

LO + POSITIVO

NÚM.37-PRIMAVERA 2007

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

Yo,
periodista

Además:
10 años junt@s
La hora del cambio
Información es poder
Última hora: sobre nelfinavir



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

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

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

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



opina

4 El mundo nunca es suficiente 5 Para quien haya perdido la esperanza
6 Quedar impune y A tod@s nos puede tocar 7 La información es poder
9 Paz para tod@s 10 Barcelona, ciudad postal 11 Construir una respuesta
12 10 años junt@s 13 Propuestas veraniegas 14 IV Foro Latinoamericano y del Caribe 2007 15 Última hora: sobre nelfinavir

en persona

16 Yo, periodista 17 ¿A qué esperamos a crear nuestros propios medios de comunicación? 18 Campañas, compromisos y medios de comunicación
21 Yo escribo de esta realidad 26 Usted preguntará por qué cantamos
30 Información imparcial basada en evidencias 31 Tomar partido

cuidarse

33 Nosce te ipsum, pequeño taller de interpretación de sueños
36 Zumeríos: el poder de los antioxidantes

a ciencia cierta

38 ¡Por la cara! Una actualización sobre técnicas de reparación facial
42 Acceso a nuevos fármacos para la hepatitis 44 La hora del cambio
46 Cuando las opciones son limitadas 47 Antirretrovirales y hormonas transexuales

al detalle

49 Los retos de la vacuna del papiloma humano (1ª Parte) 51 Mala cabeza
53 ConTacto 55 En la web 56 Amuvih y listado de ONG



Miembro del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH

EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS: Georgina Fabrés, Jaume Fabrés, Xavier Franquet, Juanse Hernández, Gonzalo Mazuela, William Mejías, Núria Rodríguez, Joan Tallada, M^a José Vázquez, Marion Zibelli **EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO:** Santi Burgos, Paul Cummings, Montserrat Moliner, Rubén Sáez, Bárbara Simó, Miguel Vázquez **LO+POSITIVO** es una publicación del **Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), una asociación sin ánimo de lucro declarada Entidad de Utilidad Pública**, que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el SIDA **LO+POSITIVO es una revista GRATUITA:** ¡nunca pagues por leerla! Si deseas contribuir a su mantenimiento contacta con: **REDACCIÓN:** C/Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona España **Tel:** +34 932 080 845 **Fax:** +34 932 070 063 **E-mail:** contact@gtt-vih.org **Web:** www.gtt-vih.org **IMPRESIÓN:** Pikadrián SL, www.pikadrian.com Depósito Legal: B-40431-97 **CON EL PATROCINIO DE:** Laboratorios Abbott, Boehringer Ingelheim, Gilead Sciences, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Kern Pharma, Merck Sharp & Dohme, Pfizer, Productos Roche, Schering-Plough **CON LA COLABORACIÓN DE:** Generalitat de Catalunya, Ministerio de Sanidad y Consumo **Y EL APOYO DE:** Iniciativa Internacional por una Vacuna para el SIDA (IAVI) **LO+POSITIVO** no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados. **La información científica tiene una validez de tres meses.**

Que continúe la vida



Luchamos por un mundo sin VIH

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

Roche

Farma

Roche Farma, S.A.
C/ Eucalipto, 33,
28010 Madrid
Tel.: 91 324 81 00
Fax: 91 324 83 50
<http://www.roche.es>

El poder de las palabras

Dijeron que el dominio de la televisión como medio de comunicación haría que la nuestra fuera la cultura de la imagen. No contaron con el impacto que tendría la expansión de internet: pese a que la creación e intercambio audiovisual es más fácil que nunca antes, los seres humanos del siglo XXI seguimos fascinados por la palabra y su poder. Correos electrónicos, conversaciones en línea, telefonía gratuita, mensajes en el móvil, cientos de millones de páginas webs: el mundo virtual se ha convertido en un ámbito privilegiado para la comunicación con propios y extraños. Salvando que una parte del planeta no tiene acceso a las nuevas tecnologías de la información (como tampoco lo tiene a las tradicionales) y que decir no significa entenderse, la palabra impera por doquier.

Hablar, contar, explicar: nos importa, y mucho. No sólo transmitimos ideas, conceptos, valores o sentimientos, sino que también con la expresión lingüística creamos realidad. Lo que decimos conforma nuestras relaciones, y otorga consideración social a otros seres humanos y a nosotr@s mism@s.

La comunidad del VIH sabe bien del poder de las palabras. Desde el inicio de la pandemia, dicho poder se ha empleado para levantar barreras de exclusión y forjar prejuicios negativos basados en un estigma que legitimara la discriminación. Pese al largo camino recorrido, el lenguaje sigue siendo un arma de doble filo que por un lado necesitamos como medio de expresión y, por ende, de existencia, y por el otro, ha sido la herramienta más eficaz para la agresión y la destrucción.

Este número de LO+POSITIVO está dedicado a dejar explícito por qué para la comunidad del VIH es tan importante contar con medios de comunicación propios, por qué somos beligerantes con el lenguaje torticero que nos minusvalora o denigra, y por qué rechazamos que hablen de nosotr@s sin prestar atención a cómo queremos que nos llamen.

El derecho a la identidad y a la libre determinación de la persona pasa por el reconocimiento de las palabras como un instrumento para designar una realidad en la que, conviene repetirlo una vez más, la comunidad del VIH quiere participar en condiciones de igualdad.

