microinyección. Yo no tengo ese dinero. Yo tengo un sueldo y vivo al día. Tengo dos hijos y hay veces que llego a fin de mes con mil duros en la cuenta. No puedo permitirme gastar setecientas mil pesetas y por eso, al final, cosa que no recomiendo a nadie, corrimos el riesgo.» Carmen asumió el riesgo conscientemente: aunque

los porcentajes puedan no ser elevados, ella sabía que había una posibilidad de transmisión, pero lo hizo por él: «Yo estaba muy nerviosa, pero a Luis lo veía muy ilusionado.»

Luis explica que siguieron un control adecuado y que eliminaron todos aquellos factores que pudieran incrementar el riesgo: «Y mira como ha salido, un encanto. Un niño sano. No hay ningún problema.» Insiste, sin embargo, en que no desea que esta experiencia sea modelo para nadie. Según él, todo fue por dinero. Una situación que no debería repetirse.

Carmen, aunque no lo pasa muy bien cuando le toca, es partidaria de hacerse la prueba del VIH con cierta periodicidad: «Nosotras tomamos las medidas necesarias, pero yo me hago la prueba. Voy al médico de cabecera y le digo que quiero hacerme esta prueba y no me pone ninguna pega, lo ve normal.»

La vida sigue

Ahora miran hacia delante, piensan en el futuro más inmediato. La vida sigue y todavía habrá que resolver nuevas situaciones. Carmen sabe que no va a ser fácil: «Todavía me da miedo hablarlo con cierta gente. Con mis amigas no puedo contarlo, porque no todo el mundo lo va a entender. Me siento un poco incómoda con la gente con la que me relaciono aquí.» Luego, vendrá el momento de hablar con los niños. Francisco, el mayor, sabe que su padre toma pastillas, pero no pregunta nada. Según Carmen él es muy reservado. Luis cree que todavía es pronto: «Se lo vamos a explicar cuando sea un poco mayor.»

Finalmente, Luis quiso lanzar un mensaje para todas aquellas personas que viven con VIH y que sienten la necesidad de amar: «El amor es más poderoso que una enfermedad. Yo diría a las personas que no renuncien a nada. Que busquen el valor humano de la persona, que no estén simplemente con otra persona por compartir un estado serológico, porque eso no necesariamente une a las personas. Es el día a día, los valores, el cariño, la capacidad de entrega, la capacidad de sacrificio por el/la otro/a. Pensar sólo en encontrar personas de tu mismo estado serológico es cortar la posibilidad de algo maravilloso. Creo que es un error, que yo también cometí. Como sentirme sucio durante cinco años y pensar que estaba vacío, que no podía ofrecer nada a nadie. Ahora recomiendo todo lo contrario. Que la gente sea positiva ante todo, que crean que son capaces de superar las barreras.» +



«salvar la distancia»

Adolf y Eduardo se conocieron el invierno pasado. No es difícil adivinar que están pasando por un momento dulce en su relación. Sus gestos y sus miradas delatan sus sentimientos mucho antes de que empiecen a hablar de ello. Adolf tiene cuarenta y seis años, es expleado de

banca, VIH+ y vive holgadamente de su pensión. Eduardo es VIH-, tiene veintiséis años y es técnico informático. Ahora vive con sus padres, pero dice que en unos meses va a independizarse. A largo plazo, los planes de esta pareja barcelonesa son comprarse una casa, donde vivir juntos, formar un hogar, y quién sabe, quizá tener un hijo.

Eduardo dice que antes de Adolf, no había conocido a nadie con VIH, al menos a nadie que le confesara abiertamente su seropositividad, aunque sí se consideraba informado por su trayectoria en el asociacionismo gay. «Yo ya sabía bastante acerca del SIDA porque he estado en varias asociaciones, pero veía el tema de una manera tranquila. Estaba informado pero no conocía de cerca a nadie que fuera VIH+, ni anteriores parejas ni amigos, al menos que yo supiera. La primera persona con VIH que me lo dijo fue Adolf, cuando nos conocimos en diciembre de 2000. Desde el primer momento me gustó mucho, me gustó su naturalidad, me pareció simpático y muy amable.»

El baile

Sus vidas coincidieron por primera vez en un baile organizado por una asociación gay de Barcelona, el Casal Lambda. Allí se cortejaron e intercambiaron teléfonos. El paso siguiente fue una cita, un sábado de diciembre frío y lluvioso. «Pasamos todo el día juntos charlando», recuerda Eduardo, «y luego fuimos a cenar. Fue en el restaurante donde me enseñó la caja de sus pastillas, pero en ese momento no le di importancia. Lo encontraba muy nervioso, pero lo atribuí al hecho de que era nuestra primera cita. El caso es que después de la cena, decidimos ir al cine y cogimos el metro. En las escaleras del metro sacó las pastillas y me dijo: ¿No te has preguntado por qué tomo pastillas? Insistió. Quería que lo adivinara yo. Al final tuvo que decírmelo: "Soy seropositivo." De entrada me quedé en blanco, congelado, luego reaccioné y pensé: "Voy a tratar de que sea lo menos duro para él, para no herirle, para no darle una sensación de rechazo." Hubo un rato de silencio. Pensé "¡caray cómo me lo voy a plantear esto ahora!" Yo tenía miedo a la enfermedad pero esa persona me gustaba mucho. Pensé que no podía cerrar la puerta sólo por eso. Y fuimos al cine. Él estaba muy afectado, con la cabeza en otro sitio. Ese día sólo intenté acercarme a él, darle confianza.» Adolf, por su parte, llevaba toda la tarde dándole vueltas a la cabeza: «Quedamos y yo sólo pensaba en cómo se lo iba a decir. Lo fui pensando durante toda la tarde y cuando subía las escaleras del metro se lo dije, sé que fue un bombazo.» A pesar de la forma y del momento, Eduardo se alegra de que Adolf diera el paso: «Creo que mucha gente no llega a dar ese paso porque tiene muy interiorizada su enfermedad, piensan que no va a funcionar de

entrada porque ya no se valoran a sí mism@s. Me di cuenta que Adolf también tenía la autoestima un poco baja. Noté inseguridad. Dijo cosas como: si quieres irte, vete ahora.»

La primera noche

Ninguno de los dos guarda un buen recuerdo de la primera noche que pasaron juntos aunque afirman que fue un punto de partida necesario. Ambos cuentan que se sentían divididos, sus sentimientos eran contradictorios. Eduardo, que tenía la oportunidad de poner en práctica toda la teoría que había aprendido en los años anteriores, confiesa que esa noche tuvo miedo: «Pensaba que valía la pena, pero tenía miedo.» Se sintió físicamente muy vulnerable: «Yo tengo propensión a desarrollar aftas en la boca y por eso me daban miedo los besos con lengua, la felación y que su semen pudiera caer en alguna zona peligrosa. En definitiva, tenía miedo de que él se corriera.» Adolf describe aquel encuentro como «una mezcla de amor y tensión» con un mal desenlace: «Yo tenía mucho miedo de que me hiriera y también de herirle a él. Y al final resultó que esa noche nos herimos los dos. Fue bastante cruel la forma de despedirnos.»

Empezar por uno mismo

Para Adolf el proceso de aceptación de su seropositividad ha sido largo y se ha visto determinado por la respuesta que obtenía desde el exterior, sobre todo de parejas anteriores. En un principio, y después de no pocos desengaños, optó por realizar una búsqueda en sí mismo. «En 1992 conocí a un chico que cuando le dije que era seropositivo abrió la puerta de la casa y me dijo: ya te puedes ir. A partir de ahí, yo me encerré, me dediqué a hacer yoga, meditación trascendental y me fui con budistas durante mucho tiempo. Intenté relacionarme con otro tipo de personas y olvidarme de mi mundo. Dejé de ver a muchos amigos, pero me enteraba que había fallecido uno y luego otro, que desaparecía uno por aquí, otro por allá. Este sentimiento me hizo ser como el cangrejo ermitaño. Durante ese periodo tuve poquísimas relaciones sexuales. Utilizaba la masturbación como un desahogo.» Años más tarde, y a raíz de una visita al psiquiatra, entró en un grupo de autoayuda



promovido desde el Hospital Clínic de Barcelona. «Pensé», asegura Adolf, «que yo no me encontraría a gusto en una situación con personas que no fueran próximas a mí. Pero resultó ser un gran grupo conformado por gente muy distinta: había dos amas de casa con hijos, unas chicas solteras, tres hombres homosexuales, un chico heterosexual y otro con historia de uso de drogas. Lo pasábamos bien. A veces salíamos de juerga, a pasear, o tomábamos el té aquí en casa. Y claro, yo me fui abriendo y entendí que el mío era también un problema de otr@s y que con ayuda podía superarlo. Estaba harto de las cuatro paredes de mi casa y entendí que tenía que expandirme». Así prosiguió su búsqueda y llamó a la puerta de varias asociaciones: primero ACTUA, luego Projecte dels Noms y finalmente Gais Positius, donde dice sentirse más a gusto. Durante este tiempo ha tenido la oportunidad de conocer a muchas personas que viven con VIH, ha hecho much@s nuev@s amig@s

En pareja

Justo en ese momento, cuando había estrechado vínculos con muchas personas con VIH, aparece Eduardo, una persona joven, seronegativa, que, en ningún momento entraba en los planes de Adolf, pero cuya singularidad le llamó enormemente la atención: «Enseguida me sentí orgulloso de él, porque es una persona que tiene ganas de luchar, de hacer cosas. No me gustan los chicos que se quedan retraídos y sólo se preocupan de comprarse la camiseta Ovas o irse a Nueva York; los hombres plástico que hacen músculos para venderse.» Y le dio la confianza suficiente como para invitar a Eduardo a que le acompañase en su proceso. Un taller de

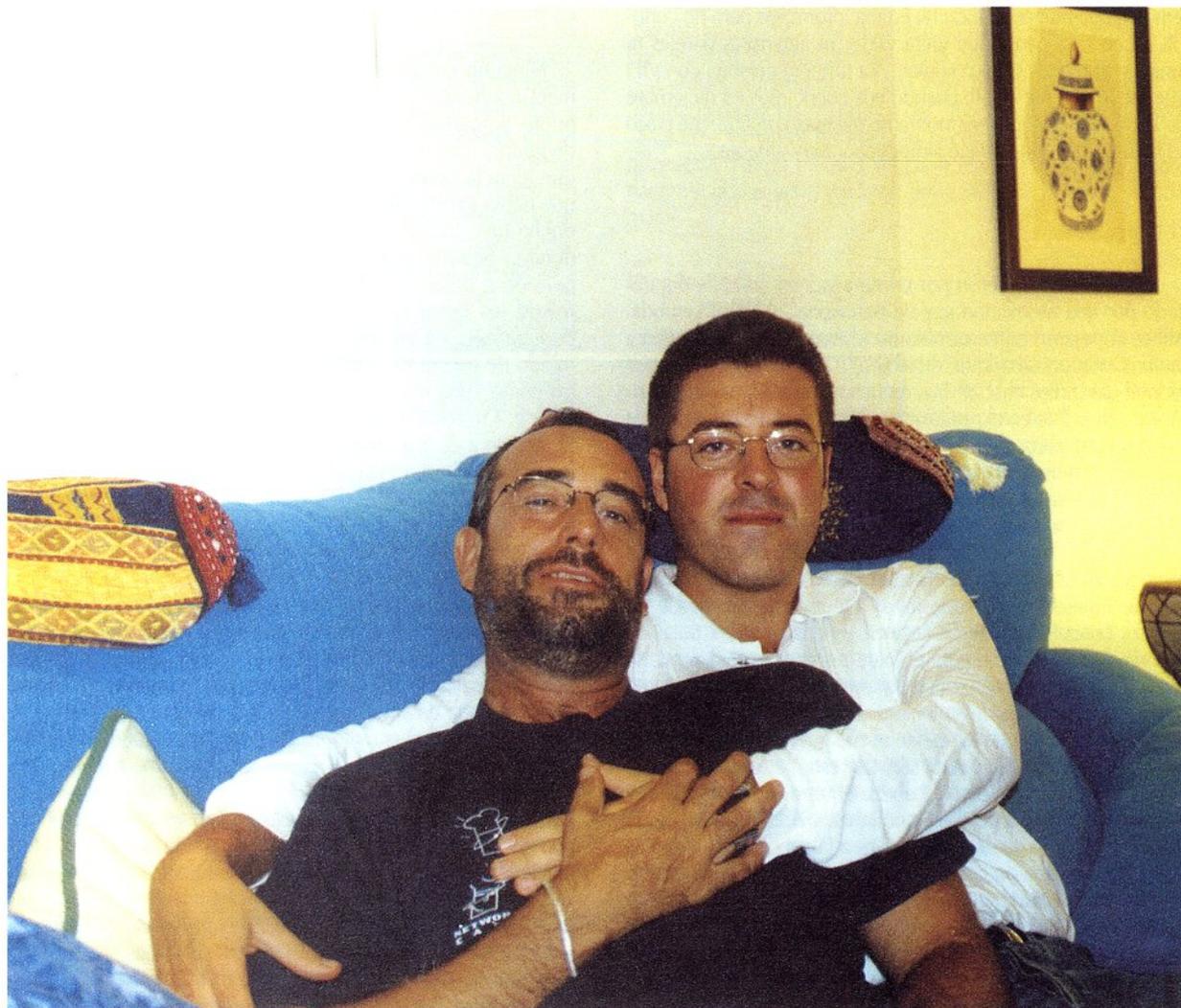
sexo positivo, del que se enteraron un poco de casualidad y una consulta a una especialista en transmisión del VIH pusieron hilo en la aguja para que avanzara una relación sexual que se inició colmada de miedos. «A mí el taller me sirvió, me dio una referencia para saber cómo se sienten l@s seropositiv@s. Y vi que no son tod@s iguales. Me sirvió para coger referencias y me di cuenta de los principales problemas», asegura Eduardo.

Para Adolf el cambio ha sido radical: «Ahora tenemos una sexualidad más entusiasta que al principio. Antes era muy rígida y ahora lo llevamos mejor, mucho más suelto. Sabemos que hay cosas que mejor no hacer pero ya no es aquella rigidez del principio. Hemos modificado nuestra forma de hacer el sexo. Disfrutamos con muchas fantasías, nos montamos nuestras propias películas y nos lo pasamos bien, sinceramente. Creo que cada pareja tiene que hacerse su propio abecedario del sexo. Hay que buscar los mecanismos para hacer un sexo divertido y placentero.» Además, Eduardo añade: «Para estar más tranquilo he decidido hacerme las pruebas del VIH cuatro veces al año», y desde la serenidad dice haber aprendido también a resolver algunas situaciones de la vida cotidiana: «Adolf es muy temperamental. Un día me dio un beso en la boca muy brusco, me hizo una herida y me asusté. Él rápidamente cogió el alcohol, la desinfectó y me dijo: "Tranquilo, no pasa nada, yo no me he hecho herida." Son este tipo de situaciones las que al principio te dan más miedo.»

Con todo, Eduardo confiesa sentirse ahora distinto junto a Adolf. «Sé que es una persona motivada por lo que respecta a su enfermedad, sigue una disciplina, toma su medicación y hace ejercicio físico. Esto me gusta y me da seguridad. Creo que es importante que las personas que viven con VIH se den



20



cuenta de que pueden aportar mucho a su pareja, si se aceptan, si se cuidan, todo eso se transmite.»

Cuestión de confianza

Más allá del equilibrio dentro de la pareja, Eduardo se muestra cauto. Cree que no todas las personas de su entorno van a entender su elección: «Yo no lo he hecho muy público. Al mes de conocerlo se lo dije a mis amigos más íntimos porque sé que son receptivos. A mi familia no. A mi madre y a mi padre no se lo voy a decir, a mi hermano quizá sí. Es una cuestión de confianza, no por nada más. Yo puedo vivir tranquilamente sin tenerlo que contar a mi familia, porque no estoy avergonzado de ello. Esto es como la decisión de decir si eres gay o no. A veces lo haces un poco por no complicar las cosas. Supones que no se te va a entender.»

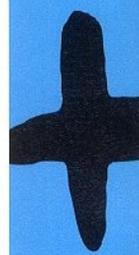
Sólo se vive una vez

Adolf, desde su experiencia, ya no ve la infección con VIH como un obstáculo para relacionarse con los demás. Cree que es importante que las personas que vivimos con VIH nos abramos a la sociedad, a todos, ya sean VIH positivos o negativos. No recomienda a nadie que sólo contemple la posibilidad de formar una pareja entre positivos. «Lo que yo pienso es que lo más importante es que uno se quiera. Sólo se vive una vez en la vida y no se puede estar intentando quitar el grano de la paja. Éste sí, éste no, éste no sé qué. Pues mira, lo importante no es lo que piensen los demás, es lo que pienses tú. Y si tú te quieres... las personas somos como antenas, que vamos emitiendo, si eres feliz contigo mismo vas a transmitirlo a los demás y te van a aceptar tal como eres. Pero si vas castigándote, flagelándote y angustiándote, por bellissimo que seas estás transmitiendo negatividad. Uno no puede ir de víctima. Cuesta, pero vale la pena ser valiente, porque tú dominas la situación. Si alguien no te acepta, se lo pierde. Tú ya sabes lo que vales.» Eduardo añade: «El rechazo a veces empieza por uno mismo. Hay mucha gente VIH negativa que puede estar abierta a una relación con una persona seropositiva.»

Adolf tiene claro que hay mucho por hacer y está dispuesto a contribuir con su granito de arena. Desde hace un tiempo es voluntario de Gais Positius, una asociación para hombres homosexuales con VIH, sus parejas y amigos. «Es importante que las personas que vivimos con VIH estemos abiertos a grupos de seropositivos, a grupos de personas que



hacen autoayuda. Cuando uno va a la visita del médico se encuentra a mucha gente, pero apenas se miran los unos a otros, apenas se comunican. Están como fantasmas, deseando que rápidamente les toque la visita para luego salir en estampida. Esto creo que es un mal síntoma, eso es esconderse, y llevar el estigma de ser seropositivo no aceptado y creo que tenemos que luchar para que las personas estén ahí sin esa tensión.» De momento, Adolf, ya ha prestado su imagen para una campaña de ámbito estatal sobre la visibilidad de las personas que vivimos con VIH +



«sólo nos apetecía abrazarnos»

Carmen y Óscar se conocen desde hace once años. Fue «la típica historia de críos, nos presentó una pareja de amig@s». Ahora tie-

nen veintiocho y veintinueve años respectivamente y viven en Madrid. Apenas hace unos meses que saben que el VIH les acompaña.

¿Cuándo supisteis que erais una pareja serodiscordante?

El mes de abril de este año.

¿Qué sentisteis en ese momento?