Límites

Tailandia es uno de los países con pocos recursos en el que el gobierno ha tomado la iniciativa, amparándose en la legislación internacional, de emitir licencias obligatorias de varios antirretrovirales, entre ellos lopinavir potenciado por ritonavir, el conocido Kaletra®. Tras varias negociaciones fracasadas, la compañía propietaria del medicamento, Laboratorios Abbott, decidió en represalia retirar la solicitud de comercialización de varios nuevos medicamentos en el país, incluyendo la nueva formulación de Kaletra® que no requiere refrigeración. Hasta aquí un capítulo más del bizarro conflicto mundial entre intereses económicos, innovación en investigación y necesidades de salud.

Pero el frustrante episodio de lo acontecido entre Tailandia y Abbott ha tenido un epílogo más inquietante si cabe. Como respuesta a la postura de la multinacional con sede en Chicago, el grupo activista ACT UP París organizó un boicot a su portal de internet que tuvo suficiente éxito como para interrumpir algunos servicios de la compañía, como la venta en línea de productos nutricionales. La reacción de la empresa ha sido apelar a la ley antiterrorista francesa y llevar a juicio a la organización comunitaria por su ataque cibernético pidiéndole daños por valor de entre 75.000 y 100.000 dólares.

Una medida claramente desproporcionada y carente de sentido, que puede volverse en contra de la propia

compañía. Para la comunidad del VIH va a resultar muy difícil de entender que Abbott abuse de su poder y ponga contra las cuerdas, hasta el punto de amenazar con su desaparición, a una organización que sólo pretendía llamar la atención sobre una situación que es, a todas luces, injusta. Al fin y al cabo, se esté de acuerdo o no con las tácticas de ACT UP París, bloquear una web no es muy diferente a manifestarse y encadenarse a las puertas de las sedes centrales de los laboratorios impidiendo la entrada del personal, una seña identidad del activismo del VIH desde finales de los 80.

Precisamente, una portavoz de GlaxoSmithKline, la primera en "sufrir" acciones directas cuando todavía era sólo Burroughs Wellcome, ha recordado estos días que entre la industria farmacéutica existe el acuerdo tácito de dialogar con los grupos activistas, e implicarlos en las discusiones para encontrar soluciones conjuntas, y no enfrentarse a ellos, ya que resulta improductivo.

Abbott se ha saltado dicho acuerdo, lo que no conviene a ninguna de las partes. La compañía debería reflexionar y retirar la demanda a ACT UP París, ya que ello implicaría el reconocimiento de que el poder de una multinacional sobre la vida de millones de seres humanos debe tener mecanismos de control social, y que sus intereses comerciales han de tener límites basados en valores humanos universales.

El mundo nunca es suficiente

Es lo que ya deben pensar los representantes de la Sociedad Internacional de SIDA (IAS, en sus siglas en inglés) y muchos de nosotros como activistas al evidenciar situaciones como las de Sydney, Australia. El Primer Ministro australiano, John Howard, ha declarado, pública y abiertamente, que está en contra de la entrada de personas con VIH en su país. Paradójicamente, del 22 al 25 de julio, se celebrará en Sydney la 4ª Conferencia Internacional de la IAS sobre Patogénesis, Prevención y Tratamiento del VIH (www.ias2007.org), una de las citas mundiales más importantes en materia de VIH/SIDA.

Ya en 1992 la IAS había decidido no celebrar más este tipo de eventos en países que restringieran la entrada de personas con VIH, como es el caso de Estados Unidos, y se limitaría a países con políticas de inmigración más abiertas. Para este año 2007, se había elegido Sydney, una ciudad conocida hasta ahora por su mentalidad abierta.

La actual política australiana sobre inmigración no exige la declaración o el límite de entrada como turista de las personas con VIH. Sin embargo, sí se exige una prueba de VIH a los que desean emigrar a dicho país. Según el Departamento de Salud australiano, «ser positivo no implica una denegación automática, sino que se valora teniendo en cuenta su potencial gasto sobre los servicios sociales y de salud, junto con su potencial contribución a la vida económica y social de Australia». Pero todo esto es muy ambiguo y subjetivo, además de discriminatorio, puesto que, en la normativa actual, también se le exige a los residentes que tienen un visado permanente someterse a análisis para determinar si tienen VIH.

Aun así, se consideró Sydney "idónea" para el desarrollo de tal evento. Ahora para poner la guinda en el pastel o quitarle la careta a una política de inmigración de subterfugios, el conservador John Howard ha declarado y defendido que no se autorice a personas con VIH a emigrar al país continental. «Me gustaría recibir un poco más de consejos e información sobre esta cuestión, pero mi reacción inicial es no», aseguro Howard. «Puede haber algunas preocupaciones humanitarias que podrían atemperar esta medida en algunos casos, pero de entrada no», puntualizó.

Además, Howard se mostró dispuesto a modificar la ley para endurecerla. «Creo que deberíamos tener las condiciones más estrictas posibles en relación con esta cuestión en todo el país». Lo que significaría exploración y seguimiento médico de todas las personas con VIH que visiten el país.

A todo esto, la comunidad internacional ya ha empezado a movilizar su maquinaria de respuesta y presión posicionándose sobre este tema. «Las declaraciones del Primer Ministro indican que él prohibiría la entrada al país de los inmigrantes y refugiados VIH positivos, lo que es una flagrante indiferencia de los derechos humanos básicos, y sólo sirve para perjudicar los actuales esfuerzos en materia de prevención y tratamiento del VIH», declaró Pedro Cahn, Presidente de las IAS y de la conferencia de Sydney 2007. «Tales declaraciones también envían un mensaje increíblemente discriminatorio a la población que ha estado a la vanguardia de los esfuerzos de la prevención, los cuidados y tratamientos desde que comenzó la epidemia. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas y la Organización Internacional de Migraciones concluyeron en 2004 que las restricciones de viaje relacionadas con el VIH/SIDA no tienen justificación en términos de salud pública», añadió el Dr. Cahn.

Por su parte, el Grupo Europeo sobre Tratamientos del SIDA (EATG) ha enviado una carta a Howard, con copia a ONUSIDA, la Organización Mundial de la Salud y a la Fundación Bill y Melinda Gates (que financia a la IAS), en la que se le pide explicaciones sobre cómo su gobierno tratará a las personas con VIH con visado que asistan a la conferencia de Sydney. Aún no ha habido respuesta.

CARTA DE EATG

Estimado Sr. Howard,

Su país será el anfitrión de la 4ª Conferencia Internacional de la IAS (...). Ser elegido como país anfitrión para tan importante reunión es un honor, y también una oportunidad para su gobierno de dar la bienvenida a los participantes de la conferencia que habrán viajado desde sitios remotos para reunirse y debatir sobre los últimos descubrimientos científicos.

Los comités local e internacional han estado invirtiendo su tiempo y energía a lo largo de muchos meses para hacer de esta conferencia un éxito. El pasado 11 de mayo (...) se anunciaba que usted le pedía a su Ministro de Sanidad e



Inmigración consejo sobre si plantear el VIH/SIDA como un riesgo de salud pública y sobre las implicaciones de permitir la entrada de personas con VIH al país. Con sus declaraciones, usted está poniendo en peligro los fines de este importante evento y dañando la imagen pública de Australia como anfitrión. Las personas con VIH tienen un papel muy importante en la lucha frente a la pandemia del SIDA, tanto en la investigación científica como en la prevención. En la 4ª reunión de la IAS en Sydney, como en muchas otras conferencias internacionales del VIH/SIDA, nuestra comunidad ha sido incluida en la planificación de la conferencia y en el intento de contribuir activamente en el debate y la discusión durante la reunión. Pretender controlar la libertad de movimiento de los participantes a la conferencia criminalizará a aquellos que están motivados para acabar con esta pandemia. Encontramos que sus planes están motivados por puro populismo, además de una falta de respeto a nuestro esfuerzo frente a una enfermedad que nos afecta.

Aprovechamos también esta oportunidad para criticar las medidas que ha tomado su país de control de los inmigrantes con VIH. Existe un consenso internacional entre los especialistas de enfermedades infecciosas en que tales precauciones son tanto ineficaces, en términos de salud pública, como inaceptables, desde el punto de vista de los derechos humanos. En el mundo de hoy, la lucha frente a las enfermedades infecciosas sólo puede ser efectiva si los países colaboran a escala mundial. Las medidas unilaterales y aislacionistas pertenecen al siglo XIX.

Exigimos que aclare urgentemente la situación de entrada de las personas con VIH.

Wim Vandeveldt,
Presidente de EATG

FUENTES:

- *Terra. Comunicado de prensa de la IAS2007 y The Australian News*

opina

A.M.Santiago

Para quien haya perdido la esperanza

¡Hola amig@s! Soy un chico de 41 años y convivo con el VIH desde hace 18 años que me lo diagnosticaron.

También vivo con hepatitis C que me fue diagnosticada hace 8 aunque posiblemente la tuviese de antes. He sido politoxicomano y todo apunta a que me infecté por ello. Gracias al apoyo de mi familia y con mucha fuerza de voluntad he conseguido superar mis adicciones.

Al enterarme de que era seropositivo pensé que era el fin e incluso intenté suicidarme. Caí en una fuerte depresión, me encerré en mí mismo, no salía de casa ni me relacionaba con nadie; me sentía frustrado ya que pensaba que nadie me aceptaría y menos aún

poder conocer a una chica y poder casarme y formar una familia.

Pero hace un año todo cambió: tuve la gran suerte de conocer a una mujer encantadora; cuando llevábamos un mes le dije que tenía VIH y VHC y lejos de rechazarme me dijo que no le importaba. Pero cuál fue mi mayor sorpresa que decidió empezar la carrera de enfermería, ponerse al día en todo lo relacionado con el VIH y el VHC y acompañarme a todas las revisiones médicas. A día de hoy, está terminando primero de enfermería, nos acabamos de comprar un piso y nos vamos a casar en septiembre.

Así que espero que mi historia sirva para levantar el ánimo al que haya perdido la esperanza de rehacer su vida,

pues, gracias a dios, siempre hay tiempo de conocer a alguien especial y ser feliz.

Os deseo lo mejor y no perdáis la esperanza: cuando menos te lo esperas, la vida cambia a mejor.



Ser cruel y quedar impune

Es así de crudo: mi pareja (ahora ex pareja) nunca me informó de que desde hacía como 8 años era portador del VIH.

Yo llevaba tres meses con esa persona. Pero un día, casualmente (quizás Dios existe), encontré dos pastillas que al doblar un pantalón suyo cayeron al suelo. Las recogí y miré extrañada. Él se quedaba los sábados y domingos en mi casa, donde vivo con mi hijo de 11 años.

Me preguntaba por qué tomaba esas pastillas y me dio por informarme en internet para saber de qué se trataba. ¡¡Y creí morirme en ese instante!!

Tuve una relación de riesgo en la cual «él alegó que se había quitado el preservativo porque hacía poco que había tenido la regla y no había riesgo de embarazo». ¿Cómo puede tu propia pareja intentar transmitirtte deliberadamente el VIH?

En ese instante, mi vida dio un giro de 180° y ya no soy la misma, pese a

que aún estoy a la espera de los resultados y me digan hasta la saciedad que hay muchas posibilidades de que no esté infectada. Pero el estrés que llevo, la ansiedad, las crisis de pánicos, y para más INRI el continuo acoso de este individuo, que después de haberle “quitado la careta” me envía ‘tropecientos’ mensajes a mi móvil y teléfono de casa amenazándome de que si le abandono y me ve con un hombre, le mata, de que se va a quitar la vida... Me deja papeles en mi coche con mensajes, vigila mi domicilio es ¡ACOSO Y DERRIBO!