Que el mundo se acababa. En realidad en marzo de este año Óscar dio positivo y al hacerme yo las pruebas di también positivo. Me las hice en un centro privado y ni siquiera se molestaron en hacerme la prueba de confirmación. En abril y ya en la Seguridad Social me confirmaron que fue un falso positivo y que en realidad soy VIH negativa. En ese momento no podía ni alegrarme. Óscar, sin embargo, estaba muy contento con la nueva noticia. A mí, de alguna manera y aunque suene absurdo, me parecía que era como si le abandonara en la lucha que hasta ese momento teníamos junt@s.

¿Qué información teníais cuando lo supisteis?

Teníamos muy poca, pensábamos que en unos años «el bicho» podría con nosotr@s. Lo único que sabíamos era que podíamos seguir con nuestra vida en pareja sin apenas cambios (yo tomaba la píldora y había que empezar a usar preservativos).

¿Lo habéis comunicado a vuestras familias? ¿Cuál ha sido la reacción?

De la familia de Óscar sólo lo sabe su hermano y su cuñada. Tiene más hermanos, pero creemos que ni ellos ni sus padres lo tomen con tranquilidad. Tanto su hermano como su cuñada han reaccionado como esperábamos, son estupendos. Imaginamos que cuando estén sol@s lo llevarán mal (tristeza, miedo...) pero delante de nosotr@s se comportan como siempre. De mi familia lo saben mi madre y mi hermano (sólo tengo un hermano). A mi padre no le hemos querido decir nada ya que estuvo muy delicado. Ahora está recuperado y esto sería un mazazo. La actitud de mi madre y de mi hermano tampoco ha cambiado.

¿A qué os dedicáis? ¿Cómo afecta a vuestra vida laboral?

Óscar antes era vigilante, ahora es fontanero. Yo soy teleoperadora. Cuando nos enteramos él estaba en paro y no tenía problemas para ir al médico. Óscar ahora ya está trabajando. Lleva en la empresa

sólo unos meses y por ahora no tiene problemas. Imaginamos que los problemas vendrán cuando tenga que hacerse las analíticas, cuando tenga que ir a por los resultados, etc. ¿Qué te voy a contar? Un follón. Yo ahora estoy en paro y buscando trabajo.

¿Cuáles son las dudas y miedos que como persona VIH negativa experimentas en esta relación?

Todavía me queda alguna duda relativa al plano sexual. Ahora para todo utilizamos preservativo. Tengo miedo de que Óscar enferme, que la sociedad lo rechace, que el día de mañana tenga que dejar de trabajar si no se encuentra bien... Y mucho miedo de que me falte.

¿Y al revés, cómo lo vive un VIH+?

Prácticamente tengo las mismas dudas que tiene Carmen. Tengo miedo a infectar a Carmen y a que se enteren en la empresa y no me renueven el contrato. Hace tiempo tenía miedo de que Carmen me dejara por esta situación, ahora ya no.

¿Cómo valoráis vuestra vida sexual?

Ahora ya es como siempre, pero los primeros meses dejó de existir. Cuando nos metíamos en la cama sólo nos apetecía abrazarnos y sentirnos uno al lado del otro. Con el tiempo te das cuenta de que sigues vivo y gracias a Dios todo vuelve a la normalidad.

¿La serodiscordancia es fácil de manejar en el terreno sexual?

Sinceramente es un poco «puñetera». Nos ha cortado un poco a la hora de realizar ciertas prácticas sexuales.

¿Cuáles son los obstáculos que os encontráis como pareja?

Por ahora ninguno. No pensamos que podamos tener ningún obstáculo.

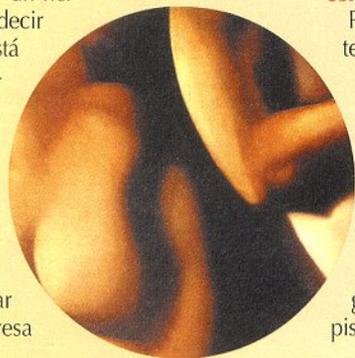
¿Tenéis hijos? ¿Pensáis en tener?

No tenemos pero queremos tener el día de mañana. Por ahora no hay prisa.

Además por lo poco que sabemos el tratamiento no es nada barato y habría que ir ahorrando.

¿Cuáles son vuestros planes de futuro?

Pensamos que los de cualquier pareja. Nos gustaría casarnos, formar una familia, pagar el piso... Llevar una vida normal +



22



i Viva la tolerancia!

José tiene treinta y seis años y es VIH negativo. Su compañero es VIH positivo y tiene cuarenta y seis. Se conocieron en 1991 en una fiesta de carnaval en Barcelona, la ciudad

¿Cuándo supisteis que erais una pareja serodiscordante?
Siete años después de conocernos, es decir, hace ahora tres años.

¿Qué sentisteis en ese momento?

Bueno, él no sintió nada porque estaba en estado de coma, y yo vi mi vida rota como cuando una jarra de cristal se cae al suelo y queda rota en un montón de trozos.

¿Qué información teniais cuando lo supisteis?

Pues yo, en concreto, toda equivocada, después de siete años y hacerme en ese tiempo dos veces las pruebas del VIH. Pensaba que no podía pasarnos a nosotros. No sabía que tenía una tan larga «incubación» en el organismo, y como tenía pareja fija era impensable que nos ocurriera esto. Además, con dos pruebas negativas del VIH no podía ocurrir, no hubo cuernos por el medio. Luego caímos en la cuenta de que se infectó poco antes de conocerme a mí.

¿Lo habéis comunicado a vuestras familias? ¿Cuál ha sido la reacción?

A mi madre no le he dicho nada porque ni siquiera entiendo la cuestión gay, pero mi hermana ha sido mi motor en los momentos bajos y lo aceptó desde el principio muy bien, de manera incondicional.

¿Cómo valoras vuestra vida sexual?

Yo echo de menos tener más relaciones sexuales. En estos momentos él está como más apático con el sexo, creo que obedece más a un estado emocional que a la medicación.

¿La serodiscordancia es fácil de manejar en este terreno?

La inmensa mayoría de las veces sí es fácil, pero en ocasiones me entran miedos que luego me doy cuenta que son

donde viven. En el momento de esta entrevista José, que es licenciado en Geografía e Historia, acaba de quedarse en el paro. Es él quien nos habla de su relación.

falsos. También tenemos encima una presión social fuerte y una falsa mitología sobre la transmisión del SIDA.

¿Cuáles son los obstáculos que os encontráis como pareja?

Encontrar trabajo para él, ya que puede hacerlo perfectamente, pero la sociedad y las empresas no quieren tratos con personas que cada tres meses más o menos tienen que faltar al trabajo dos veces, una para la extracción de sangre y otra para recibir los resultados. Si saben de lo que se trata, ya sabes que te vas directo a la calle. Lo digo porque a él le ha pasado. ¡Viva la tolerancia y las políticas de reinserción laboral!

¿Tenéis hijos? ¿Pensáis en tener?

A mí me encantaría, pero él ya tiene y no le hace tanta gracia la idea. Además las leyes no nos amparan nada a la hora de la adopción. Otro ejemplo de intolerancia social.

¿Cuáles son vuestros planes de futuro?

Estar tranquilo y tener una seguridad económica.

José, en su tiempo libre, participa de forma muy activa en el funcionamiento de un chat para serodiscordantes en internet. Se trata de una iniciativa novedosa que nació en octubre de 2000 desde la asociación ACTUA en Barcelona. «Somos personas seronegativas con parejas seropositivas, que nos reunimos en la red para poder charlar sobre las cuestiones que más nos atañen, intercambiar opiniones e incluso en algunos casos conocernos. En definitiva, poderse comunicar. Yo soy el animador, el que recibe a la gente nueva para ayudarles a integrarse, aunque normalmente ya lo hacen por sí sol@s» cuenta José, que se muestra muy entusiasta con las posibilidades de la tecnología: «Permite la comunicación entre personas de todos los lugares del planeta, que de otra manera no sería posible. Entran personas de todas las edades y de cualquier tendencia sexual» +

se-ro-dis-cor-dan-te (*adj.*): dicese de quien, siendo seronegativo, mantiene una relación estable de pareja con una persona seropositiva al VIH.

(*chat*)

<http://www.interactua.net/cafeteria/chat/>

(*foro*)

<http://www.interactua.net/cafeteria/discordantes/>

interactua.net

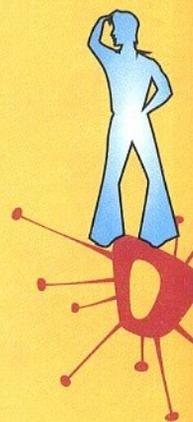
Cada jueves, a las 22:30 (hora peninsular española) se reúne el grupo serodiscordante en la página www.interactua.net.

Si tu pareja es seropositiva y tú no, participa en el chat y el foro.

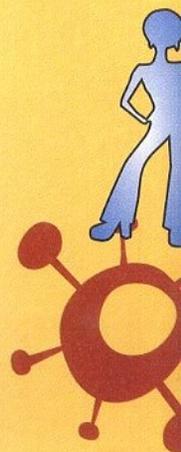
Y si eres VIH+, cada noche puedes chatear con otras personas seropositivas...



actua
associació de
persones que
vivim amb VIH
tel: 934185000
<http://www.interactua.net>



23



50x15 ¿Quieres ser vihsionari@?

1

¿Qué significan las siglas VIH?

- A. Virus de la inmunodeficiencia humana
- C. Un sofisticado sistema de vídeo recomendado por Massiel
- B. La revisión anual de los automóviles
- D. Un fondo de inversión

2

¿Qué otro término se usa para denominar a las personas que viven con VIH?

- A. Ceropositiv@s
- C. Celopositiv@s
- B. Seropositiv@s
- D. Genopositiv@s

3

¿Qué científico se considera junto a Luc Montagner el descubridor del VIH?

- A. Dr. Pato
- C. Dr. Gallo
- B. Dr. Loro
- D. Dr. Tuga

4

¿Cuál de las siguientes siglas corresponde al primer fármaco que recibió una aprobación oficial para su uso en el tratamiento del VIH?

- A. DDT
- B. TNT
- C. CNT
- D. AZT

5

¿Qué es un CD8?

- A. Un nuevo procesador de Pentium
- C. Un bifidus inactivo
- B. Un tipo de linfocito
- D. Un recopilatorio de música a buen precio

6

¿Qué es el colesterol?

- A. Un tipo de grasa en la sangre
- C. Un principio de belleza
- B. Un guiso típico de Teruel, a base de col
- D. Una verdura de origen belga con propiedades antioxidantes

7

¿Qué es la adhesión?

- A. El amor entre las personas positivas
- C. El seguimiento de la pauta de tratamiento
- B. Cuando una pastilla se queda pegada en el paladar
- D. Lo contrario de una buena sartén

8

¿Qué significan las siglas VHC?

- A. Unos lavabos comunitarios
- B. La variante del virus de la inmunodeficiencia humana en cabras
- C. Un partido político checo
- D. Virus de la hepatitis C

9

¿Cómo se denomina a la clase de fármacos que se empezaron a usar en España en 1996?

- A. Inhibidores de la pocagrasa
- B. Inhibidores de la proteasa
- C. Inhibidores de la apoptosis
- D. Inhibidores de la proteasa

10

¿Qué es una enfermedad oportunista?

- A. La que aparece y desaparece a su antojo
- B. La que aparece al final del verano y te permite alargar tus vacaciones unos días más
- C. La que aparece cuando tu sistema inmune está muy deteriorado
- D. La que te imprime un deseo irrefrenable de comprar todos los saldos

11

¿Cómo se eliminan principalmente los medicamentos anti-VIH?

- A. Por el desagüe del inodoro
- B. Poniéndolos 10 minutos al baño maría
- C. Tirándolos a la basura
- D. Por el hígado y el riñón

12

¿En caso de no tener agua a mano con qué será mejor tomar las pastis?

- A. Con un carajillo
- B. Con un zumo de frutas
- C. Con Dom Perignon
- D. Con una copita de vino de Rueda

13

¿Qué son las mitocondrias?

- A. Un mito griego
- B. Aquellas personas con VIH que creen estar siempre enfermas
- C. Un cuadro de Velázquez
- D. Unos organismos encargados de la respiración celular

14

¿A qué nos referimos cuando hablamos de primoinfección?

- A. A las primeras fases del enamoramiento
- B. A la infección que te encuentras sin enterarte
- C. A la primer fase de la infección por VIH
- D. A la infección que sólo se transmite entre prim@s

15

¿Qué es la creatinina?

- A. Una crema de día
- B. Un parámetro sérico asociado a la aclaración renal
- C. Cuando Mari Trini crea
- D. Un fermento para que crezca el pelo



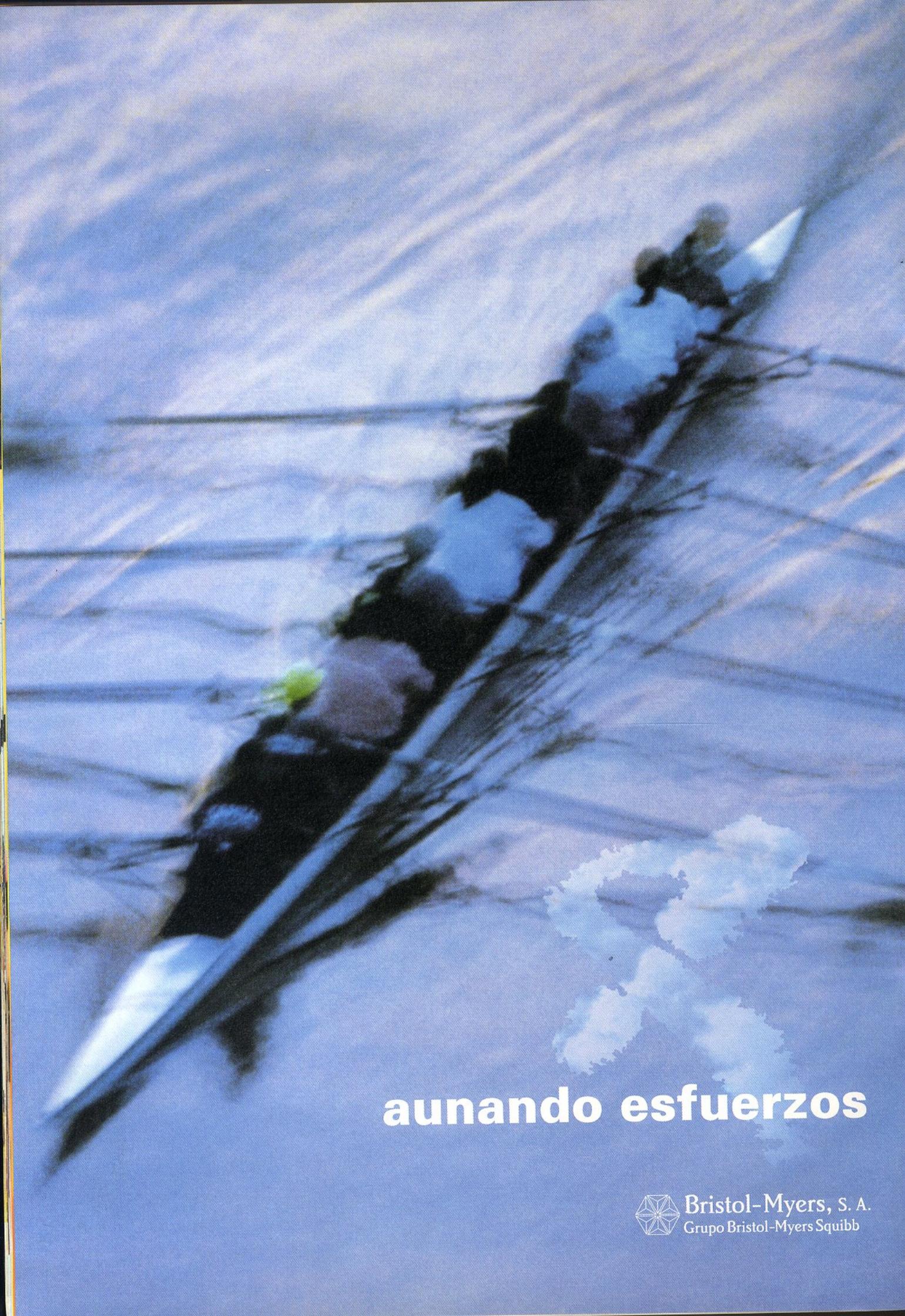
Puedes usar el comodín de la llamada: gtt 933020411



o llamar a un/a amigo@



o si crees que esto es un liiiiño, ir directamente a la página 48.



aunando esfuerzos



Bristol-Myers, S. A.
Grupo Bristol-Myers Squibb

Y ahora, ¿qué hacemos?

En una relación sexual serodiscordante cada pareja establece los mecanismos para negociar las prácticas sexuales y el grado de riesgo que se quiere asumir. No obstante y aunque el nivel de

información sea alto, en ocasiones puede surgir la preocupación por una posible transmisión, ya sea por haber asumido un riesgo muy elevado o por un accidente o fallo del método preventivo utilizado.

En esos casos y con el objetivo de evitar la infección de la persona VIH negativa, en primer lugar es necesario lavar la zona expuesta con agua y jabón, a ser posible. Aunque no existe evidencia de que el uso de antisépticos reduzca el riesgo de transmisión su uso no está contraindicado. La aplicación de agentes cáusticos como la lejía o las inyecciones de antisépticos o desinfectantes no están recomendadas.

En segundo lugar, se recomienda ponerse en contacto con el/la médic@ especialista en VIH lo antes posible. Si no se puede localizar al/a la médic@, conviene acudir a la unidad de VIH donde se trata el miembro VIH+ de la pareja o en caso de encontrarse fuera del lugar de residencia habitual, a la unidad más cercana, pues existe la posibilidad de someterse a un tratamiento farmacológico que puede reducir de forma muy significativa el riesgo de desarrollar infección por VIH. Es lo que se llama profilaxis post exposición (PPE). Las últimas directrices publicadas el pasado 29 de junio de este año, elaboradas por los CDC (centros para la prevención y el control de las enfermedades) de los Estados Unidos recomiendan que se inicie una terapia al cabo de unas pocas horas de la exposición. Los estudios realizados en animales sugieren que la PPE probablemente sea menos eficaz cuando se inicia más allá de las 24-36 horas posteriores a la exposición, pero el intervalo tras el cual la PPE no aporta ningún beneficio a los humanos no está definido. Así, estas directrices recomiendan iniciar PPE aunque se haya superado el periodo de 36 horas. Por el momento, se desconoce la duración óptima de esta terapia, pero la pauta habitual suele ser de 4 semanas, siempre y cuando se toleren los fármacos.

Los regímenes pueden ser de dos o tres fármacos. Respecto al tipo de terapia más apropiada, no existen suficientes evidencias para recomendar una terapia triple en todos los casos, pero sí cuando la exposición conlleva un alto riesgo de transmisión. Para tomar esta decisión resultará útil recabar información sobre el miembro VIH+ de la pareja como el estadio de la infección por VIH (asintomático, sintomático, SIDA), el recuento de CD4, la carga viral en sangre, la terapia antirretroviral actual y las anteriores si las hubiera, así como también podrá considerarse la información sobre pruebas de resistencia genotípicas. En caso de que no se disponga de esta información se aconseja iniciar inmediatamente un tratamiento, que podrá ser modificado con los datos obtenidos posteriormente.

La terapia básica de dos fármacos recomendada está compuesta por dos análogos de nucleósido. Estas últimas directrices estadounidenses contemplan sólo los fármacos aprobados

hasta la fecha en dicho país. Así las combinaciones son AZT (Retrovir) + 3TC (Epivir) o d4T (Zerit) + 3TC o ddI (Videx) + d4T.

La terapia ampliada a tres fármacos puede, además de una de las combinaciones anteriores, incluir indinavir (Crixivan) o nelfinavir (Viracept) o efavirenz (Sustiva) o abacavir (Ziagen). El uso de otros fármacos como ritonavir (Norvir), saquinavir (Fortovase), amprenavir (Agenerase), lopinavir/ritonavir (Kaletra) precisa, según estas directrices, la evaluación de un/a expert@. No se recomienda el uso de nevirapina (Viramune) por razones de seguridad.

En el caso de que la persona expuesta esté embarazada es necesario valorar los beneficios y riesgos potenciales para ella y para el feto. Se sabe que es mejor evitar el uso de efavirenz, que se han dado casos de acidosis láctica fatal en mujeres que tomaban la combinación ddI + d4T y que indinavir administrado en los últimos días de gestación puede causar elevaciones no deseadas de bilirrubina en el/la recién nacido@.

Una vez iniciado el tratamiento es importante realizar pruebas de anticuerpos del VIH al menos al cabo de 6 meses. Pudiendo ser a las 6 semanas, a las 12 semanas y a los 6 meses. Las pruebas de detección de virus como las del antígeno p24 de VIH o las de ARN de VIH no están recomendadas en este caso por su alta tasa de falsos positivos.

En caso de exposición al VHC (virus de la hepatitis C) no se recomienda el uso de inmunoglobulina ni agentes antivirales como PPE. Si se confirma la infección, aunque los datos disponibles hasta la fecha son limitados, parece que pueden obtenerse beneficios si se inicia un tratamiento en las primeras fases de la infección.

Si se ha estado expuest@ al VHB (virus de la hepatitis B) y en caso necesario, la elección puede ser el tratamiento con inmunoglobulina y/o iniciar un ciclo de vacunación para VHB. Si este ciclo ya se había iniciado se aconseja seguir con el calendario establecido.

En ningún caso estas pautas deben administrarse por cuenta propia. Será el/la médic@ especialista con quien se podrá decidir cuál es la intervención más adecuada +

Referencia

Se pueden obtener las directrices íntegras en su versión en inglés en <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/guidelines.htm> pinchando en *Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis.*



27

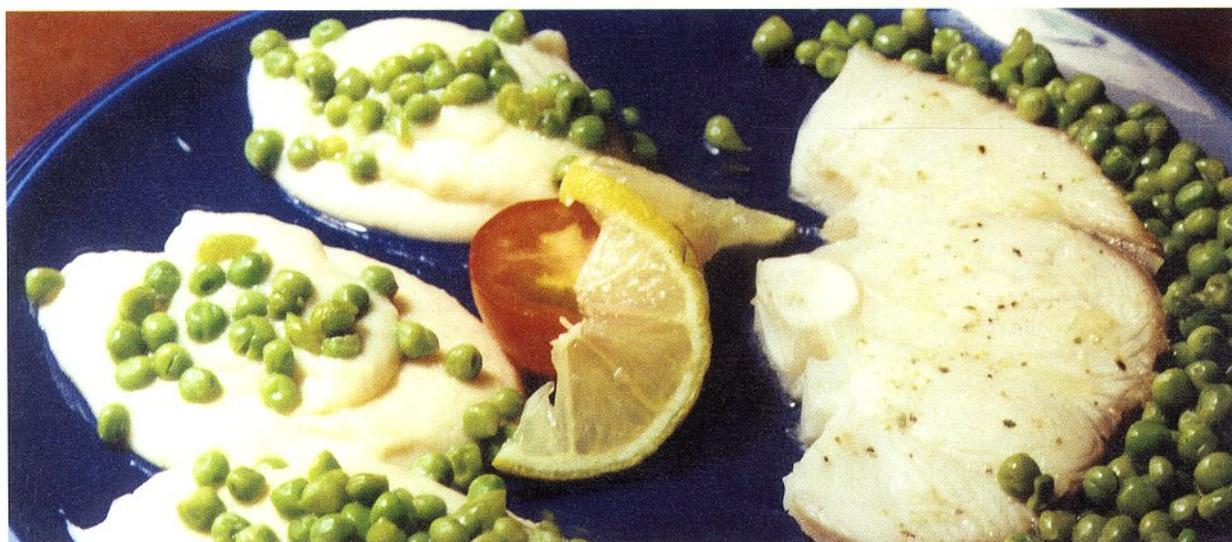


Cocina para tus venas

Las células de nuestra piel, nuestra sangre, nuestros órganos internos se reconstruyen y renuevan sin cesar y sus 'materiales de construcción' vienen a ser, básicamente, el pan nuestro de cada día. Como explicamos en este mismo número de LO+POSITIVO (pág. 43), muchas personas con infección por VIH presentan algún tipo de anomalía en la producción de células sanguíneas, sean éstas glóbulos rojos, blancos o plaquetas. La anemia o escasez de glóbulos rojos es una de las más frecuentes y hoy sabemos que una dieta que incluya cantidades adecuadas de hierro, vitamina B12 y ácido fólico resulta clave en su prevención. Si crees que tu dieta deja que

deseas, intenta hablar con un/a nutricionista: quizá te interese utilizar algún suplemento de vitaminas y minerales. Si estás o piensas estar embarazada, necesitarás suplementos de ácido fólico para cubrir las necesidades de producción sanguínea del feto y prevenir que nazca con espina bífida.

Para que hagas buena sangre cuando cocines, aquí tienes una lista de alimentos ricos en ciertos micronutrientes conocidos por su papel en la formación y función sanguínea. Además, hemos preparado un menú elaborado en su totalidad con ingredientes seleccionados de la misma lista, que esperamos te ayude a cocinar para tus venas +



Alimentos ricos en nutrientes importantes para la generación de glóbulos rojos:

- **Hierro:** alubias, hígado de buey y ternera*, col, frutas secas (albaricoques, ciruelas, uvas pasas), verduras de color verde (brócoli, guisantes, espinacas), pescado, carne, melaza, harina de avena, cacahuetes, marisco, productos integrales (pan, pasta, magdalenas).
- **Ácido fólico/folato:** alubias, hígado de buey y ternera, remolacha, levadura de cerveza, yema de huevo, ciertas frutas (banana, melón cantalupo), verduras de color verde, zumo de naranja, cacahuetes, patatas, pipas de girasol.
- **Vitamina B12:** hígado de buey y ternera, productos lácteos (leche, queso, yogur), huevos, pescado, carne, marisco.

Dónde encontrar zinc, un micronutriente importante para la generación de linfocitos:

- **Zinc:** hígado de buey y ternera, salvado de cereal, productos lácteos, huevos, carne, ostras, germen de trigo.

* De momento, las medidas de prevención del mal de las vacas locas desaconsejan terminantemente el uso de cualquier víscera de vaca, hígado incluido.

Ensalada de espinacas a las cuatro semillas

El gran Popeye las tomaba directas del bote, pero las espinacas son una estupenda opción así tal cual: frescas y crudas en ensalada. Si lavar y limpiar verduras se te hace cuesta arriba y no te importa pagar la diferencia, puedes encontrar espinacas frescas ya lavadas y listas para comer en cualquier supermercado bien surtido. El toque oriental (y muy nutritivo) de los brotes de soja puede sustituirse por el golpe de color y vitaminas de una simple zanahoria rallada o por unos champiñones frescos finamente laminados.

Ingredientes: 1/2kg de espinacas frescas • 300 gramos de remolacha roja (entera y precocida, entera cruda o en bote troceada) • 50 gramos de pipas de girasol peladas • 50 gramos de pipas de calabaza secas • 200 gramos de brotes de soja (frescos en bandeja o en bote de conserva) • Sal y pimienta. **Para la vinagreta:** 100 gramos de cacahuets pelados salados, aceite (mejor de girasol o de cacahuete) y vinagre al gusto.

Preparación: Si no lo están ya, lava las espinacas con agua abundante y quita las hojas estropeadas o amarillentas. Corta las hojas más grandes en trozos y deja las más pequeñas enteras. Mientras dejas escurrir las espinacas, lava la remolacha y córtala en láminas muy finas y redondas. En caso de que las remolachas estén crudas, péralas y hiérvelas durante 30 minutos como si fueran patatas. Pon en una bandeja un lecho de espinacas y después las rodajas de remolacha. Salpimenta al gusto y echa por encima las pipas de girasol, las de calabaza y los brotes de soja.

Justo antes de servir la ensalada, alíñala con la vinagreta de cacahuete, que harás machacando los cacahuets en un mortero hasta que adquieran una consistencia pastosa y ligándolo después con vinagre y aceite al gusto.



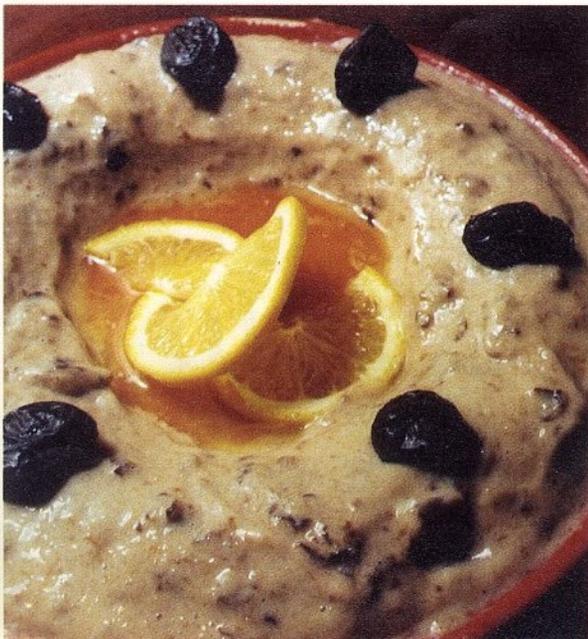
Pescado blanco a la plancha con puré de alubias

Una receta sencilla y fina pero de gran poder nutritivo. El pescado blanco queda a tú gusto (y a tu bolsillo, claro): lo ideal sería merluza fresca, pero un buen congelado de pescado blanco puede resultar gastronómica y dietéticamente (casi) igual de bien. Si te preocupan las grasas, puedes prescindir del toque de color, cremosidad (y colesterol!), que añade la yema de huevo.

Ingredientes: 4 rodajas o filetes de pescado blanco • 400 gramos de alubias blancas en bote (o frescas simplemente cocidas) • 125 gramos de guisantes de lata precocidos o congelados • 1 yema de huevo • 1/2 vaso de leche • 1 limón • 50 gramos de mantequilla • Aceite • Sal, pimienta y nuez moscada

Preparación: Pon a calentar las judías con el jugo mismo del bote más el medio vaso de leche durante unos 15 minutos a fuego lento. Cuando estén calientes, pásalas a un bol grande con los 50 gramos de mantequilla (más o menos una cuchara grande), la yema de huevo, la sal y la pimienta. Pásalo todo por la batidora, hasta que quede un puré consistente (si ves que es demasiado espeso añade un poco de leche para facilitar el batido). Reserva este puré en caliente, por ejemplo, en el horno muy suave.

Cubre el fondo de una sartén o plancha con aceite, ponlo al fuego mientras salpimientas el pescado y cuando el aceite esté caliente pon el pescado con cuidado y haz cada cara de las rodajas o filetes durante unos dos o tres minutos. Antes de sacar el pescado de la sartén, añádele mientras esté aún al fuego el zumo de medio limón, y en el jugo que quede cuando lo hayas sacado echa los guisantes para que pillen el gusto. Añade entonces los guisantes enteros con este jugo al puré de alubias y remátalo con un toque de nuez moscada. Intenta que todo esté aún caliente en el momento de servir.



Flan helado de banana

Un postre casi imposible de superar por precio, facilidad de preparación y virtudes nutritivas. Si eres purista con el azúcar, puedes usarla morena o sustituirla por miel (aunque en este caso el punto dulce es diferente), y si has decidido controlar tu ingesta de grasas puedes usar yogures desnatados. Si éste no es tu problema, prueba a hacer el flan con yogures de tipo griego o extracremoso: ¡pura delicia!

Ingredientes: 4 bananas maduras (o plátanos grandes) • 100 gramos de azúcar blanco • 3 yogures naturales • 100 gramos de ciruelas secas deshuesadas • 1/2 kilo de naranjas para zumo

Preparación: En un bol grande, trocea los plátanos junto con el azúcar, los yogures y las ciruelas. Mezcla todo con la batidora eléctrica durante unos cinco minutos con movimientos de arriba abajo para así integrar aire a la mezcla y darle un punto espumoso.

Vierte la mezcla en un molde o recipiente llano y déjalo en el congelador durante unas 4 ó 5 horas. Sácalo una hora antes de ponerlo en la mesa y riega cada porción con zumo de naranja recién hecho.



Farma

Soluciones
Integrales de Salud

A stylized graphic of a globe or sphere composed of overlapping, curved lines in shades of orange, yellow, and green, set against a background of a blue sky with white clouds. The graphic is partially obscured by a green diagonal shape on the left and a blue diagonal shape on the bottom right.

**Trabajamos
por un mundo sin
VIH**

Si bebes,...

Beber es, más que un hábito, una costumbre social. En una cultura, en donde tomar alcohol forma parte de costumbres y rituales muy arraigados, quien ha tomado la opción de abstenerse suele sentirse presionado por los demás durante una cena de amig@s o una salida nocturna. Beber puede ser un placer, pero también puede convertirse en un problema, en ocasiones muy serio. Lo que sigue son algunos datos resumidos sobre el papel del alcohol en el VIH y sus tratamientos. A partir de ahí, cada un@ asume sus propias responsabilidades.

Muchas personas con VIH se preguntan si beber alcohol puede acelerar el desarrollo de SIDA. No existen pruebas de que el consumo moderado sea dañino, y no son pocas las que sienten que unas pocas copas les ayudan a relajar el estrés o la ansiedad. El consumo moderado también ha sido asociado con una reducción del riesgo de ataque al corazón, aunque esto es más controvertido, sin que se conozca el mecanismo exacto por el que esto sería así.

Sin embargo, el consumo abundante puede afectar el sistema inmunitario y puede ralentizar la recuperación después de haber sufrido infecciones. Las personas que beben abundantemente pueden tener dificultades para adherirse a sus regímenes. En este contexto, el consumo abundante se define a partir de diez o más unidades de alcohol por día, lo que equivaldría a una cerveza mediana o tercio, un vaso de vino de 60 ml o una medida corta de bebidas fuertes.

Alcohol y sistema inmunitario

Algunos estudios de laboratorio han sugerido la posibilidad de que el consumo de alcohol sea un cofactor que ayude a la replicación del VIH y, por ende, un progresor a SIDA. Los investigadores de estos estudios indican que el consumo social del alcohol incrementa la susceptibilidad de las células humanas a la infección por VIH. Otros estudios, esta vez en animales, mostraron que la ingestión crónica del alcohol incrementa la tasa de progresión del retrovirus a las enfermedades clínicas. En cambio, en las investigaciones en humanos con VIH, no hubo una evidencia experimental que demostrara que el alcohol fuese un cofactor del SIDA. Así que es difícil saber con qué quedarse.

Sin embargo, lo que sí está claro para los médicos e investigadores son las consecuencias del consumo abundante de alcohol, pues afectan directamente a las respuestas inmunitarias normales que protegen nuestro organismo de las enfermedades, conllevando una reducción sensible del número de leucocitos responsables de combatir las infecciones y la producción de anticuerpos y otras respuestas inmunitarias, suprimiendo además, la actividad de las células macrófagas y permitiendo la susceptibilidad a las infecciones bacterianas y a algunas formas de cáncer.

VIH, hepatitis y alcohol

Es bien sabido que el consumo excesivo de alcohol incrementa el riesgo de enfermedades y cirrosis hepáticas, principalmente en personas coinfectadas con VHC. Para una persona que presenta alguna enfermedad relacionada con el hígado no

es recomendable que consuma bebidas alcohólicas, ya que ello podría acelerar la progresión de la dolencia.

Antivirales y alcohol

El alcohol también puede reaccionar mal con algunos de los fármacos que estás tomando, por lo que se aconseja comprobar con el/la médico@ o con el/la farmacéutico@ que riesgos se corren al tomar alcohol cada vez que te prescriban nuevas medicaciones.

Os indicamos a continuación algunos datos de interacción entre uso de alcohol y toma de algunos antirretrovirales.

Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleósidos

Ziagen®: Ziagen y el alcohol son metabolizados por la misma enzima hepática, por lo que los niveles del fármaco en sangre se incrementan al consumir bebidas alcohólicas conjuntamente. Sin embargo, la cantidad de alcohol en sangre no aumenta por la presencia del fármaco.

Videx®, Zerit® y Hivid®: Es recomendable evitar el consumo de alcohol o hacerlo de forma moderada, pues consumirlo mientras se esté tomando algunos de estos ITIN, incrementa el riesgo de desarrollar pancreatitis o enfermedades hepáticas.

Inhibidores de la Proteasa

Norvir® y Kaletra®: La presentación en cápsulas de Norvir contiene alcohol, así como las formulaciones líquidas tanto de Norvir como de Kaletra, por lo que aquellas personas que estén bajo tratamiento con disulfiram, como prescripción frente al alcoholismo, deberían escoger un IP diferente, pues el disulfiram presenta interacción con estos dos IP.

Con respecto al resto de los antirretrovirales no hay evidencias claras de interacciones o problemas directos con el alcohol. Sin embargo, las probabilidades de lograr una carga viral más baja en aquellas personas que están bajo TARGA pero que a su vez consumen alcohol en grandes cantidades son cuatro veces menores que aquellas que sólo lo hacen esporádicamente.

En otras palabras, el abuso del alcohol afecta la eficacia de los tratamientos, la capacidad para su adhesión y también la capacidad reconstituyente del sistema inmunitario, lo que sin duda se traduce en un peor resultado virológico.

Algunas direcciones en internet pueden proveerte de más información sobre el papel del alcohol en el VIH, el VHC y sus tratamientos, aunque están en inglés. Tienen especial interés

www.HIVandHepatitis.com

www.natap.org +



31



iBuenos días!

El tránsito entre el sueño y la vigilia es un pequeño viaje que efectuamos cada mañana. A veces el sopor nos puede durante la primera fracción del día, y sólo somos capaces de transformarlo en vitalidad con café y una ducha caliente. En otras ocasiones nos despertamos con la avalancha de problemas por resolver fijamente instalados en nuestro pensamiento. Tanto la tensión como la falta de tono energético hacen que nuestra vivencia de la mañana sea espesa, que el cuerpo y la mente estén abotargados y en consecuencia, que no empecemos ni muy alegres ni muy conscientes el nuevo día.