Eso fue el 20 de mayo de 2007, un domingo. El lunes fui al médico, le conté todo y me hicieron el test Elisa y salió negativo. Pero no es válido pues tiene que pasar un período de 3 meses (período ventana). No obstante, hoy he repetido el test. Una trabajadora social de la Cruz Roja me ha dicho que suele detectarse a los 15 días de la última relación. Así que mañana tendré los resultados, los cuales me realicé en un laboratorio privado.

Es un sin vivir, estoy emocionalmente destrozada. El miedo, la rabia, la incompreensión: todo esto me supera.

Esa persona, ese “psicópata”, así lo denominan las personas cualificadas que actualmente intentan ayudarme, y así lo denomino yo, un monstruo psicópata. Ese hombre ha tenido otras parejas, y según rumores que me han llegado de su entorno, ha infectado a otras chicas.

Yo me pregunto: ¿hasta qué punto esto es legal, ya que es un atentado contra una persona? ¿Cómo una persona puede ser tan cruel y quedar impune?

Mañana me darán el resultado, ahora son las 0:53 de la mañana y no puedo dormir, estoy muy nerviosa, asustada...

Gracias por leerme.

Zayda

A tod@s nos puede tocar

Soy de Málaga y tengo 26 años. Desde hace años estoy muy familiarizada con esta enfermedad porque una persona muy cercana a mí vive con ella desde hace años como ya os digo. Siempre me ha interesado cualquier noticia relacionada con el VIH e incluso he acudido de acompañante a grupos de apoyo de personas con esta enfermedad.

El tema es que nunca pensé que quizás también me pudiese tocar a mí. Hace 14 meses me enamoré locamen-

te de un chico, la historia acabó hace 5 meses. Días atrás recibí un correo suyo dándome la noticia de que acababan de diagnosticarle VIH. El mundo se me vino encima ya que en los últimos meses de relación no usamos preservativo. Me he hecho ya la prueba del VIH y el resultado me lo darán le miércoles.

Ahora me encuentro muerta de miedo, hundida, perdida, rota. En caso de resultar positiva, intentaré luchar, seguir viviendo y ser lo más optimista posible, igual que todas las personas

que un día conocí. Si resulto ser negativa seguiré luchando igualmente, poniendo mi granito de arena en todo lo que pueda aportar en el VIH. Porque así es la vida: a tod@s nos puede tocar. Besos y abrazos para tod@s.

Me sirve de mucho consuelo poder expresarme aquí.

Un saludo.

Ely

Testimonios de la sección Historias Personales de nuestra web, visítala en:
www.gtt-vih.org/participa/historias_personales

La información es poder

Esta consigna que sirvió para movilizar a las personas con VIH al inicio de la epidemia sigue siendo cierta a otros niveles y en otros protagonistas, es decir, que quienes tienen en sus manos la gestión de la información tienen el poder de incidir en los acontecimientos, no sólo de contarlos.

El papel de los medios de comunicación es crucial en la definición a gran escala y la posterior fijación de determinados "mitos" en la mente colectiva y está muy lejos de ser un papel neutro, estrictamente limitado a la "información". Pongo este término entre comillas porque a pesar de que uno de los pilares en los que se fundamenta el hecho informativo es el de la objetividad, es preciso tener muy presente que ésta sólo puede ser un intento, pues los valores, la ideología o el entorno cultural en que se desenvuelve el/la periodista tienen un peso importante en el impacto social de su trabajo, tanto mayor cuanto menos conciencia exista de ese peso.

En general, los medios han ignorado a las mujeres en la primera mitad de la pandemia y sólo cuando la evidencia se hizo tan clara que no podía ser obviada volvieron la vista hacia el giro dramático que se estaba produciendo a escala mundial.

La infección por VIH se está convirtiendo cada vez más en un tema "de mujeres" o lo que en términos periodísticos se



conoce como la "feminización de la pandemia". Este término que en principio parecería adecuado para atraer la atención del público y las instituciones hacia un hecho dramático que necesita la intervención urgente en todos los ámbitos, se queda en una simple descripción del hecho con inhibición de cualquier responsabilidad, como si no tuviera nada que ver con nosotr@s, con nuestro trabajo o con nuestras vidas. Como si el hecho de informar eximiera al profesional de su parte de responsabilidad y le convirtiera en mero espectador del mundo.



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

ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE	
BANCO O CAJA	LOCALIDAD
DOMICILIO AGENCIA	C.P.
CÓDIGO C/ C (20 DÍGITOS)	
FIRMA	

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN

C. POSTAL

PROVINCIA

TEL.

MÓVIL

A los efectos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, te informamos de que tus datos personales facilitados en este Boletín de Suscripción, formarán parte de un fichero cuyo responsable es la ONG Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), C/ Sardenya, 259 3º 4ª, 08013 Barcelona, España. Asimismo te informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo deseas, deberás solicitarlo por escrito a la dirección de gTt.

Autorizo una donación anual de:

25€ 50€ €

Forma de pago: Giro postal

Talón nominativo adjunto Por Banco

En el caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) C/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona (España)

La prensa ha representado a las mujeres con VIH ocupando un número limitado de roles sociales, presentes en tanto que madres o embarazadas, centrando el mensaje sobre todo en el riesgo de que transmitan el VIH a sus bebés, o como el factor invisible que contribuye a la orfandad de niños y niñas, sin entidad propia y sin siquiera tomar en consideración las necesidades relativas a su propia condición de infectadas. O permanentemente citadas como grupo vulnerable en tanto que trabajadoras sexuales, casi desprovistas de su condición femenina, y también vectores de la transmisión del virus. Así, han hablado de víctimas inocentes dando a entender con ello que había otras que eran culpables.