Vamos a desarrollar aquí una pequeña guía para que ese contacto sea más armonioso. El beneficio de esta propuesta es algo que notarás con mayor evidencia cuando lleves unas cuantas mañanas practicándolo. Como nos solemos conceder poco tiempo para nosotros mismos, hemos calculado el conjunto de la sesión para unos 10 minutos, sin embargo la duración es flexible y la puedes adaptar a tu ritmo.

Con frecuencia lo primero que un@ hace al despertar es estirarse y bostezar ruidosamente. Si has perdido ese impulso natural, créalo. Observa cómo el impulso nace de la zona central del cuerpo, el plexo solar, y se va extendiendo hacia las extremidades.

A continuación, boca arriba y lo más relajad@ que puedas, pon la palma de una de tus manos sobre el abdomen. Vamos a conectar con la respiración abdominal. La idea es que lo primero que tiene que llenarse de aire es tu abdomen, después las costillas y por último, los pulmones. Aunque en la frase quede fraccionado, debes entenderlo como un movimiento de ola. En la expiración el orden es a la inversa: pulmones, costillas y abdomen. Esta respiración profunda ya es un masaje sutil, notarás cómo a cada inspiración la columna de aire es más ancha. La respiración abdominal es nuestra respiración natural, si observas a un bebé te darás cuenta. Al perderla, perderemos un contacto profundo con nuestras zonas de entraña, donde según la medicina ayurvédica [ver GLOSARIO] están situados el primer y el segundo *chakra* o centros de energía. Una buena respiración es la clave de una buena salud física, psíquica o emocional.

Siempre conectad@ a esta respiración profunda, vamos a realizar una serie que consiste en que en cada inspiración has de tensar al máximo una zona del cuerpo, y en la expiración la relajas. Inspira tensando al máximo tus pies y pantorrillas, al expirar relaja. La siguiente zona que has de tensar comprende muslos, glúteos, pelvis, sexo; la siguiente vientre y estómago, después pecho, hombros, cuello, brazos y manos. Por último,

la cara, con la idea de que se arruga y que toda ella tiende hacia la punta de la nariz. Después haz una tensión global de todo el cuerpo y luego relaja.

Vamos a centrarnos un poco en la cara. Quizá te suceda que duermes con las mandíbulas muy prietas, incluso puede que te duelan los dientes por ello. Pronuncia seguidas las vocales exagerando el gesto al máximo. Luego pizca los lóbulos de las orejas entre el índice y el corazón de cada mano y traza círculos. Desde allí y con los mismos dedos sigue la línea de la mandíbula hasta la barbilla.

Los ojos constituyen una zona delicada e importante. Trabajarlos significa trabajar el sistema nervioso. Sin mover la cabeza mira hacia arriba y hacia abajo, hacia derecha e izquierda, en diagonal dibujando una cruz, y por último en círculos. Abre mucho los ojos y ciérralos suavemente.

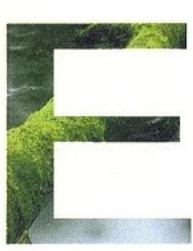
Nos dirigimos al entrecejo y posando allí ambos dedos corazón seguimos la curva de las cejas, como si dibujáramos las alas de un pájaro. Ese mismo gesto de abrir lo puedes utilizar a lo largo de toda la cara.

Ponte boca abajo. Con la cabeza girada hacia la derecha coloca el brazo de manera que forme un ángulo recto, la pierna derecha, pegada al colchón, también debe describir un ángulo recto, quedando la rodilla más o menos paralela a la cadera. Ésta es la postura que en yoga se llama del niño Krishna. Observarás que el peso descansa un poco más sobre el lado izquierdo. Si sigues respirando profundamente conseguirás un suave masaje en el corazón.

Una vez levantad@ de la cama aún te proponemos otro pequeño ejercicio. Se trata de un sutil masaje mental. Antes de meterte en la vorágine de los pensamientos, presta toda tu atención a un acto tan poco relevante como es preparar la cafetera (o tal vez hervir agua para un té). Dedicar el mínimo tiempo a estar ahí, llenándola, cerrándola, poniéndola en el fuego, esperando, sin hacer más, sin pensar en nada más, sólo concentrad@ en eso. Y si vienen ideas, déjalas pasar sin engancharte a ellas. Puede ser el principio de una pequeña meditación +



Oxígeno: el elixir de la vida



El oxígeno es el nutriente más vital del organismo, esencial para el desarrollo y la salud del cerebro y del sistema celular. Una 'buena' respiración puede conducir a un incremento de la energía, un descenso de los niveles de estrés y una mejora del sistema inmunitario. Una 'mala' respiración, corta, poco profunda y rápida, reduce la cantidad de oxígeno que nuestro cuerpo recibe, lo que puede provocar desórdenes del sueño, ansiedad, dolores intestinales, pérdida de capacidad muscular, mareo, dolor de pecho, palpitaciones del corazón, e incluso puede aumentar la vulnerabilidad de nuestro organismo ante virus y bacterias. Así que no es de extrañar que la respiración sea el centro

de algunas de las prácticas sanadoras más antiguas del mundo, como el yoga, el *tai chi*, el *qigong* y la meditación.

Yoga

La práctica del yoga combina la respiración nasal y las posturas. Se cree que respirar por la nariz y no por la boca facilita la absorción del *prana* (la fuerza de la vida) incrementando la resistencia a enfermar y mejorando la función del sistema endocrino. El potencial sanador de esta práctica podría proceder de la reducción del estrés y de la liberación de endorfinas, analgésicos naturales producidos por el cerebro. El incremento de los niveles de oxígeno y la relajación pueden aportar numerosos beneficios como una mejor circulación sanguínea, un mejor estado de los sistemas digestivo y nervioso, una piel más rejuvenecida, una mayor armonía entre mente y cuerpo.

Tai Chi y Qigong

Justo debajo de tu ombligo y por encima de tu hueso púbico se describe el área llamada *tantien* (o *Dan Tien*) en la filosofía china, es el centro de *chi* o *qi* del cuerpo, de la fuerza de la vida. En la práctica del *tai-chi*, la respiración profunda y los movimientos deliberadamente lentos fijan la atención hacia este centro. Girando la mente hacia este punto, el arte marcial trata de armonizar las fuerzas en competencia del *yin* y del *yang* que se suponen presentes en cada ser humano, poniendo en equilibrio el cuerpo y la mente.

En el *qigong* se cree que las enfermedades del cuerpo y de la mente están causadas por un desequilibrio de *qi*. Como en el *tai-chi*, la respiración y el movimiento estimularían el flujo de *qi* contribuyendo a la sanación. Algunas personas lo usan en el tratamiento del cáncer, de la artritis, de la diabetes o del VIH/SIDA. Su práctica continua podría estimular el flujo de la linfa, incrementar el número de glóbulos blancos y mejorar el oxígeno en la sangre a través del desarrollo de la capacidad y de la absorción pulmonar.

Meditación

La meditación es un componente de todas las terapias que acabamos de mencionar, pero también puede practicarse independientemente. Cómo meditar es una elección muy personal, pero la mayoría de las técnicas usa la respiración, concentrándose en los ciclos de inhalaciones y exhalaciones. Algunos estudios han demostrado que la meditación aumenta la intensidad de la onda alfa asociada a estados muy receptivos, incluso más allá del sueño. Otros estudios han mostrado reducciones en la presión sanguínea, niveles más bajos de ácido láctico en el organismo y alivio de dolores crónicos.

Respira hondo

Éstos son algunos ejercicios de respiración que puedes probar. Es importante que tengas en cuenta que durante y directamente después de los periodos de respiración, el cuerpo puede experimentar calor, presión, frío, temblor o vibraciones, así como un incremento de la vulnerabilidad emocional.

Respiración en tres fases

Sentad@ cómodamente o de pie, respira hondo por la nariz, expandiendo el abdomen como si se tratara de un globo. Continúa inhalando aire para expandir la caja torácica. Luego sigue hasta expandir la parte superior del pecho.

Para sacar el aire, empieza primero desde el pecho, luego la caja torácica y posteriormente el abdomen, comprimiendo sus músculos para liberar todo el aire. Es aconsejable realizarlo durante 15 minutos.

Peng Yue: sujetando la luna

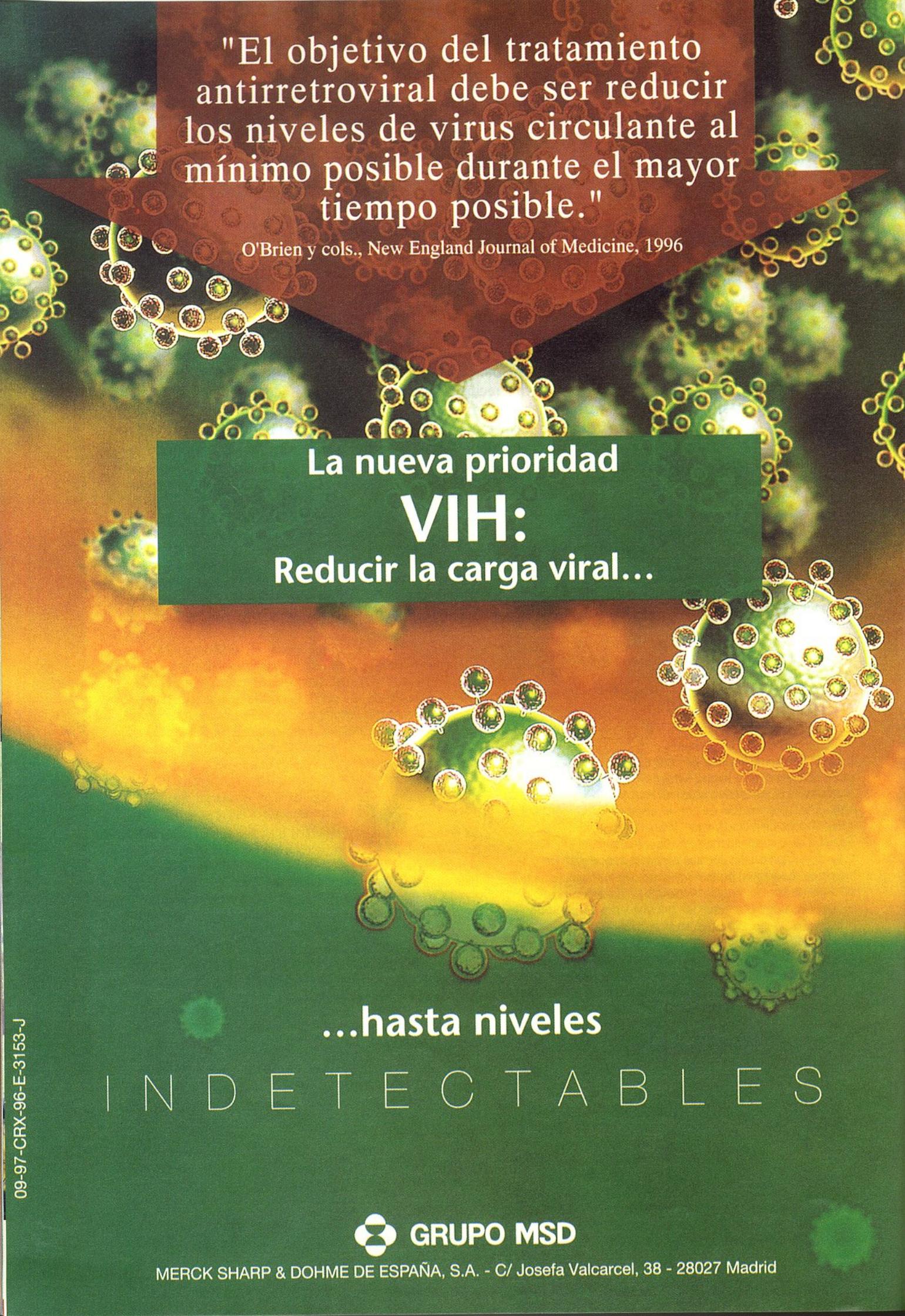
Empieza con pies y hombros bien separados, la espalda recta, la barbilla hacia arriba y las manos a los lados con las palmas hacia adentro. Lleva tus manos hacia el área comprendida entre tu ombligo y el hueso púbico (o *Dan Tien*) con las palmas hacia adelante, hasta que tus dedos estén a pocos centímetros de distancia. Mientras inhalas aire, levanta las manos hasta la altura del pecho y gíralas hacia fuera y arriba, empujando con las palmas al cielo como si sujetaras la luna. Al sacar el aire, separa las manos y bájalas muy suavemente con las palmas hacia arriba describiendo un arco hasta llegar al *Dan Tien*. Repítelo al menos cinco veces.

Respiración purificadora

Colócate de pie con los pies juntos y los brazos a los lados y relajados. Respira hondo, aguanta el aire durante unos segundos y luego coloca tus labios como si fueras a silbar. Empieza a exhalar enérgicamente, poco a poco, pero sin hinchar las mejillas, que deben permanecer hundidas. Se trata de realizar una serie de exhalaciones sucesivas y vigorosas como si fuera una ligera tos que expele el aire hasta que los pulmones estén totalmente vacíos. El esfuerzo de la exhalación debe sentirse en el pecho y en la espalda. Descansa un poco y luego repite. Tras una semana puedes realizar esta rutina varias veces al día.

Éste es el resumen de un texto original en inglés que puedes encontrar en: <http://www.bcpwa.org/Living/lvg9/elixir.htm> +





"El objetivo del tratamiento
antirretroviral debe ser reducir
los niveles de virus circulante al
mínimo posible durante el mayor
tiempo posible."

O'Brien y cols., New England Journal of Medicine, 1996

La nueva prioridad
VIH:
Reducir la carga viral...

...hasta niveles

INDETECTABLES

 **GRUPO MSD**

MERCK SHARP & DOHME DE ESPAÑA, S.A. - C/ Josefa Valcarcel, 38 - 28027 Madrid

09-97-CRX-96-E-3153-J

¿Y mi médic@ se adhiere?

Hoy día no cabe la menor duda de que el éxito inmunológico y virológico de las personas que viven con VIH/SIDA y que están bajo cualquier régimen antirretroviral depende, en gran medida, de su adhesión al tratamiento. Sin embargo, también es cierto que dependerá de la eficiencia de su médic@ en el conocimiento, manejo y control de las terapias actuales siendo capaz de adaptarlas a cada caso, evitando situaciones de abandono al tratamiento y logrando alargar y mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

Sin duda, cada vez más, las investigaciones siguen demostrando que el éxito de las terapias y las consecuencias de su uso están intrínsecamente ligados al grado de adhesión que se tenga a ellas. En este número hablaremos de los resultados y conclusiones de varios estudios sobre adhesión presentados durante la I Conferencia de la IAS sobre Patogénesis y Tratamientos del VIH celebrada este verano en Buenos Aires.

El Dr. Julio Montaner de la Universidad de la Columbia Británica presentó los resultados de curvas de supervivencias de una cohorte estratificada en grupos de recuentos de CD4 y porcentajes de adhesión, en las que muestra una síntesis sobre las actuales controversias encontradas en la terapia antirretroviral y sus potenciales soluciones [Abstract PL2]. Los grupos que tuvieron mayores perspectivas de supervivencia fueron aquellos con altos recuentos de CD4 y un alto porcentaje de adhesión, a diferencia de los grupos con recuentos medios de CD4 y porcentajes medios de adhesión, cuyas curvas de supervivencia fueron similares a aquellos grupos de bajos recuentos de CD4 pero con altos porcentajes de adhesión. La conclusión final de estos resultados es que l@s pacientes que manifiestan problemas de adhesión originados por sus propios tratamientos y además, con bajos recuentos de CD4 tienen un mayor riesgo de mortalidad.

Por su parte, en España, el grupo GEEMA, liderado por el Dr. Knobel y colegas, evaluó las consecuencias virológicas de continuar los mismos regímenes de TARGA en pacientes pobremente adherid@s [Abstract 684]. Este estudio observacional se aplicó en 67 hospitales españoles (1.164 pacientes). Sin embargo, se centró en 90 pacientes naïve que habían comenzado un régimen de nelfinavir + 2 ITIN. Después de 3 meses, se informó que no fueron adherentes, por lo que presentaron fallo virológico. En cambio, de otr@s 55 pacientes que continuaron el mismo régimen, 14 llegaron a ser adherentes pero sólo 9 lograron cargas virales (CV) <500 copias/ml. Mientras, de otr@s 37 que no fueron adherentes, sólo 8 lograron CV <500 copias/ml.

En definitiva, sólo un tercio de l@s pacientes inicialmente no adherentes mejoraron su condición de adherentes. En el caso de l@s no adherentes que continuaron el mismo régimen de TARGA el resultado virológico fue muy pobre. Concluyéndose

como recomendación final, que lo importante era hacer énfasis en la intervención temprana para mejorar la adhesión.

La falta de adhesión, en parte, se debe a los múltiples problemas que ocasionan los propios fármacos. En las sesiones orales de la conferencia se discutió la importancia de intervenir en la adhesión incluso antes de comenzar una posible terapia. Esto obviamente indicaba la necesidad de reducir la toxicidad para mejorar la adhesión [Abstract 29]. Algunos estudios sugirieron maneras potenciales de evaluación en aspectos propios del/de la paciente tales como el estilo de vida, salud mental, personalidad, medicación, etc., con la intención de elaborar un programa más personalizado y facilitar las estrategias de interrupciones de tratamiento estructurados.

Las personas se quejan cada vez más tanto de la cantidad de pastillas como de las dosis que tienen que tomar al día, lo que en algunos casos, puede originar una adhesión incompleta. Esto plantea una controversia entre terapias complejas y sencillas (ITINN vs. IP). El Dr. Bonaventura Clotet de la Fundación Irsi Caixa, Barcelona, sugirió que una manera de maximizar la adhesión a largo plazo quizá sea cambiando de regímenes antirretrovirales más complejos a unos más simples en vez de modificar el comportamiento del/de la paciente [Abstract 1]. Un ejemplo sería empezar con un régimen de IP 2 veces al día y luego cambiarlo a un régimen con ITINN una vez al día. Sin embargo, existen diferentes aspectos que deben ser considerados a la hora de seleccionar un primer régimen de antirretrovirales, ya que por ejemplo para pacientes con recuentos de CD4 de <100/mm³ y una carga viral de >100.000 copias/ml podría ser más

eficaz un TARGA basado en IP como tratamiento de primera línea con alta barrera genética que una terapia ARV basada en ITINN con baja barrera genética. Lo que sí está claro es que antes de diseñar el primer tratamiento ARV se deben estudiar otros factores personales del/de la paciente para facilitar la mejor opción a su situación.