La mayor parte de los sesgos que tienen lugar al informar sobre el VIH son fiel reflejo de lo que ocurre en la sociedad, y al mismo tiempo, la diseminación de información sesgada contribuye a reforzar los estereotipos existentes.

A pesar del aumento de noticias sobre mujeres, la función crítica de la prensa fue prácticamente inexistente, perpetuando una imagen estigmatizadora de las mujeres, encerrándolas en un estereotipo único que contribuía a dificultar la reducción de la mayor vulnerabilidad con la que se enfrenta la

población femenina ante el VIH. Así, la pobreza, las prácticas culturales de algunos países, ciertas poblaciones estigmatizadas, condiciones de vida precarias en determinadas regiones, creencias y hábitos de vida se convirtieron en temas "noticiables" que, aunque sea innegable su impacto como factores que contribuyen a aumentar el riesgo, sirvieron de cortina de humo para evitar abordar los temas de fondo. Los medios reproducen los estereotipos en lugar de cuestionarlos; se limitan a reproducir un imaginario popularmente aceptado que perpetúa la imagen de las mujeres con VIH o en riesgo como víctimas con escaso poder para protegerse, pobres, marginadas, dependientes... Pero sin explorar los condicionantes sociales, económicos, culturales, etc., que contribuyen a que eso sea así; dejando de lado que en la base de la devastadora expansión del virus se encuentran las desigualdades de todo tipo, entre Norte y Sur, entre hombres y mujeres, entre ricos y pobres; desigualdades en el acceso a la información, los recursos y la autonomía, en suma.

Por más que haya estado en la base de los últimos análisis sobre la pandemia, el papel del patriarcado y su impacto en las conductas individual y colectiva no parece tenerse en cuenta

por los profesionales del periodismo, la mayoría de los cuales se sitúa fuera de los acontecimientos, contando sobre "el/la otr@", situándose al margen de los sucesos que cuentan como cuestiones sin otra relevancia para sí mismos que el puro interés informativo (catastrofista) de los mismos.

Como actores fundamentales en la construcción social, con un importante papel en la labor de configurar la opinión pública, un periodismo ético debe asumir su parte de responsabilidad, aquella que le corresponde con el poder que detenta. Porque la respuesta al VIH no se limita al ámbito médico sino que tiene que ver con ideologías y con la perpetuación de mitos, tradiciones y tabúes, algo en lo que todos los estamentos de la sociedad participamos en mayor o menor medida. Por eso, no vale quedarse al margen, pues una actitud neutral dejar de ser ética cuando perpetúa las condiciones que favorecen la desigualdad, el estigma y la discriminación.



TU OPINIÓN CUENTA, NOS IMPORTA Y NOS AYUDA A MEJORAR

- 1 SEXO
 - Hombre
 - Mujer
 - Transgénero
- 2 EDAD
 - >20
 - 20-30
 - 31-40
 - 41-50
 - 51-60
 - <60
- 3 ESTATUS VIH
 - VIH+
 - VIH-
 - Desconocido
- 4 ¿SABES CÓMO ADQUIRISTE EL VIH?
 - Sexo no seguro:
 - Hombre-Hombre
 - Mujer-Mujer
 - Hombre-Mujer
 - Por compartir jeringuillas
 - Transfusión sanguínea
 - Accidente laboral
- 5 ¿TOMAS TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL?
 - Sí
 - No
- 6 ¿TOMAS SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS?
 - Sí
 - No
- 7 ¿CUÁLES?
- 8 ¿EN QUÉ LOCALIDAD VIVES?
- 9 VALORA LO+POSITIVO DE 1 A 10
 - Contenido
 - En general
 - Diseño
- 10 ¿QUÉ TEMAS TE HAN GUSTADO MÁS?
- 11 ¿QUÉ TEMAS TE GUSTARÍA ENCONTRAR EN LOS PRÓXIMOS NÚMEROS DE LO+POSITIVO?

Rellena, recorta (o fotocopias) y envíanos esta pequeña encuesta a: gTt c/Sardenya, 259 3º 4º 08013 BCN (España)

Paz para tod@s

Por primera vez en la historia del Nobel, una mujer con VIH ha sido nominada para recibir el Premio Nobel de la Paz 2007. Patricia Pérez es una de las 30 mujeres que se movilizaron en la Conferencia Internacional del SIDA de Ámsterdam en 1992 para fundar la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH (ICW). Patricia forma parte del Comité Directivo Internacional de la organización y es en la actualidad la secretaria regional para América Latina y el Caribe.

Tras su nominación, Patricia vio la oportunidad de que su posición fuera utilizada para poner en marcha una campaña que uniera los esfuerzos de activistas por la paz y contra el VIH en un intento de destacar los estrechos vínculos entre violencia y VIH y la necesidad de poner ambas amenazas en la misma agenda, dado que ambas en conjunto y por separado ponen en riesgo el futuro de la humanidad.

Con este acto de generosidad al compartir con tod@s nosotr@s el reconocimiento que ella se ha ganado por méritos propios, Patricia demuestra una vez más lo merecido de esa nominación. Para la ICW, esta candidatura «es una extraordinaria oportunidad para ampliar la estrategia mundial de respuesta social a la pandemia más terrible que ha enfrentado la humanidad».

LA PAZ COMO OPORTUNIDAD PARA DETENER EL VIH

La paz en la Tierra depende de nuestra capacidad para garantizar la supervivencia de la Especie Humana.

Decía Jonathan Mann que el mayor desafío en la respuesta ante el SIDA no debíamos buscarlo en los necesarios e imprescindibles esfuerzos científicos para detener el virus, sino en la modificación de las conductas humanas que, a fuerza de prejuicios y discriminación, han sido un sustancioso caldo de cultivo para su propagación.