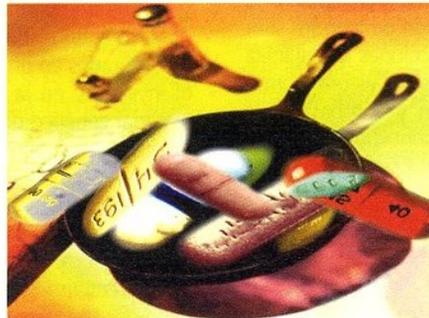
En resumen, lo que queda claro es que el éxito de las terapias antirretrovirales se basa en la importancia de reforzar la adhesión adaptando dichas terapias a la situación particular de cada persona no sólo desde el punto de vista clínico sino también psicosocial +

Fuente:

http://www.hopkins-aids.edu/publications/report/sept01_toc.html
The Johns Hopkins University.
www.aids2001ias.org

Referencia:

ALBERT WU, M.D., «M.P.H. Report from Buenos Aires. Lessons on Adherence», *The Hopkins HIV Report*.



¿Dónde están las vacunas?

En el pasado número de **LO+POSITIVO** os introdujimos al mundo de las vacunas del VIH mediante un breve repaso a los obstáculos con que se enfrenta su desarrollo y a los requisitos que habría de cumplir la vacuna anti-VIH ideal. En las páginas que siguen os

ofrecemos una apretada descripción de los diferentes prototipos de vacunas en estudio, señalando su momento actual de desarrollo. [Ver *Lo que siempre quisiste saber sobre los ensayos clínicos en LO+POSITIVO 12* para más información sobre las fases de investigación en medicina].

36

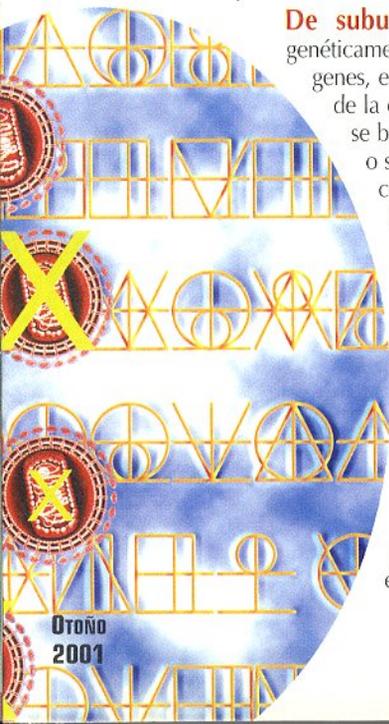
Si hacemos una multiplicación básica [1], resulta que, hoy en día, el número de diseños de vacunas, sean éstas preventivas o terapéuticas, podría acercarse al millar: **11 estrategias** diferentes de construcción de vacunas x **9 antígenos** del VIH utilizables x **más de 10 subtipos** del VIH existentes en el planeta. La terca realidad, sin embargo, parece ignorar tales cálculos: sólo 30 prototipos han llegado a ensayos clínicos y únicamente uno de ellos ha alcanzado la fase III de desarrollo. Encima, la inmensa mayoría de la investigación en vacunas se ha centrado en el subtipo B del VIH, dejando de lado los subtipos responsables de un 75% de las infecciones del planeta (pobre, por cierto). De no darse las circunstancias que permitan acelerar los procesos de investigación y aprobación de vacunas [2], cualquier prototipo en experimentación preclínica puede tardar entre 16 y 20 años en llegar a ser una realidad sanitaria, si es que llega. Sin duda, resulta crucial que el esfuerzo extra de todas las partes implicadas se concentre en conseguir que al menos alguno de los prototipos de vacunas anti-VIH que listamos a continuación lo consiga con mayor rapidez.

De subunidades recombinantes: son vacunas genéticamente manipuladas para producir uno o más genes, en este caso del VIH. La vacuna experimental de la compañía biotecnológica VaxGen, AIDS-VAX, se basa en este principio: está hecha de un trozo o subunidad de la cubierta del VIH llamado glicoproteína 120 (gp120), que es el 'gancho' utilizado por el VIH para comenzar su fusión con las células a infectar, y por tanto, una de las dianas de los anticuerpos que neutralizan o previenen la infección por VIH. La exitosa vacuna contra la hepatitis B es un ejemplo ya conseguido de este tipo de vacunas. **Candidatas en ensayos clínicos:** AIDS-VAX es la primera vacuna preventiva anti-VIH que ha llegado a ensayos clínicos de eficacia (fase III de desarrollo), y ello con dos prototipos diferentes: uno elaborado con gp120 del subtipo genético B del VIH (el predominante en occidente) y que se estudia en docenas de centros de Estados Unidos y

Canadá (además de en Amsterdam como único sitio europeo), y el elaborado con gp120 de los subtipos B y E, que se investiga con voluntarios en Tailandia. Según las previsiones iniciales, esta fase III se prolongaría hasta el próximo año, aunque se espera disponer de datos preliminares antes de fin de 2001. Por otra parte, existen prototipos a base de gp140 y de p24 en fase I de investigación clínica.

De ADN: su diseño aplica las tecnologías más novedosas y se cree que podrían ser bastante más fáciles de fabricar que otros prototipos. Básicamente, usan pedazos de ADN de VIH incorporados en un plásmido de bacteria [Ver GLOSARIO], que, al inyectarse en la piel o músculo, pasan a formar parte del material genético de las células del huésped. Cuando al reproducirse éstas comienzan a producir proteínas del VIH, alertarán al sistema inmune y provocarán su respuesta. **Candidatas en ensayos clínicos:** el concepto de vacunas de 'ADN desnudo' se ha mostrado prometedor en estudios preclínicos con otras enfermedades y, de hecho, dos prototipos diferentes anti-VIH se encuentran en fase I de investigación clínica: uno desarrollado por Merk Sharp & Dohme y otro por Wyeth.

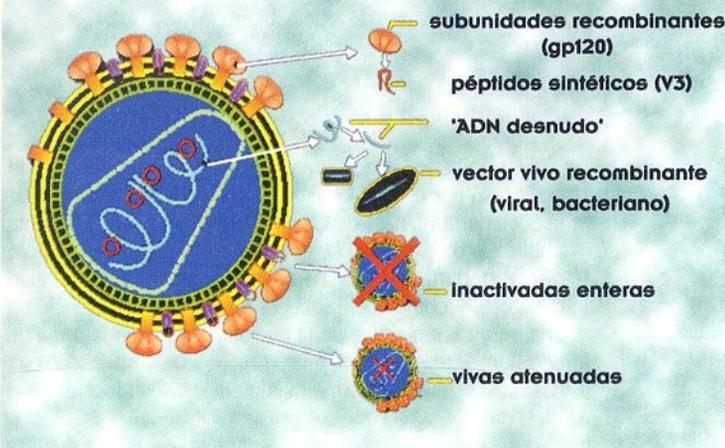
De vector viral vivo recombinante: estas vacunas se basan en la inserción de material genético del VIH en virus inofensivos (los vectores o conductores) que después 'presentan' los pedazos de proteínas del VIH que producen al sistema inmune del huésped, lo que habría de conducir al desarrollo de respuestas específicas contra el VIH. La ventaja potencial de esta estrategia sería conseguir la eficacia de las vacunas vivas atenuadas [ver más abajo] pero con mucha más seguridad. La complejidad de los genes de VIH utilizados ha ido creciendo con el tiempo, y hoy en día existen varios prototipos, mayormente en fases tempranas de investigación: de vectores de alfavirus (el de la encefalitis equina, por ejemplo), de adenovirus, de virus adeno-asociados y de virus de la viruela (por ejemplo, el conocido por afectar a los canarios o canarypox o el vaccinia, que es otro virus de la viruela). El gran número de modelos en estudio y lo difícil de decidir qué genes del VIH utilizar en el vector y en qué subtipo del VIH basar estas vacunas refleja muy bien la urgente necesidad de estrategias científicas que consigan dar prioridad a las más prometedoras, con el fin de que lleguen aceleradamente a ensayos de eficacia (fase III). En



este sentido, parece posible que las vacunas con vector canarypox sean las próximas en alcanzar tales ensayos clínicos a gran escala con seres humanos. **Candidatas en ensayos clínicos:** por frustrante que resulte reconocerlo, lo cierto es que a pesar de la significativa actividad de varios de los prototipos de vector viral vivo registrada en los estudios preclínicos, tan sólo dos de ellos se encuentran en investigación clínica, o sea, con seres humanos. Concretamente, existen prototipos de vector canarypox en fase II de desarrollo y de vaccinia en fase I.

segura que la de las vacunas vivas atenuadas, pero su desarrollo en el campo del VIH se ha visto frenado por los problemas técnicos inherentes a la producción de virus de VIH que mantengan su integridad al tiempo que son física y químicamente inactivados. **Candidatas:** ninguno de los prototipos de vacunas inactivadas enteras ha llegado a probarse con humanos, aunque los experimentos más recientes con cepas primarias (frente a las adaptadas en el laboratorio), indican que comienzan a afianzarse alternativas más seguras y eficaces que sí podrían conseguirlo.

Estrategias de diseño de vacunas



De vector bacteriano vivo recombinante: análogas a las anteriores en cuanto a concepto, en estas vacunas la manipulación genética se efectúa en bacterias en lugar de virus. La idea es que los vectores bacterianos podrían resultar más baratos, y además permitirían fabricar vacunas de toma oral, siempre más convenientes y más aún si se piensa en su uso en zonas empobrecidas. La salmonela o la listeria son algunas de las bacterias en estudio. **Candidatas:** con la excepción de un vector de salmonela que ha llegado a ensayos clínicos de fase I, ningún otro inmunógeno de esta clase ha pasado de las fases preclínicas de investigación.

Vivas atenuadas: Muchas vacunas, como la del doctor Sabin contra la polio o la del sarampión, consisten en virus vivos que pueden infectar las células del huésped y replicarse pero que están demasiado debilitados (atenuados) como para causar enfermedad. Al aprender a reconocer y combatir al virus debilitado, se espera que el sistema inmunitario proteja al organismo en caso de verse expuesto a cepas de virulencia 'normal'. Sabemos que la inoculación de virus de la inmunodeficiencia simia (VIS) atenuados en monos ha conseguido su protección en la mayor parte de los casos, pero la ocurrencia de SIDA en un pequeño porcentaje de los mismos nos recuerda que la seguridad de este tipo de vacunas ha de afianzarse, demostrando que la vacuna atenuada no es capaz de revertir a formas más virulentas del VIH que puedan causar SIDA. **Candidatas:** así las cosas, ningún prototipo de este tipo de vacunas ha llegado aún a autorizarse para su investigación con seres humanos.

Inactivadas enteras: la vacuna antipolio del doctor Salk o la de la hepatitis A son algunos ejemplos bien conocidos de esta tradicional estrategia de vacunación. En nuestro caso, su ventaja sería presentar el espectro completo de las proteínas del VIH en la forma de virus inactivados y por tanto incapaces de infectar y replicarse. En principio, se trata de una estrategia más

De combinación: asumiendo que la protección frente al VIH parece exigir un amplio espectro de respuestas inmunes que incluyan la humoral (anticuerpos neutralizadores), y la celular (citoquinas, quimioquinas y linfocitos T citotóxicos), las estrategias combinadas optan por diseñar regímenes basados en dos o más de las aproximaciones descritas más arriba. **Candidatas:** existen agentes basados en la combinación del vector canarypox con la proteína gp120 en Fase II de desarrollo clínico.

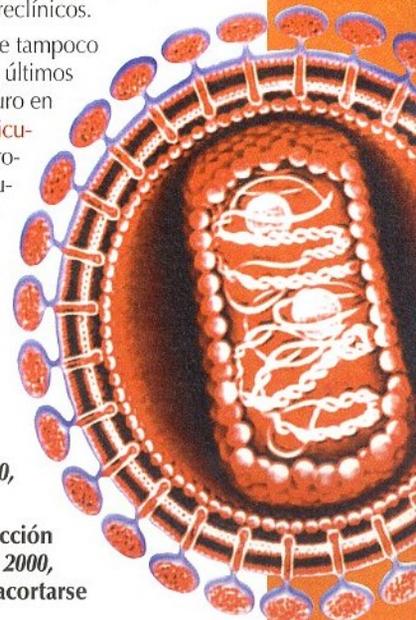
De péptidos sintéticos: se basan en la elección de pedazos muy cortos (péptidos) de las proteínas antígenas del VIH, que ya han demostrado extensamente en el laboratorio que son capaces de provocar respuestas protectoras si se presentan adecuadamente al sistema inmune. **Candidatas:** existen varios prototipos (de péptido p17, de lipopéptidos y del péptido V3) en fase I de desarrollo.

Vacunas 'jennerianas': Hace más de 200 años, el médico rural inglés Edward Jenner, intrigado al observar que las lecheras parecían sistemáticamente libres de la entonces temible viruela, llevó a cabo un experimento de ética y seguridad más que dudosas: inoculó a un niño de 8 años con un virus de la viruela de las vacas, similar al de la viruela humana pero mucho menos patogénico, y al cabo de seis semanas le inoculó con el de la viruela. El muchacho se salvó de sufrir la enfermedad, y Jenner figura desde entonces como el pionero de las estrategias inmunogénicas basadas en el uso de virus 'similares' a aquel frente al que se desea generar inmunidad. **Candidatas:** el concepto 'jenneriano' se está explorando con el virus de la inmunodeficiencia simia y con algún lentivirus de otras especies (de las cabras, por ejemplo), pero ninguno ha pasado de los estudios preclínicos.

Otros diseños de vacunas: aunque tampoco hayan salido aún del laboratorio, estos dos últimos diseños de prototipos podrían tener un futuro en el mundo de las vacunas anti-VIH: de **partículas similares a virus** (virus incompletos producidos por células infectadas con partículas o partes del ADN de VIH) y los llamados **vacunas complejas** (que dirigen las respuestas inmunitarias hacia los receptores del huésped, por ejemplo, tratando de bloquear los receptores CD4 o CCR5 de las células T para así impedir que el VIH se una a éstas y las infecte).

[1] International AIDS Vaccine Initiative (IAVI); *Scientific Blueprint 2000*, pág. 15. www.iavi.org

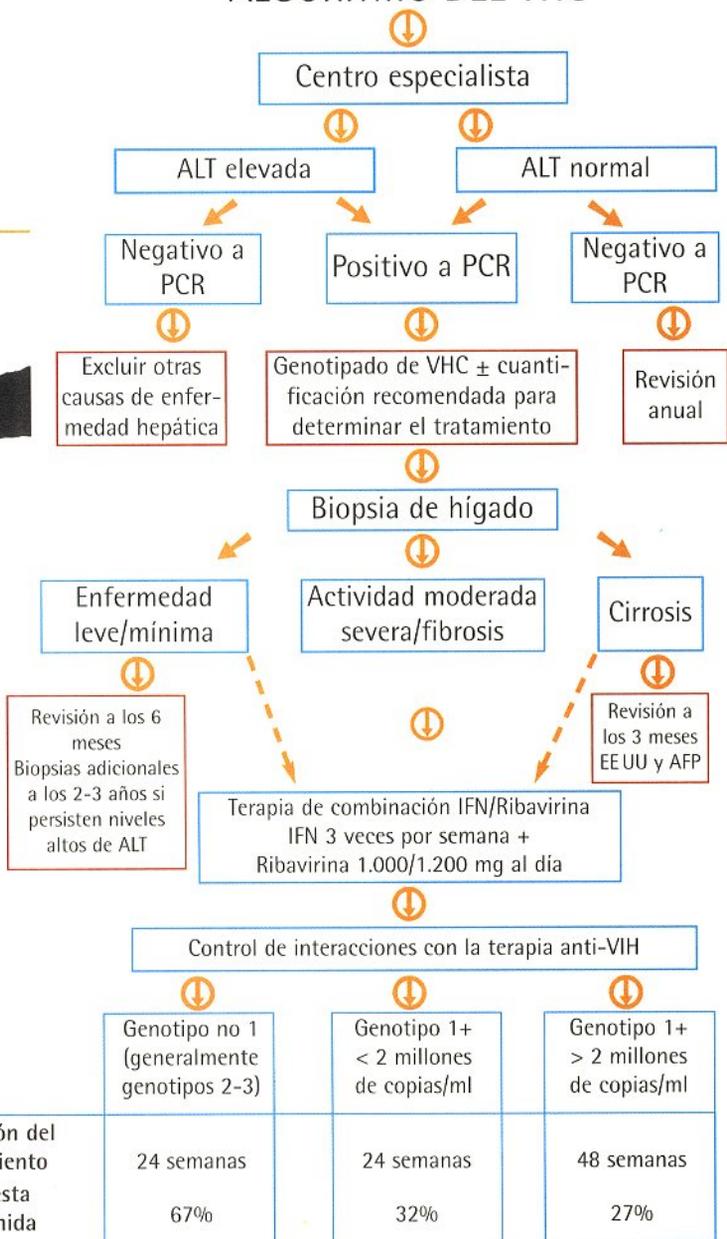
[2] De acuerdo con la estrategia de acción propuesta por IAVI (*Scientific Blueprint 2000*, pág. 27), este período temporal podría acortarse hasta los 8-10 años.



Seguir el algoritmo

La decisión sobre cuándo, cuánto y con qué tratar la hepatitis C se va haciendo más compleja. No es que haya muchas más opciones medicinales que hace un par de años, pero la acumulación de experiencia en la práctica hospitalaria y de resultados de estudios más o menos bien diseñados, permiten articular estrategias que colocadas en el papel nos recuerdan, desde arriba, el juego de la rayuela, y desde abajo, un árbol de Navidad. Como tú prefieras.

ALGORITMO DEL VHC



Respuesta mantenida definida como PCR negativa a los 6 meses desde el fin del tratamiento.

El arbolito lo hemos tomado prestado de un documento elaborado por el Real Colegio de Médicos de Londres y de la Sociedad Británica de Gastroenterología y recientemente publicado bajo el título *Directrices clínicas para el manejo de la hepatitis C*. Es bastante completo aunque algo farragoso, y como suele suceder presta especial atención a una implicación activa de la persona a tratar en la toma de decisiones. Su inconveniente, por lo que respecta a esta página, es que trata superficialmente la coinfección con VIH.

Aun así, resulta valioso. El algoritmo señala el camino a seguir por una persona con VHC, todas las potenciales casillas en las que puede encontrarse. Podemos decir, con toda la distancia necesaria, que en una persona coinfectada la andadura sería muy parecida, aunque el paso probablemente más ligero: está demostrado que el VHC evoluciona con más rapidez en una persona coinfectada que en una mono infectada con VHC.

Dos comentarios importantes a hacer. El primero se refiere al valor de la biopsia hepática. Los especialistas siguen sin ponerse de acuerdo sobre hasta qué punto es imprescindible para determinar que se aconseje el tratamiento del VHC. Estos médicos británicos parecen tener claro que sin biopsia no se puede establecer el grado de daño en el hígado que haga o no perentorio el tratamiento. Otros médicos, algunos españoles, sostienen que basta con la persistencia de transaminasas altas para deducir actividad viral en progresión que sea recomendable inhibir. El asunto no es baladí, ya que la biopsia es una técnica invasiva, no exenta de posibles complicaciones y con frecuencia muy dolorosa.

El segundo tiene que ver con la posible concomitancia de las dos terapias, la del VIH y la del VHC, de ahí una casilla añadida de nuestra cosecha. Los medicamentos para cada infección no son siempre compatibles, ya sea por razones farmacológicas, ya sea por cómo afectan la calidad de vida, por lo que es obligado reflexionar sobre si tomar las dos a la vez o postergar una a favor de otra, tal como hemos discutido en artículos de otros números de LO+POSITIVO.

Para acabar, estos senderos que se bifurcan son una simplificación que puede resultar útil, pero una simplificación al fin y al cabo. No puede sustituir en ningún caso la adaptación individualizada que requiere cada persona.

Se puede descargar el documento completo en su original en inglés en:

www.bsg.org.uk/guidelines.html

De transmisión: sexual

A

pesar de que hoy día es posible curar o al menos controlar parte de los males epidemiológicos conocidos y que han causado estragos en la humanidad, se siguen dando millones de casos al año de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Hasta el momento se tiene conocimiento de unos

veinte tipos, los cuales pueden clasificarse en tres grandes grupos: ETS bacteriales, virales y parasitarias. A su vez, las ETS pueden ser ulcerativas y no ulcerativas: las úlceras son inflamaciones locales en la piel que tienden a abrirse formando llagas o lesiones que sirven de portal a la transmisión.

En varios estudios realizados en diferentes centros clínicos y hospitalarios a lo largo de los años se ha demostrado que las ETS y el VIH se pueden transmitir y/o contraer de la misma forma, es decir, a través de la actividad sexual. Una vez se ha adquirido cualquier ETS, podría aumentar el riesgo de contraer la infección por VIH.

En otras palabras, el virus del VIH no solamente puede ser contraído a través de las lesiones genitales abiertas de una ETS, que entran en contacto directo con las mucosas orales, vaginales o anales durante la actividad sexual, sino también el riesgo de la transmisión del VIH se ve aumentado por el incremento de la carga viral del VIH, tanto en el semen como en los fluidos cervicovaginales, mientras dura la infección producida por una ETS.

ETS bacteriales

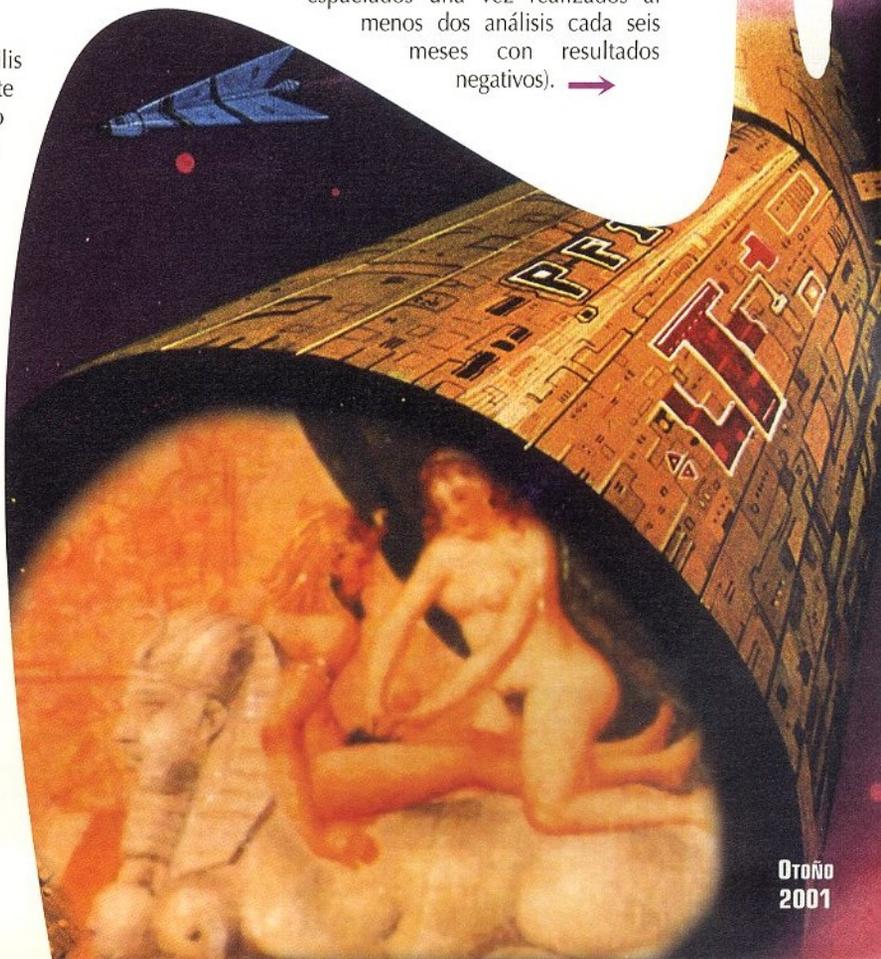
Chancro blando [Ver GLOSARIO], clamidia, gonorrea y sífilis son algunos ejemplos de esta clase de ETS y afortunadamente son curables tratándose con antibióticos, siempre y cuando se detecten a tiempo. Una vez iniciado el tratamiento, éste debe completarse del todo, aunque hayan desaparecido los síntomas evidentes de la enfermedad, para así evitar posibles recidivas. Asimismo, es altamente recomendable que, si es el caso, el/la compañer@ sexual se medique con el mismo tratamiento y al mismo tiempo.

ETS virales

En el caso de las ETS virales la situación es distinta, ya que son diferentes unas de otras, a pesar de tener en común su condición vírica y crónica. Por ejemplo, el Virus del Herpes Simplex (VHS) se clasifica en dos tipos, el 1 asociado con lesiones orales y el 2 asociado con lesiones genitales. Algunas personas infectadas con el VHS nunca desarrollan síntomas visibles, pero sí que está presente en los fluidos genitales. Aunque no tiene cura algunos fármacos antivirales análogos de nucleósido como aciclovir, valaciclovir y famciclovir pueden suprimir el virus y reducir la frecuencia, la duración y la gravedad de los brotes, así como el riesgo de transmisión.

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es otra ETS viral, en este caso de una extensa familia de más de 60 cepas diferentes de virus. Algunas de ellas, consideradas de "bajo

riesgo", provocan las verrugas comunes o genitales (también llamadas condilomas). La cepas de VPH consideradas de "alto riesgo" pueden llegar a causar por su parte la displasia cervicovaginal, anal o peneana (crecimiento anómalo de células precancerígenas) y cáncer. El VPH en sus múltiples formas es una de las ETS más comunes y un alto porcentaje de personas está coinfectado con cepas de alto y bajo riesgo. Se transmite por contacto directo de piel a piel, incluso si la persona infectada es asintomática. Aunque no tienen cura, las verrugas pueden ser removidas con criocirugía (Ver GLOSARIO), electrocauterización (Ver GLOSARIO) o cirugía convencional. La displasia hay que tratarla en su fase más temprana para evitar una posible progresión a cáncer, por lo que resulta crucial, y más para las personas con VIH, recibir análisis de las células vaginales y/o anales regularmente (normalmente cada seis meses, seguidos de exámenes más espaciados una vez realizados al menos dos análisis cada seis meses con resultados negativos). ➔



ETS parasitarias de piel

De las anteriores, quizá éstas son las menos peligrosas (siempre y cuando se traten a tiempo), pero en ningún momento las menos molestas. Las ladillas, la sarna y la tricomoniasis son sus protagonistas. Las primeras son pequeños insectos que suelen residir principalmente, en el vello púbico y axilas, pero también en otras partes del cuerpo. Este insecto produce un picor continuo muy molesto.

La segunda, a diferencia de las primeras, es microscópica y se aloja debajo de la piel, mayormente, en el área genital e interdigital. La sarna causa un picor muy intenso y puede producir en algunos casos exantemas (Ver GLOSARIO). La similitud entre ambos parásitos radica en que su momento de mayor actividad es por la noche y se transmiten de piel a piel, al compartir toallas y ropa o por dormir en la misma cama, por lo que toallas y otra ropa de casa deben ser desinfectadas y lavadas con agua caliente.

La tricomoniasis afecta en mayor grado a la mujer causando inflamación en la vagina y ardor o dolor al orinar. El

primer síntoma en las mujeres es una supuración vaginal con un fuerte olor, mientras que los hombres, aunque suelen ser asintomáticos, pueden experimentar irritación dentro de la uretra o debajo del prepucio y supuración en el pene.

ETS y prácticas sexuales

El uso de preservativos de latex reduce el riesgo de transmisión de ETS. Sin embargo, como hemos mencionado anteriormente, se transmiten a través del contacto con lesiones en la piel que no pueden ser protegidas por el preservativo y otras barreras. Aunque es recomendable comentar con el/la compañer@ sexual la existencia de posibles llagas, supuraciones u otros síntomas, este control no sería 100% protector, puesto que las personas sin síntomas también pueden transmitir una ETS. Así pues, además de las precauciones señaladas la mejor prevención sería recibir pruebas periódicas de detección de ETS y en su caso tratarlas, a no ser que seas célibe o estés en una relación 100% monógama.

Fuente:

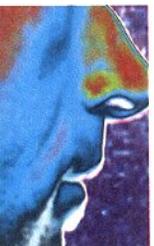
<http://ww2.aegis.org/pubs/beta/2000/be001002.html>

Referencia:

Sexually Transmitted Diseases and HIV Related Risks. Bulletin of Experimental Treatments for AIDS, Autumn 2000. Liz Highleyman.



40



Técnicas más utilizadas para la reconstrucción facial

Técnicas	Ventajas	Inconvenientes	Localización
Colágeno Líquido (bovino y sintético)	Efecto inmediato Facilidad de aplicación (el bovino)	Migración hacia hígado y cerebro (poco frecuente) Dura unos 3 meses Pérdida de sensibilidad El bovino sólo sirve para suavizar las arrugas El sintético provoca granulomatosis Coste elevado	Dérmica
Silicona líquida	Efecto inmediato Permanente	Es reabsorbible Pérdida de sensibilidad Si fuese necesario, su eliminación es quirúrgica Coste elevado	Dérmica o Subcutánea
Ácido Hialurónico	Es un poco más barato Se puede hacer en centros de estética	Para lograr resultados satisfactorios, debe ser practicado por un médic@ de confianza que tenga experiencia con este material Dura unos 3 meses Pérdida de sensibilidad	Dérmica
Bioformacryl (Implantes de metacrilato)	Aprobado por la FDA Efecto inmediato Más seguro a largo plazo Relativamente barato No hay formación fibrosa No se desplaza Dura de 3 a 5 años	Anestesia local Pérdida de sensibilidad en la zona de la inyección El/la cirujan@ debe conocer bien el material No hay much@s cirujan@s que lo utilicen	Subcutánea
Ácido Poliláctico (New-fill®)	Aprobación oficial Europea Es inocuo No hay pérdida de sensibilidad ni de suavidad Es biocompatible y biorreabsorbible No contiene productos de origen animal o bacteriológico	Anestesia local Podrían aparecer edemas, sarpullidos y hematomas Formación de fina zona fibrosa capsular alrededor de los implantes Coste elevado	Subcutánea

La mayor parte de los datos son de R. Polo, Toledo junio 2001

Un repaso de las **Técnicas** más utilizadas para la reconstrucción facial

Caras y no tan Caras

Uno de los efectos adversos que están afectando y preocupando cada vez más a la gran mayoría de personas que viven con VIH, tanto a l@s que están bajo cualquier régimen antiviral como a l@s que vayan a empezar, sigue siendo la lipoatrofia. Dentro de sus variantes se encuentra la lipoatrofia, la pérdida de grasa subcutánea en la cara y extremidades. En nuestro ejemplar de otoño 2000 (#15) tratábamos las diferentes técnicas de

reconstrucción facial que hasta ese momento se estaban aplicando. Hoy muchas de ellas se continúan haciendo, pero también han aparecido otras nuevas con las que se intenta solventar el problema. En este número describiremos cinco de las técnicas más comunes, sus pros y sus contras, las cuales, a diferencia de los implantes de grasa abdominal, no requieren de hospitalización, su coste es menos elevado y no tienen los múltiples problemas de inadaptación, tales como el rechazo, infecciones, caídas del implante, necrosis, etc.

A continuación, observaremos los detalles de una reconstrucción facial de una persona que nos ha permitido reproducir su experiencia con la técnica a la que se sometió. Bioformacrlyl:



Perfil derecho, antes y después de implantar 2 cm³

Duración de la intervención: 20 minutos. Anestesia local. Dolor moderado durante la intervención.

Recuperación: «Quedaron dos pequeños puntos de entrada de la aguja, que desaparecieron en 48 horas. El lado derecho no requirió recuperación (...). El lado izquierdo se inflamó durante la intervención y tardó unos 15 días en llegar al aspecto que se ve en las fotos (...). Tres semanas más tarde, no noto los implantes para nada, de hecho, ni siquiera he perdido sensibilidad en la piel de la cara, como me habían advertido que podía suceder».

Impresión del paciente: «Hasta que no hayan pasado unos meses no veré realmente si el Bioformacrlyl se reabsorbe o no en personas con lipoatrofia. En principio, el resultado debería durar cinco años (...). Mi experiencia es que aunque las fotos demuestran que hay un cambio importante, con 2 cm³ en cada lado, nadie se imagina que me he operado. Si pones más volumen es posible que sea más obvio».

«El Bioformacrlyl me parece (hoy por hoy - ya veremos...) el mejor método para reparar mejillas hundidas por lipoatrofia. Se supone que es más seguro a largo plazo que silicona o colágeno. La recuperación es muy fácil (...). El material es bastante caro (...), pero menos que el gel de metacrilato o el ácido poliláctico. Al tacto y la sensación de quien lo lleva puesto es igual que la grasa natural».

Si deseas mayor información sobre este caso en particular puedes encontrarla en www.interactua.net de la organización Actúa. De todos modos, es importante que recuerdes que cada técnica se ajustará a tus necesidades, variando en función de tus conveniencias fisonómicas y corporales, y por su puesto, de las posibilidades económicas de las que dispongas.



Perfil izquierdo, antes y después de implantar 2 cm³

Con este último ejemplo sólo hemos querido darte una visión entre muchas de una experiencia particular. Sin embargo, en esta misma web hay un foro, en el que puedes compartir tu experiencia, recibir información sobre alteraciones metabólicas y reconstrucción facial e interrelacionarte con otras personas. En todo caso, como en muchos otros aspectos, sólo tú tienes la última palabra, pero con una decisión bien informada y consultada.

Conflictos

¿Te han dicho alguna vez que tienes 'algo de anemia' o que estás 'baj@ de plaquetas'? ¿Qué significa que un tratamiento anticáncer o anti-VIH 'suprime' la médula ósea? ¿Sabías que muchas personas con VIH experimentan en algún momento del curso de su infección deficiencias sanguíneas de una u otra clase y

que tales deficiencias pueden afectar tanto su calidad como su cantidad de vida? Si te interesa saber de qué hablamos cuando hablamos de anemias, neutropenias, trombocitopenias y otras 'penias' variadas, continúa leyendo esta primera parte de la serie que LO+POSITIVO dedica a los 'conflictos de sangre'.

Si pudieras examinar tu propia sangre bajo un potente microscopio, verías diversos tipos de corpúsculos flotantes (las células de la sangre), suspendidos en un fluido acuoso que llamamos plasma. Estas células sanguíneas pueden ser rojas (los glóbulos rojos, que llevan el oxígeno a los tejidos), blancas (los glóbulos blancos, de varios tipos y cruciales para el correcto funcionamiento del sistema inmune) y plaquetas (encargadas de la coagulación sanguínea).

El proceso de generación de la sangre se conoce como hematopoyesis (del griego *haimatos*, sangre, y *poiesis*, producción), y en el feto en formación es una función del bazo, el hígado y el timo [Ver GLOSARIO]. A partir del nacimiento y hasta la muerte, sin embargo, la encargada principal de la producción sanguínea será la médula ósea, ese tejido esponjoso que se halla en el interior de ciertos huesos como las costillas, las vértebras, la pelvis o los huesos largos de piernas y brazos. Esta médula contiene las famosas células madre pluripotentes, llamadas células CD34, capaces de transformarse en varios tipos de células sanguíneas y de reproducirse con gran rapidez: las células madre se transforman primero en células precursoras denominadas 'unidades formadoras de colonias', para después diferenciarse aún más y pasar a ser glóbulos rojos, blancos o plaquetas.

Tanto las células madre como las células precursoras tardías están preparadas para responder al estímulo de varios 'mensajeros químicos' llamados citoquinas, que se liberan cuando el nivel de oxígeno que llega a los tejidos es demasiado bajo o cuando aparecen microorganismos invasores y es preciso incrementar la producción de determinadas células sanguíneas. Existen unas 20 clases diferentes de sustancias estimuladoras de la hematopoyesis, algunas de las cuales tienen funciones altamente especializadas. La citoquina eritropoyetina, por ejemplo, estimula la producción de células rojas, mientras que el conocido como factor estimulador de las colonias de granulocitos facilita la producción de distintos tipos de glóbulos blancos. Las interleuquinas son otro grupo de citoquinas, de las que se han llegado a diferenciar hasta 13 tipos diferentes. Así, la interleuquina 2 (IL-2), cuyo uso como inmunomodulador en personas VIH+ está siendo ampliamente estudiado, estimula la producción de las células T cooperantes, la IL-3 estimula todo tipo de células sanguíneas, la IL-4 juega un papel crucial en la producción de células B y la IL-11 en la de plaquetas.

¿Por qué hacemos mala sangre?

Las causas directas por las que una persona cualquiera puede presentar algún tipo de deficiencia sanguínea pueden dividirse básicamente en dos grupos: las relativas a una producción inadecuada de células de la sangre y las debidas a una destrucción o pérdida excesiva de las mismas. La producción inadecuada o la excesiva destrucción de células sanguíneas puede asociarse a su vez a algún tipo de proceso patológico en el que el propio sistema inmunitario de la persona ataca a las células madre productoras de sangre en la médula ósea, pero también a agentes 'externos' como puede ser la exposición a ciertas sustancias tóxicas como el arsénico o al efecto supresor de la médula ósea de algunos fármacos usados para tratar la infección por VIH y sus enfermedades oportunistas, o el cáncer [1]. En todo caso, las condiciones deficitarias resultantes suelen calificarse con el lexema 'penia', del griego 'carencia, pobreza': una leucopenia designará la falta de células o glóbulos blancos, una neutropenia un bajo número de neutrófilos y una pancitopenia un bajo número de todos los tipos de células de la sangre.