Cuando en la Conferencia Internacional del SIDA, Bangkok 2004,

Nelson Mandela llamó la atención del mundo con sus contundentes afirmaciones sobre la inmediata acción que los líderes mundiales le deben a la respuesta global al SIDA en un intento de evitar la desaparición de la especie humana a manos de la pandemia, un grupo de activistas de América Latina decidimos sumar nuestros esfuerzos para colaborar con Mandela en su compromiso contra la violencia que significa el exterminio de la especie por causa del SIDA, intentando nuevas acciones, incorporando nuevos conceptos y convocando a actores no tradicionales a esta respuesta.

Surge así una visión que pretende vincular las acciones destinadas a evitar la propagación del VIH activando el compromiso contra los prejuicios y la discriminación, aportando al mismo tiempo el esfuerzo de construcción de un mundo más tolerante y realizando aportaciones encaminadas a ampliar el concepto de Paz para, desde ahí, desarrollar una actividad de mayor alcance, contra el SIDA y por la Paz, como estrategia para la consolidación de la respuesta social a la pandemia.

En ICW entendemos la Paz no sólo como lo contrario al conflicto armado sino como un concepto amplio que tiene una relación directa con la violencia en el entorno doméstico. En realidad, ambos conceptos están vinculados; en general, la violencia en el hogar es mayor en áreas de conflicto armado, pero también en aquellos lugares donde la sociedad misma es violenta, el ciclo de violencia invade el hogar y el lugar de trabajo. No puede haber paz en el mundo si no hay paz en los hogares.

La equidad de género puede mitigar los efectos de la violencia y existe evidencia en ese sentido a través de la puesta en marcha de proyectos sobre masculinidades y cambios conductuales. La violencia contra las mujeres, o el temor a la violencia, es directamente responsable de la expansión del VIH a través de la violación sexual e indirectamente a través del temor a la prueba o la comunicación del diagnóstico, que



pueden poner las vidas de las mujeres positivas en riesgo. Esto puede producirse por presiones tanto dentro de las relaciones individuales como de la sociedad. Sirva como ejemplo la privación del derecho de las mujeres a usar la protección del preservativo, que puede provenir de su pareja pero también por imperativo de las normas sociales, de donantes internacionales o de la iglesia.

AMPLIANDO HORIZONTES

Para tener alguna posibilidad de éxito frente a la pandemia es indispensable reunir a todos los actores y líderes mundiales que aún no se han sentido implicados. Se hace necesario ampliar las fronteras de la respuesta y llevarla a terrenos nunca explorados hasta ahora, siendo atrevid@s e innovador@s aunque conscientes y perseverantes en la búsqueda de nuevas alianzas para la tarea.

Con los argumentos y las líneas de acción usadas hasta hoy no se han obtenido los resultados deseados, por lo que es necesario ampliar los horizontes de la respuesta colectiva, dotándola del prestigio y la dimensión humanitaria que aún no tiene. La respuesta global al SIDA no puede seguir siendo patrimonio sólo de los activistas del sector; tod@s somos responsables del bienestar de nuestro mundo.

Comité de apoyo a la campaña
(porlapaz@icwlatina.org;
mjvanav1@auna.com)

Barcelona, ciudad postal

La noche de las elecciones municipales, los representantes de los partidos políticos que aspiraban a gobernar el Ayuntamiento de Barcelona se lamentaron amargamente de la cifra récord de abstención: más de la mitad de los ciudadan@s había decidido no ejercer su derecho a voto y quedarse en casa, ir a la playa o pasear sin rumbo fijo. La compunción era especialmente visible en los rostros de los tres partidos (PSC, ERC e ICV) que rigen los destinos de la urbe mediterránea y como ya es habitual, aunque también cansino, se comprometían a estudiar a fondo las causas del desapego de los barceloneses al gobierno de



su ciudad, por utilizar las palabras de Imma Mayol (ICV), teniente de alcalde y responsable, entre otras áreas, de la Agencia de Salud Pública local.

Así que los polític@s que quieren representarnos y manejar el asunto de la cosa pública se preguntan por qué más del 50% de los habitantes de Barcelona no fue a votar. Tal vez podamos ayudar a nuestros insignes municipales poniendo sobre el tapete algunos datos básicos y reflexionando sobre las contradicciones que reflejan.

La Agencia de Salud Pública de Barcelona lleva unos pocos años alertando sobre el repunte de la incidencia de varias enfermedades infecciosas en el municipio, especialmente la tuberculosis, la hepatitis B, el VIH y otras ITS como la sífilis y la gonorrea. De forma periódica, los regidores convocan a los medios de comunicación para regañar

a la población (una costumbre muy arraigada entre los responsables de salud pública de nuestro país) y sermonearnos porque nos portamos mal, para acabar empleando el ya también fatigoso latiguillo de que «no hay que bajar la guardia», una expresión que vale tanto para un roto como para un descosido, y que consigue la magia de traspasar la responsabilidad del político al/la ciudadan@: si aumentan las infecciones es porque no haces lo que yo te digo, no porque mis políticas sean erróneas (o, en realidad, ni siquiera existan).

Unos cuantos números nos pueden servir sin embargo para entender qué está pasando. Según datos de la propia administración municipal, el Ayuntamiento de Barcelona se gasta cada año unos 17 millones de euros en publicidad municipal. No está mal, ¿verdad? Con este bolsillo se puede brillar

con esplendor en las banderolas colgadas de farolas, los anuncios luminosos sobre las aceras y en el metro, en las inserciones en periódicos impresos y digitales, y en los coloreados folletos de propaganda institucional que periódicamente se envían a cada sufrido hogar barcelonés.

En contraste, la cantidad que la coqueta, turística y abrumada Barcelona dedica en 2007 a subvencionar a ONG para que asuman la promoción de la salud desde un punto de vista comunitario es de 196.030 euros con 8 céntimos. Aclarar que aunque una proporción significativa se reserva al VIH/SIDA, también se incluyen aquí otras enfermedades (cáncer, esclerosis múltiple, reumatismo) y el uso de sustancias adictivas y de alcohol.

La comparación de las cifras es muy clarificadora: por cada euro que la ciu-

De forma periódica, los regidores convocan a los medios de comunicación para regañar a la población (una costumbre muy arraigada entre los responsables de salud pública de nuestro país).

dad dedica a subvencionar actividades para la mejora de la calidad de vida de sus habitantes, gasta 85 en hacerse publicidad a sí misma. Inspirándonos en el adagio sobre la mujer del César, cabría decir que para nuestro excelentísimo Ayuntamiento lo importante no es estar bien, sino parecerlo. Como en entrañables postales de viaje, la apariencia externa de la ciudad, en una fotografía cuidadosamente tomada para que nada desentone, es lo que debe llevarse, de largo, el mayor esfuerzo. Cómo viva la gente, qué derechos puede ejercer y a qué servicios tiene acceso, es algo secundario.

No nos extraña que los barceloneses estén hasta el gorro. Con el impulso de grandes acontecimientos, una presencia masiva de turistas y la reserva del espacio público para el uso y disfrute de la moral social dominante puedes crear una cierta ilusión de progreso y bienestar y mantenerla como un espejismo durante un tiempo más o menos largo. Pero un día, agotada la paciencia, todo acaba cayendo por su propio peso.

Esperemos que el nuevo gobierno municipal tome nota de este extendido hastío e invierta las prioridades de inversión para que la salud de sus ciudadan@s sea más importante que el ego de sus polític@s.

Tal vez así, al sentir que tiene alguna utilidad, más habitantes de la ciudad se animen a ejercer su derecho al voto en las próximas convocatorias electorales.

Construir una respuesta

Hoy en día, la información y las tecnologías de la comunicación son protagonistas de importancia en los cambios económicos, políticos, sociales y culturales que se dan en todas las sociedades. Los medios de comunicación tienen una característica paradójica: son construidos por la sociedad y, a su vez, ellos también construyen la sociedad.

En este panorama global de la comunicación, abordar el VIH supone y requiere afrontar varios retos. Además, informar sobre infancia presenta desafíos especiales y tratar los temas relacionados con niños con VIH todavía más.

UNICEF editó un documento sobre Principios éticos para informar acerca de la infancia «con el fin de asistir a los periodistas en su labor informativa acerca de cuestiones que afectan a la infancia». El documento promueve el papel de los medios de comunicación en la protección y el fomento de los derechos de la infancia. El derecho de niños y adolescentes a ser respetados en su integridad, en su dignidad y en su privacidad. Su derecho a opinar, participar, contribuir y asumir responsablemente compromisos consigo mismo y con la sociedad. El interés superior de los niños.

La influencia y el valor de la información que difunden los medios de comunicación es trascendental, especialmente el tratamiento de la información que atañe a niños y adolescentes. El ejercicio del periodismo y la comunicación social exigen un compromiso y una responsabilidad social.

Los medios de comunicación, de hecho, están formados por quienes desempeñan el ejercicio de la comunicación social, personas profesionales del periodismo, personas directoras, personas propietarias, personas representantes de las agencias de información y de publicidad, las instituciones, empresas y organismos relacionados, personas locutoras, programadoras, publicistas, cámaras y fotógrafos. Todas ellas necesitan ser sensibles a las consecuencias de la información que

proporcionan y tener un compromiso ético, reflexionando sobre el uso de calificativos que refuerzan estereotipos, estigmatizaciones, generalizaciones, presunciones erróneas o presentaciones sensacionalistas.

Si nos preguntamos cuál es la imagen que ofrecen los medios de comunicación de los niños con VIH, hay una respuesta clara: son las víctimas inocentes. Esta imagen, ¿es justa?, ¿es realista?, ¿es positiva?, ¿es negativa?, ¿necesita cambiarse?, ¿responde al interés del niño como principio?

Hablar de los niños como víctimas inocentes es promocionar una cobertura sensacionalista fundamentada en el drama. El VIH viene a instalarse en el núcleo de nuestra moralidad, en tanto que sería el castigo por la desviación de la norma. Son víctimas inocentes las personas que adquieren el virus por vías indirectas, es decir lo que no sea ni sexo ni drogas. Esta concepción es la que denomina a los niños como víctimas inocentes del VIH, de este modo, las demás personas son culpables, el merecimiento de su pecado es la enfermedad, el rechazo y la muerte.

Creo firmemente que el lenguaje forma creencias. El lenguaje, en el contexto del VIH, no es neutral. Las palabras que escogemos y la manera en que construimos oraciones para compartir ideas e información tienen un profundo efecto en como los mensajes van a ser entendidos y/o aceptados. Por eso, una elección cuidadosa de las palabras es una parte importante de la respuesta al VIH. (M.Foreman)

Nadie es una víctima culpable o inocente del VIH. Las personas con VIH no son víctimas. Cuando hablamos de los niños con VIH como víctimas les estamos estigmatizando a la vez que les desposeemos de todas sus capacidades como seres humanos. La palabra víctima implica debilidad, incapacidad, ineficiencia, no control de la propia vida. En este contexto, otorgar a alguien el adjetivo de inocencia presupone la calificación inmediata de culpabilidad para el resto de personas con VIH.