Por miles y millones

Una persona adulta sana tiene entre 4 y 5 millones de glóbulos rojos, entre 5.000 y 10.000 glóbulos blancos y entre 150.000 y 300.000 plaquetas por milímetro cúbico de sangre (mm³). De entre los glóbulos blancos, aproximadamente un 60% son neutrófilos, un 30% linfocitos (células T y B), un 6% monocitos y macrófagos, un 3% eosinófilos y un 1% basófilos. Si te hacen una extracción sanguínea con el fin de determinar tu recuento sanguíneo completo o hemograma significa que van a medir la cantidad concreta de cada uno de estos tipos de células en tu sangre, mientras que para ver si la forma y tamaño de estas células es normal, los hematólogos o expertos en sangre analizarán una muestra de la misma al microscopio. Además, en algunos casos puede ser necesario efectuar una biopsia de la médula ósea para determinar en qué condiciones se encuentran las células madre precursoras de las diferentes células sanguíneas [1].

de sangre

Anemia y VIH: una pareja corriente

Los glóbulos rojos, también conocidos como eritrocitos, son el tipo de células que más abundan en la sangre, cuyo color viene dado por una sustancia llamada hemoglobina, responsable de transportar el oxígeno a los diversos tejidos corporales. Decimos que alguien tiene anemia cuando presenta un nivel bajo de hemoglobina o de glóbulos rojos funcionales como consecuencia de una excesiva destrucción de tales células o de su inadecuada producción. De entre los varios tipos de anemia, la aplásica o la asociada a una deficiencia de hierro (una de las más comunes), serían ejemplos del segundo caso, mientras que la anemia hemolítica o la anemia por pérdida de sangre lo serían del primero. La anemia es un síntoma muy común entre las personas con VIH y existen estudios epidemiológicos recientes que muestran un claro aumento de su prevalencia en personas inmunodeprimidas y en aquellas con SIDA definido clínicamente.

Si el nivel de oxígeno que llega a los tejidos corporales es demasiado bajo, los riñones liberan eritropoyetina, una hormona citoquina que estimula la producción de nuevos glóbulos rojos. El corazón también trabajará más, para conseguir que circule un mayor volumen de sangre y por tanto que haya más oxígeno, con lo que el corazón puede ver reducida su capacidad de aguante y las personas con anemia experimentar dificultades para respirar cuando hagan ejercicio o, si la anemia es severa y el nivel de hemoglobina muy bajo, incluso cuando estén en reposo. Algunos de los síntomas comúnmente asociados a la anemia incluyen fatiga, letargo mental, debilidad, heridas en la boca, dolor de cabeza, mareos y, en ciertos casos, dolor en el pecho o angina como consecuencia de la escasez de oxígeno que llega al músculo del corazón. Además, los hombres anémicos podrían experimentar signos de impotencia sexual y las mujeres sufrir irregularidades menstruales. A simple vista, podría detectarse la característica palidez de los anémicos, sobre todo en uñas y membranas mucosas, o, en el caso de la anemia de tipo hemolítica, la coloración amarillenta de la piel y del blanco de los ojos consecuencia del aumento de la liberación de bilirrubina que sigue a la ruptura de los glóbulos rojos.

Afortunadamente, las pruebas sanguíneas actualmente disponibles pueden medir la capacidad de conducir oxígeno de los glóbulos rojos y detectar anomalías incluso antes de que éstas sean lo bastante severas como para ser sintomáticas. Para descartar la presencia de anemia en una persona adulta, es necesario que el hematocrito (porcentaje de sangre total que está compuesto de células teniendo en cuenta que la inmensa mayoría de las células de la sangre son eritrocitos), se sitúe por encima del 38% en los hombres y del 36% en las mujeres, mientras que la concentración normal de hemoglobina será de entre 14 y 18 gramos por decilitro para los hombres y de entre 12 y 16 para las mujeres.

¿Cómo tratar la anemia?

La anemia en sí misma es un síntoma, no una enfermedad, y hoy en día su tratamiento pasa primero por la identificación de su causa, puesto que a diferente causa diferente tratamiento. Así, si la presencia de anemia se relaciona con factores como una úlcera sangrante o una malaria, el tratamiento de estas afecciones será el que resuelva la deficiencia sanguínea, pero si la causa de la anemia es el uso de ciertos fármacos antirretrovirales, su tratamiento requerirá la sustitución del fármaco o fármacos implicados. Otras posibles causas de anemia incluirían la quimioterapia anticancerosa (que suprime la producción de glóbulos rojos en la médula ósea), que puede tratarse con epoyetina alfa (una versión sintética de la eritropoyetina), mientras que el fármaco inmunosupresor prednisona puede actuar con eficacia contra la anemia de origen autoinmune.

Recuerda, en todo caso, que para una persona sana, tenga o no infección por VIH, la clave para la prevención de la anemia radica en una nutrición adecuada que proporcione al organismo suficiente cantidad de hierro, vitamina B12 y ácido fólico. En ciertos casos, es posible que a las recomendaciones dietéticas hayan de añadirse las de uso de suplementos como el ácido fólico o la vitamina B12, que suele darse inyectable para favorecer su correcta absorción. En la página 28 de este mismo número de LO+POSITIVO encontrarás una lista de alimentos recomendados para estimular la producción de glóbulos rojos de la sangre, acompañada de un menú completo de sugerencias gastronómicas.

Afortunadamente, los avances en el conocimiento de la forma en que las citoquinas estimulan la producción de los distintos tipos de células sanguíneas, junto con los de la ingeniería genética, han permitido el desarrollo de fármacos novedosos para el manejo de ésta y de otras deficiencias sanguíneas y conseguido relegar a casos más extremos el uso de métodos terapéuticos bastante más inconvenientes, caros y potencialmente peligrosos como son las transfusiones sanguíneas o los trasplantes de médula ósea. Además, no sólo existen otros posibles tratamientos en avanzado estado de desarrollo experimental, sino que el uso de otros antirretrovirales como los inhibidores de la proteasa o los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido permitiría el control de la replicación del VIH ahorrando a quien los tome los efectos supresores de la médula ósea de algunos análogos de nucleósido como AZT.

Fuente:

Liz Highleyman: 'Blood Cell Deficiencies':

www.sfaf.org/treatment/beta/b37/b37bloodcells.html

[1] Para una relación detallada de fármacos supresores de la médula ósea, ver páginas 3-4 del artículo fuente.

«La Noticia del Día»

«La Noticia del Día» es un servicio de información en español sobre tratamientos del VIH, del VHC y de las enfermedades oportunistas a través de internet.

Agouron abandona el desarrollo de Remune

Remune, nombre comercial del inmunógeno del VIH-1, consiste en un VIH modificado pensado para estimular que las células T produzcan una respuesta inmunitaria específica ante el VIH, con el objetivo de que el refuerzo de la respuesta inmunitaria ayude al control de

la infección y consecuentemente ralentice la progresión a SIDA. Remune se ha visto recientemente envuelto en varias polémicas relativas a su eficacia.

El pasado 6 de julio, Agouron Pharmaceuticals, una empresa propiedad del gigante Pfizer, ha decidido interrumpir su colaboración con *The Immune Response Corporation*, la compañía propietaria, para el desarrollo de Remune.

Esta decisión viene después de conocerse los resultados del ensayo de fase II que se ha desarrollado en España y de

que un comité independiente de expertos declarara que no se han obtenido los objetivos previstos. Dicho ensayo consistía en la comparación entre un grupo de personas que tomaban TARGA + Remune (n=121) y otro control sólo TARGA (n=118). Los datos finales no aprecian diferencias significativas en la evolución de los CD4 y de la carga viral entre ambos brazos.

La única excepción puede hacerse en el tramo de personas cuyos recuentos de CD4 basales (los que se tienen justo antes de iniciar el ensayo) eran altos (entre 300-700): en tal caso, la reducción de la carga viral al final del estudio fue mayor en quienes tomaron Remune frente a los controles. Los datos de este subanálisis fueron explicados por el Dr Fernández-Cruz, del Gregorio Marañón de Madrid, como presentación de última hora en la reciente conferencia de Buenos Aires.

La impresión general en la capital argentina fue que esta mejora en un grupo ya de por sí inmunocompetente no compensa los malos resultados generales.

Fuente: Jules Levin para NATAP (www.natap.org)
Referencia: Remune development stopped.

Una de cada tres personas con VIH presenta disfunción sexual

Durante la I Conferencia de la IAS sobre Patogénesis y Tratamiento del VIH celebrada en julio en Buenos Aires (Argentina) se presentaron los resultados de un estudio cuyo objetivo fue evaluar la incidencia de la disfunción sexual (DS) en hombres y mujeres y sus manifestaciones, así como analizar su relación con la infección por VIH, con el

SIDA y con la terapia antirretroviral.

Para ello se realizó un cuestionario a 91 personas VIH+ (72 hombres y 19 mujeres) en el que se distinguieron 6 manifestaciones clínicas para los hombres: disfunción eréctil, eyaculación precoz, retraso en la eyaculación, disminución de la cantidad de semen, orgasmo incompleto o inexistente y disminución de la libido; siendo éstos dos últimos los criterios utilizados para las mujeres. En el caso de los hombres, las manifestaciones más comunes fueron disfunción eréctil y disminución de la libido; en las mujeres, destacó la disminución de la libido. La incidencia general de DS fue del 33% en los hombres y del 32% en las mujeres.

Se encontró una relación significativa entre DS y diagnóstico VIH+. En un 37% (11 de 30) de las personas con algún tipo de DS, ésta se presentó dentro de las 6 semanas posteriores a la notificación de su diagnóstico. Con todo, la mayoría de estos casos fueron episodios de carácter transitorio. También se halló una relación significativa entre DS y tratamiento antirretroviral y, específicamente, los inhibidores de la proteasa (IP). De las 30 personas con DS, un total de 17 (57%) tomaba regímenes TARGA, 16 con IP y de éstos, 11 presentaban síntomas clínicos de lipodistrofia.

El promedio de edad fue 38 años en los hombres y 37 en mujeres. Los autores destacan que en el caso de los hombres la disfunción eréctil afecta en población general a un 5% de los menores de 40 años, mientras que en este estudio la incidencia fue de un 69%.

Estos resultados junto a otros de estudios anteriores, confirman que la disfunción sexual se presenta con frecuencia en las personas VIH+, aunque todavía se trate de una complicación poco estudiada. En este sentido es necesario que los médicos dialoguen con sus pacientes sobre aspectos de la DS y que ésta se incluya en los cuestionarios sobre calidad de vida de los ensayos clínicos.

Fuente: Elaboración propia
Referencia: Abstract 530. In "Final Program and Abstracts of the 1st IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment". July 8-11, 2001. Buenos Aires, Argentina.

Nuevos datos sobre la persistencia de VPH en mujeres a pesar de TARGA

La infección de alto riesgo por el virus papiloma humano (VPH) y las lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) persisten en muchas mujeres con infección por VIH pese a tomar terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), según afirma un informe de investigadores italianos publicado en el número de septiembre de *The Journal of Infectious Diseases*.

La Dra. Flavia B. Lillo y sus colaboradores del Hospital San Raffaele de Milán analizaron el efecto de TARGA sobre las infecciones de alto riesgo por VPH evaluando prospectivamente los marcadores virológicos y citológicos de la infección por VPH en 163 mujeres con VIH. De éstas, 27 no estaban en tratamiento ART, 62 recibían tratamiento sólo con inhibidores de la transcriptasa inversa y 74 tomaban TARGA.

Los investigadores informan de que encontraron evidencias de infección por VPH en el 65% de las 163 mujeres al iniciar el estudio (nivel basal). Exámenes más detallados revelaron LEI de bajo grado en un 20,2% de las participantes, y

de alto grado en un 6,2%. Al acabar el ensayo, el tratamiento con TARGA no supuso ningún efecto demostrable en la persistencia del VPH de alto riesgo o en la evolución de las LEI, por lo que no hubo diferencias entre el grupo de las tratadas frente a las no tratadas.

La única variable significativamente asociada con la persistencia de la infección de alto riesgo por VPH fue tener un recuento de CD4 <350 células/ml. A reseñar, sólo las mujeres que estaban en TARGA experimentaron un incremento significativo de los recuentos de CD4 durante un periodo promedio de 15,4 meses ($p < 0,001$).

Según los autores, estos resultados indican que la infección cervical por VPH y su dolencia asociada persiste en una alta proporción de mujeres que toman TARGA, particularmente las que tienen una más larga historia de infección por VIH, y sugieren que lo crucial es, con independencia del régimen antirretroviral y su efecto en la replicación del VIH, el número (y probablemente la competencia) de las células CD4.

Por ello, las mujeres con VIH deberían pasar controles rutinarios para detectar la posible aparición de LEI de alto grado y cáncer cervical.

Fuente: Reuters Health / NATAP (www.natap.org)

Referencia: *J Infect Dis* 2001;184:547-551.

Los mayores de 60 años presentan más complicaciones con TARGA

Contrariamente a los resultados arrojados por investigaciones anteriores, un nuevo estudio realizado por un equipo del Hospital del Mar en Barcelona (España) muestra que las personas VIH+ de 60 o más años de edad presentan una respuesta virológica e inmunológica a TARGA similar a las personas VIH+ de 40 o menos años. En cambio, sí se observan diferencias significativas

en la aparición de efectos secundarios asociados a la terapia antirretroviral.

Éstas son las conclusiones de un análisis prospectivo de una cohorte de 842 personas que iniciaron TARGA entre 1997 y 1998 con un inhibidor de la proteasa y dos análogos de nucleósido. Tras 24 meses de seguimiento los resultados de 28 personas de 60 años o más fueron comparados con los de un grupo de 671 personas de 40 o menos años de edad.

Cada día el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) selecciona una noticia relacionada con estos temas, la redacta en un lenguaje asequible y te la envía por correo electrónico.

Con tan solo 5 minutos al día, puedes mantenerte constantemente informado sobre los más relevante y actual en relación al VIH.

Tras el análisis no se encontraron diferencias significativas respecto al sexo, al porcentaje de casos naïve, a la potencia esperada del régimen TARGA ya sea con indinavir (75%), nelfinavir (15%) o ritonavir (10%), así como en la carga viral o recuento de CD4. En cambio, los efectos adversos fueron más frecuentes en el grupo de mayor edad, que también mostró una tendencia a una mayor adhesión y a unos resultados virológicos e inmunológicos más favorables. Además, se encontró lipodistrofia autoreferida en el 63% de este grupo de mayor edad frente al 33% del grupo más joven. Entre los mayores se registraron tres muertes: una por infección por VIH, otra por suicidio y otra por fallo respiratorio.

“La elevada frecuencia de efectos adversos en las personas VIH+ de edad avanzada podría estar relacionada con un deterioro de las funciones renal y hepática y un descenso de los niveles de albúmina en plasma asociados a la longevidad”, puntualizan los autores del estudio, que también sugieren que “la alta tasa de lipodistrofia podría constituir un factor de confusión asociado al proceso del envejecimiento”.

En todo caso, este grupo de investigadores considera necesaria la realización de más investigaciones acerca de opciones de tratamiento distintas a TARGA para personas VIH+ de edad avanzada.

Fuente: www.natap.org

Referencia: *AIDS* August 2001, 15:1587-1593 (Letter)

Puedes subscribirte sin coste alguno en www.gtt-vih.org/mailman/listinfo/noticiadeldia

Además, puedes buscar temas que te interesen en las noticias de días anteriores archivadas en nuestro sitio de internet: www.gtt-vih.org



45



Esa pequeña diferencia [III]

En el número anterior de LO+POSITIVO publicamos la primera parte de este artículo dedicado a las Directrices PENTA para el Uso de la Terapia Antirretroviral en la Infección por VIH Pediátrica, 2001. Esta segunda y

última parte aborda cuándo empezar el tratamiento, con qué, cómo hacer el seguimiento y a qué cambiar en caso necesario. Estas Directrices, no obstante, pueden sufrir variaciones en su versión definitiva y no necesariamente todos los pediatras especializad@s en VIH comparten la misma visión terapéutica.

La decisión a tomar sobre cuándo empezar tratamiento en los niños es más compleja que en los adultos. Entre éstos, los recuentos de CD4 y las copias de la carga viral suelen bastar para recomendar el inicio o no de TARGA, y sólo en segundo término se analizan los llamados factores psicosociales que influyen en quien tendrá que tomar las pastillas, quizá bajo el prisma más o menos consciente del/de la médico de que si un/a adulto no se toma su cóctel (¡qué palabra!) es porque no le da la gana.

Pediatras y familiares tienen la experiencia de que convencer a un/a niño de hacer algo por su propio bien es más difícil que entre los mayores, quizá porque se resista a que otros definan cuál es su propio bien. Por eso, lo relativo a la adhesión no entra en segundo, sino en primerísimo plano a la hora de planear un inicio de tratamiento. Además, y dadas las dificultades que comporta, los expertos del VIH pediátrico son todavía más conservadores que sus colegas para adultos, y retrasan todo lo clínicamente posible el comienzo.

Por eso, tal como se señala en la tabla 1, la situación clínica del/de la niño resulta tan relevante como sus CD4 y carga viral. A destacar, como observamos en el número anterior, que la evaluación de la situación inmunológica se basa en la proporción y no en el número absoluto de los CD4, extremadamente variable a lo largo de los años de crecimiento.

La tabla 2 resume las opciones iniciales de antirretrovirales, que no son ni de lejos las de los adultos por el menor número de formulaciones adaptadas a las posibilidades de los más pequeños. El equipo del PENTA incluye con cautela la alternativa EFV + NFV + 1ITIN, ya que se emplean las tres clases de fármacos comercializadas, y el fracaso del tratamiento y un eventual desarrollo de resistencias múltiples comprometería las futuras opciones.

Pese a la preocupación por, precisamente, la emergencia de resistencias, algo que puede ocurrir incluso con una excelente respuesta inmunológica y clínica, muchos pediatras prefieren retrasar el cambio de terapia si el/la niño no presenta signos de deterioro inmunológico y clínico aun cuando haya evidencia de fracaso virológico. Es decir, los médicos creen que es mejor mantener un tratamiento sin capacidad para inhibir la replicación viral todo lo deseable, y por ello susceptible de generar mutaciones de resistencia en el virus, si ayuda a conseguir que el/la niño se encuentre bien, y ello porque la disponibilidad de fármacos para construir nuevas combinaciones tras el fracaso de la primera es muy escasa, y todavía más en las siguientes.

Algo parecido sucede con el manejo de los efectos adversos de la medicación. Carecer de opciones limita la posibilidad de

cambio motivada por la toxicidad: si un/a niño presenta hiperlipidemia (altos niveles de lípidos en sangre), se le hace un seguimiento estrecho o se le receta fármacos para bajar el colesterol, pero no se le cambia el tratamiento.

Estos obstáculos llaman la atención sobre la necesidad de aumentar la investigación farmacológica en el VIH pediátrico. Hacen falta nuevas formulaciones pediátricas y nuevos fármacos, más estudios sobre cuándo cambiar tras el fracaso virológico y más herramientas de apoyo para manejar la adhesión. Hacen falta más atención científica e inversión financiera en los niños con VIH.

TABLA 1

Cuándo empezar tratamiento en niños con VIH

Recomendar	Considerar	Recomendar no iniciar
Estadio clínico C o situación inmunológica de grado 3	Estadio clínico B o CD4 <25% o Carga viral alta: >6 log si edad <1 año >5 log si edad >1 año	Estadio N o situación A y CD4 >25%, y Baja carga viral: <6 log si edad <1 año <5 log si edad >1 año

TABLA 2

Con qué iniciar la terapia en niños con VIH

A) Primera opción	
A1: 2 ITIN + 1 IP IP(*): NFV o RTV o lopinavir/r Las combinaciones de ITIN con más información disponible son: ZDV + ddi; ZDV + 3TC; ddi + d4T Otras combinaciones: d4T + 3TC; ZDV + ddC; ZDV + abacavir; 3TC + abacavir	A2: EFV + 2 ITIN (en niños > 3 años) EFV + NFV + 1ITIN (atención sobre regímenes subsiguientes)
B) Segunda opción	
2 ITIN + nevirapina 3 ITIN: ZDV + 3TC + abacavir Alternativas con menos probabilidad de ser efectivas: ZDV + ddi + 3TC, ddi + d4T + 3TC	

(*). Deberían considerarse IP si pueden tragar cápsulas de IDV o Fortovase; o para niños mayores de 4 años amprenavir tanto en cápsulas como en formulación líquida.

¡Agua va!

Que el agua es buena para el funcionamiento de los riñones no es ninguna novedad, pero nunca está de más recordarlo. Aunque suele ser habitual que *nuestr@s médic@s* repitan una y otra vez "¿ya bebes suficiente agua?", en ocasiones puede resultar difícil tomar la decisión. ¿Quién no se ha sentido tentado ante consignas como "el agua es para las ranas"? Este tipo de afirmaciones eufóricas suelen apostillarlas con un "para las ranas y para los riñones" y aunque suene resabido, me quedo tan fresco y me pido una sin gas.

Beber agua es fundamental para el funcionamiento de nuestro organismo, además si estamos en tratamiento farmacológico es importante que bebamos cantidades suficientes de agua para que nuestros riñones puedan también eliminar los residuos tóxicos de la medicación. Dependiendo de qué medicamentos tomemos *nuestr@ médic@* nos indicará qué cantidad de agua es la recomendable. Fármacos como foscarnet, cidofovir, pentamidina, amfotericina B o indinavir, por ejemplo, requieren una importante hidratación y control de la función renal.

En los resultados de nuestros análisis de sangre suelen figurar una serie de indicadores que nos pueden ayudar a conocer el estado de nuestra función renal. Los parámetros básicos son la creatinina y el BUN. **La creatinina** es el residuo resultante de la digestión de las proteínas. Los niveles altos suelen indicar problemas renales. Este es el marcador más directo y útil para comprobar de qué forma nuestros riñones eliminan los desechos del organismo. Los niveles normales de creatinina deben estar aproximadamente entre 0,5 y 1,3 miligramos por decilitro de sangre.

El BUN o urea es el nitrógeno en sangre. Se trata de un residuo que los riñones normalmente eliminan a través de la orina. Los niveles normales de urea en sangre deben estar aproximadamente entre 10 y 25 miligramos por decilitro de sangre. Un valor superior puede indicar una dieta muy alta en proteínas, deshidratación, fallo renal o fallo cardíaco.

Los niveles anormales de fósforo, CO₂, sodio, potasio y ácido úrico pueden también tener su causa en problemas renales. **Los niveles de sodio** indican el equilibrio entre agua y sal. Son un signo del funcionamiento de los riñones y de las glándulas suprarrenales. Los niveles anormales de sodio a menudo indican que el volumen de sangre es demasiado bajo -debido a una deshidratación- o demasiado alto. También pueden indicar que el corazón no está bombeando la sangre normalmente, o que los riñones no funcionan debidamente.

El **fósforo**, junto al calcio, es uno de los principales componentes de nuestros huesos. Los niveles altos de fósforo suelen indicar fallo renal. Y, al contrario, presentar niveles bajos de fósforo durante un periodo largo de tiempo puede causar daños en huesos, nervios y músculos. Los niveles normales de CO₂ o bicarbonato indican que el grado de acidez de la sangre está en niveles normales. **El potasio** afecta a varios de los órganos principales como el corazón. En caso de fallo renal los niveles de potasio aumentan. También se presentan niveles anormales de potasio cuando un@ tiene vómitos o diarrea. El **ácido úrico** proviene de la degradación del ADN -el material genético de las células- y habitualmente es eliminado por los riñones. Los niveles altos de ácido úrico son bastante normales, en cambio los muy altos pueden indicar que los riñones son incapaces de eliminar el ácido úrico de la sangre, entre otras causas, quizá por leucemia o por linfoma.

En los análisis de orina es importante tener en cuenta el nivel de proteínas o **proteinuria**. En caso de alcanzar niveles significativos mientras se está tomando un medicamento conocido por causar problemas renales, se puede reducir la dosis o dejar de tomarlo. La presencia de **glóbulos rojos** o **blancos** en la orina es anormal y puede ser indicativo de un proceso de enfermedad tal como una infección en la vejiga o la presencia de piedras en el riñón. Si hay piedras en el riñón o en los uréteres -los tubos que conectan los riñones con la vejiga- casi siempre habrá sangre en la orina, a veces en cantidades microscópicas no reconocibles a simple vista.

Total, que aparte de beber mucha agua, puede ser interesante estar al loro de los resultados de los análisis de sangre, y de orina si es el caso. Y a l@s que digan que no se puede brindar con agua pues nada, ni caso.



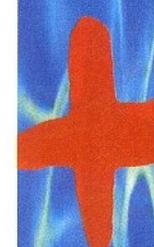
H. C.:
N. REG:
RECEPCIO: 03/02/00

NOM: FRANQUET DOYA Francisco
N. LAB: 0521304

PROCEDENCIA: HDIN HOSPITAL DIA INFECCCI
REMITENT:

SERVEI DE BIOQUIMICA CLINICA

Prova	Resultat	Unitats	Intervals referenci
Glucosa	111	mg/dL	(64 - 107)
BUN	26	mg/dL	(10 - 25)
Creatinina serum	1,5	mg/dL	(0,5 - 1,3)
Colesterol total	194	mg/dL	(148 - 247)
Triglicerids	528	mg/dL	(50 - 150)
Aspartat aminotransferasa (AST)	33	U/L	(10 - 40)
Alanin aminotransferasa (ALT)	32	U/L	(10 - 40)
Gamma-GT	19	U/L	(5 - 40)
Bilirrubina total	1,5	mg/dL	(0,2 - 1,0)
Bilirrubina directa	1,0	mg/dL	(0,1 - 0,2)
Bilirrubina indirecta	0,5	mg/dL	(0,1 - 0,2)
Posfatasa alcalina	92	U/L	(90 - 290)
Lactat deshidrogenasa (LDH)	361	U/L	(250 - 450)
Creatin kinasa (CK)	101	U/L	(33 - 140)
Proteines totals	74	g/L	(60 - 80)
Amilasa	162	U/L	(60 - 400)
Lipasa	201	U/L	(10 - 200)
Sodi	135	mEq/L	(135 - 145)
Potasi	4,2	mEq/L	(3,5 - 5,0)
Ferro	50	ag/dL	(50 - 150)



Glosario



Biodisponibilidad

Grado de actividad o cantidad de un fármaco u otra sustancia administrada que queda efectivo para actuar en el cuerpo después de su absorción por el organismo. Una biodisponibilidad del 63%, por ejemplo, indica que sólo el 63% del fármaco tomado surtirá efecto.

Bioequivalencia

Similitud en términos de potencia y biodisponibilidad farmacológicas entre dos o más sustancias o dos o más presentaciones de la misma sustancia administradas, en cualquier caso, a dosis iguales.

Criocirugía

Destrucción de tejido enfermo mediante la aplicación de frío intenso. Se utiliza en el tratamiento de varios problemas cutáneos (como las verrugas) y de algunos tumores hepáticos que no admiten otras intervenciones quirúrgicas.

Chancro blando

Úlcera venérea, no sifilítica, provocada por el bacilo de Ducrey.

Electrocauterización

Forma de cirugía mediante la que se endurece o destruye el tejido a tratar haciendo circular una corriente de alta frecuencia a través de un instrumento eléctrico o cauterio.

Exantema (rash, erupción)

Enrojecimiento o prominencias de la piel o ambas cosas a la vez que pueden aparecer ante una sustancia (intoxicación, alergia). Pueden producirse con o sin fiebre.

Medicina ayurvédica

La medicina ayurvédica es la medicina tradicional de la India. La palabra *Ayurveda* está basada en dos términos del sánscrito: *ayu* que significa vida y *veda* que significa conocimiento o ciencia. Ya que su práctica tiene cerca de 5.000 años, lo que es considerado en ese contexto conocimiento o ciencia puede no coincidir con la medicina occidental. Los tratamientos ayurvédicos son principalmente dietéticos y herbales.

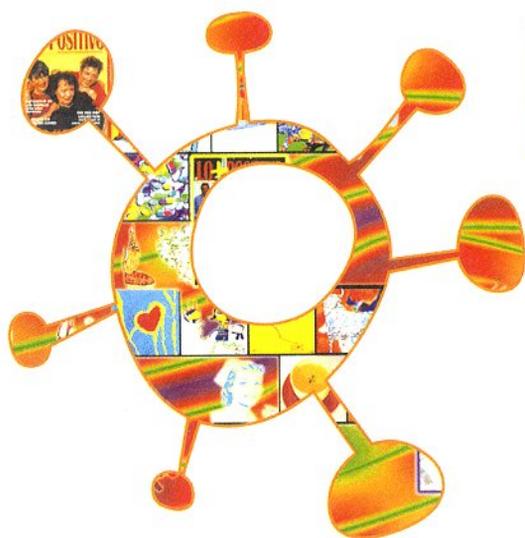
Plásmido

Molécula pequeña de ADN bicatenario que forma un elemento genético extracromosómico que puede replicarse de forma autónoma. Frecuente en las bacterias y en algunos organismos eucariotes, contiene a menudo secuencias genéticas que confieren a la célula huésped una ventaja de supervivencia, como puede ser la resistencia a los antibióticos. Se utiliza en ingeniería genética como vector de clonación.

Timo

Glándula endocrina que participa en la función inmunitaria a través de los linfocitos T.

48



LO+POSITIVO

todos los números
en Internet
www.gtt-vih.org



Solución al

50x15 ¿Quieres ser vihsionari@?

1: A, 2: B, 3: C, 4: D, 5: B, 6: A, 7: C, 8: D, 9: D, 10: C, 11: D, 12: B, 13: D, 14: C, 15: B.

TABLAS DE AYUDA A LA ADHESIÓN

Plan de tomas

La primera tabla está pensada para que planifiques el horario de tu tratamiento con tu médic@ o personal sanitario. Puedes utilizar un sombreado para indicar cuándo debes evitar comer en caso de que en tu régimen se incluya indinavir sin ritonavir o ddl, y marcar las horas de las comidas para aquellos medicamentos que han de acompañarse con algún alimento como nelfinavir, ritonavir, saquinavir y lopinavir/r (Kaletra®). También puedes anotar el número de pastillas o cápsulas de cada uno de los medicamentos.

Nombre del medicamento	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	

Revisión de tomas

Una vez hayas diseñado arriba el horario del tratamiento, la siguiente tabla te puede ser útil para llevar un registro de cada toma después de ingerirla. Escribe el nombre del medicamento y la hora a la que debe tomarse en cada uno de los recuadros superiores. En los cuadros inferiores podemos señalar que se ha tomado el medicamento y escribir la hora real en la que se ha hecho. Puedes realizar una copia para utilizarla en semanas posteriores o por si tu tratamiento requiere casillas adicionales. Esta tabla de revisión te ayudará a saber cómo llevas tu tratamiento y puede servir de guía en tu próxima visita médica.

Fecha de la semana: _____

Anota aquí los nombres y horarios de la tabla de arriba	Nombre del medicamento + hora de la toma (Mañana)			Nombre del medicamento + hora de la toma (Noche)		
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Marca cada toma y escribe la hora real en la que la has tomado

POR FAVOR, FOTOCÓPIALO Y HAZLO CIRCULAR

ARABA: *Vitoria-Gasteiz:* GAITASUNA 945289115 C.C.ANTI-SIDA 945257766 **ALBACETE:** ALVAS 967508860 **ALICANTE:** COLECTIVO GAYS-LESBIANAS 965132610 ACOSPA 965923939
 CIPS 965240563 *Benidorm:* AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** C.C.ANTI-SIDA 950254192 **ASTURIAS:** *Gijón:* C.C. ANTI-SIDA 985338832 *Oviedo:* XEGA 985224029 **BADAJOS:**
 PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358 **BALEARIS:** *Mallorca:* BEN AMICS 971723058 ALAS 971715566 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505 ACTUA 934185000 COORDINADORA
 GAI-LESBIANA 932980029 EL PUNT AMB TACTE (CAS DE SANTS) 934901940 Ext.30 GAIS POSITIUS
 932980642 PROECTE DELS NOMS 933182056 *Granollers:* AUMMO 938601415

Sabadell: ACTUA VALLÉS 937271900 **BIZKAIA:** *Bermeo:* TXO-HIESA 946179171

Bilbo: T-4 944221240 Hegoak: 944702100 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA

947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 *Algeciras:* C.C.ANTI-SIDA

956634828 *La Línea:* C.C.ANTI-SIDA 956176090 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA

927227613 **CASTELLÓN:** CENTRO DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA 964239922

A.C.CONTRA EL SIDA 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957485917 CONVIHDA

957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:**

C.C.ANTI-SIDA 981144151 *Santiago de Compostela:* C.C.ANTI-SIDA 981573401

Ferrol: Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS 972219282 **GRANADA:** NOS

958200602 C.C.ANTI-SIDA 958521352 **GUIPÚZKOA:** *San*

Sebastián-Donosti: A.C.ANTI-SIDA 943472036 HARRI BELTZA OIARTZUN

943493544 *Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI 943792699 **LAS PALMAS:**

Las Palmas de Gran Canaria: AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149570 **LLEIDA:**

A.ANTI-SIDA 973221212 **LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 *Ponferrada:*

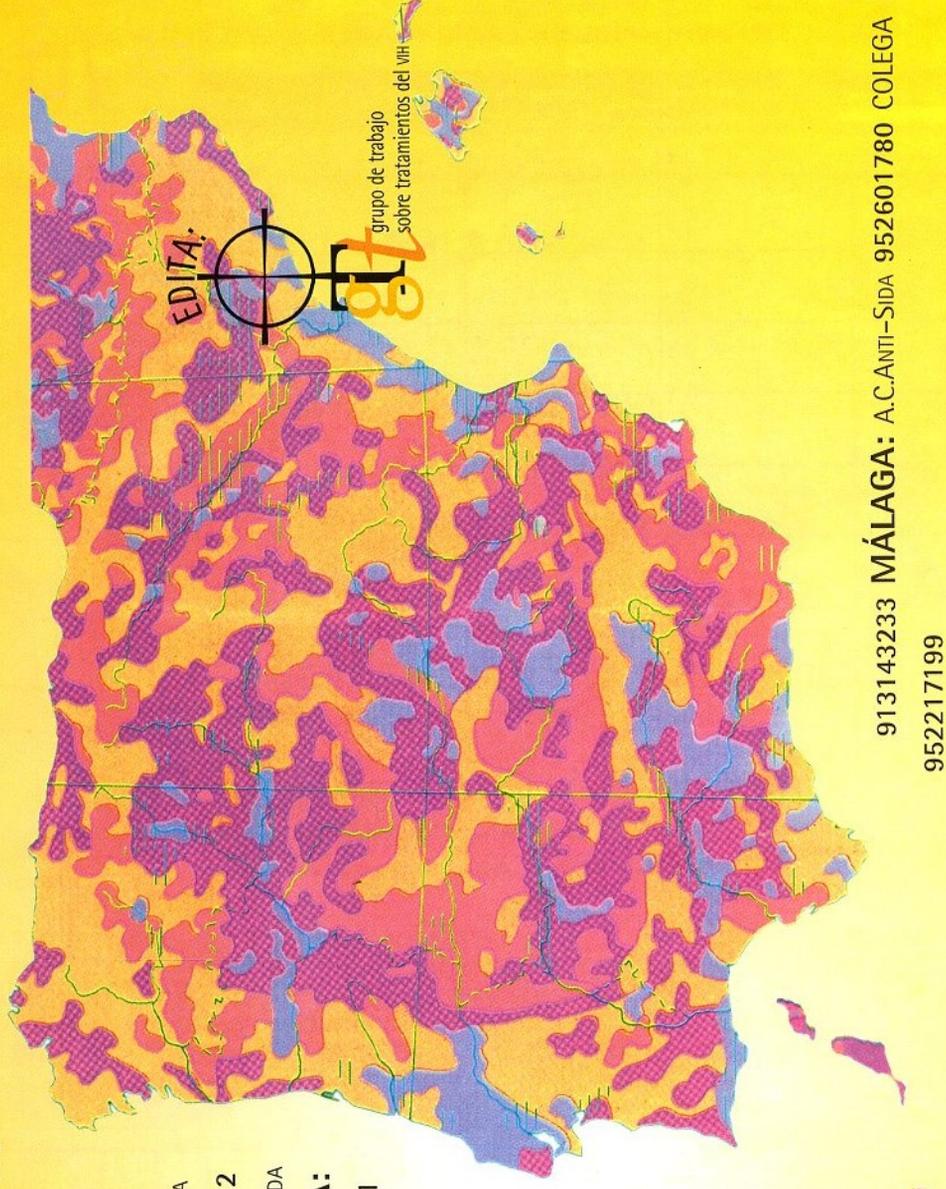
ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI-SIDA 941255550

LUGO: C.C.ANTI-SIDA 982244560 **MADRID:** APOYO

POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070

FASE 900111000 FIT 913513682 UNIVERSIDA

LO POSITIVO
OTOÑO 2001



913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA 952601780 COLEGA
952217199

MURCIA: C.C.ANTI-SIDA 968298831 *Cartagena:* C.C.ANTI-SIDA 968521841

OURENSE: C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA

948212257 SARE 948177244 **PONTEVEDRA:** *Vilagarcía Arousa:* 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA 942313232

SEVILLA: COLEGA 954563366 C.C.ANTI-SIDA 954371958 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 *La Palma:* INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COL-LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS

963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA 963676911 *Gandía:* SERVICIO INFORMACIÓN Y AYUDA AL/LA INFECTAD@ 962877371 **VALLADOLID:** C.C.ANTI-SIDA 983358948 **ZAMORA:**

C.C.ANTI-SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI-SIDA 976438135 GASPAR 976298223 LYGA 976395577 OM-SIDA 976370197 ○