A estas alturas de la epidemia, ya podemos hablar de los niños con VIH como sujetos activos, creativos y participativos, con capacidad para contribuir en su propio desarrollo y en el de su comunidad. Los medios de comunicación reflejan el estigma existente y estigmatizan. El tratamiento inadecuado de la información perpetúa la vigencia del autoritarismo propio de las



sociedades patriarcales, proyecta representaciones sociales que consideran a los niños como objeto e ignora las causas y el contexto de los hechos que todo proceso informativo requiere.

Los medios de comunicación son una herramienta esencial en la respuesta al VIH. Pueden tratar la epidemia a través del sensacionalismo y darle un abordaje ni real ni ético, o bien pueden ayudar a construir una respuesta a través de la promoción de la información, del conocimiento y abordar aquellas cuestiones sobre valores culturales, sociales, económicos y políticos que yacen detrás de la epidemia. Por otro lado, tal vez sí creo que los niños con VIH son víctimas inocentes. Pero víctimas inocentes de la pobreza, del desequilibrio económico y social entre los pueblos, de la indiferencia de gran parte de la comunidad internacional. Víctimas de la irresponsabilidad del sistema y de la gran desonestidad que lo sustenta.

10 años junt@s



Me lleno de fe cada vez que veo sus mensajes. Espero que todos sus proyectos se realicen, muchas personas dependemos de ello para afrontar nuestra condición de personas con VIH.

Óscar Luis Reyes

Los encontré y llevo varios meses leyéndolos. Me encuentro con una realidad de cosas nuevas que me llenan de esperanzas y fuerzas. No dejen de compartir y darnos nuevas de lo que permite ser una luz en el camino. ¡Felicidades por su hermoso trabajo!

Alfredo

10 años leyendo LO+POSITIVO. 10 años también sintiéndonos identificad@s con tantas y tantas líneas. ¡Enhorabuena! Millones de gracias. Seguiremos esperando la llegada de cada nuevo número.

Harri-beltza

Nunca me dirigí a vosotr@s para agradeceros vuestra labor. Creo que ahora puede ser un buen momento. Todos estos años viviendo como persona afectada por el VIH. Media vida agarrándome a las esperanzas renovadas por el empuje y la energía que da el saber que todo lo pasado merece la

pena porque siempre hay alguien que continúa esforzándose. Trabajando por la reivindicación de la solidaridad, denunciando situaciones discriminatorias. Siempre atent@s a unos ideales que creemos cada vez más lejos de la utopía.

Gracias, muchas gracias por vuestra ardua tarea en la lucha contra el SIDA.

Con mucho afecto desde

**SARE, Iruña, Nafarroa.
Joseba**

Realmente os felicito y agradezco por estar ahí.

De ustedes pude absorber mucha información. Un saludo afectuoso de mi parte hacia todo el grupo de personas que forma el equipo de gTt. Hasta pronto y disfruten de los 10 añitos y del verano para descansar un poquito.

Un beso y un abrazo.

María José

Quería daros la enhorabuena por la labor que hacéis en el campo del VIH.

Jesús (Lérida)

Gracias por esta revista tan maravillosa que nos informa de tantas cosas y tan importantes.

Arturo (Castilla)

Os doy las gracias por la publicación y también os felicito por el éxito de vuestra revista, no me pierdo ninguna, es muy instructiva e interesante.

María Amelia (Pamplona)

Os doy las gracias ante todo por vuestra labor y dedicación a l@s que vivimos con el VIH, y por vuestro apoyo, que nos sirve de ayuda y escape en muchos momentos.

Amparo (Valencia)

Me encanta vuestra revista me hace sentir un poco más acompañado y no sentirme tan sólo.

Jorge (Hospitalet)

He conocido vuestra revista, no tenía ni idea de que existiera. Me ha

gustado mucho y me ha sido de mucha ayuda leerla en todos los sentidos. Muchas gracias a tod@s vosotr@s por vuestro trabajo.

José (Valladolid)

Quiero agradeceros la labor que hacéis. La verdad es que la gente como vosotr@s ha conseguido y consigue que nuestra vida sea más fácil. ¡Muchas gracias maj@s!

Esteban (Guipúzcoa)

Hoy me han enseñado vuestra revista y sinceramente me ha gustado mucho, pocas revistas he leído enteras, muy pocas. Gracias por toda vuestra ayuda.

Julio (Martorell)

Agradecemos todo vuestro esfuerzo realizado con la revista. Es una labor encomiable y en la cual ayudáis a muchísima gente. ¡¡Muchísimas gracias!!

Manuel (Lérida)

Os envío un saludo a tod@s y cada un@ de quienes trabajáis en gTt y agradeceros vuestro trabajo en la revista. Gracias.

Fco. José (Girona)

Agradecemos vuestra labor informativa y la gran ayuda que habéis sido para mí gracias a varios de vuestros artículos. Gracias mil de todo corazón.

María (Valencia)

Muchas gracias por vuestro trabajo en la revista.

Alfonso (Cantabria)

Ante todo gracias por vuestra maravillosa revista. ¡¡¡Abrazos!!!

Felipe (Almería)

Hace tiempo que os sigo los pasos con vuestra revista, y me habéis ayudado a aceptarme. Por ello, os mando un saludo y ánimos para que podáis seguir adelante con esta labor tan interesante.

José (Barcelona)

Propuestas veraniegas

El trasiego diario nos impide en ocasiones disponer de tiempo para dedicarnos a nuestras aficiones preferidas. La llegada del verano, sin embargo, nos ofrece la oportunidad de poder disfrutar de buenos momentos de lectura y música. Os ofrecemos dos propuestas para que disfrutéis en vuestros ratos de ocio estival.

25 HISTORIAS, 25 VIDAS

La narración autobiográfica en el campo del VIH ha sido un elemento fundamental para recuperar la autoestima individual –de la persona que ha hablado de sí misma en primera persona– y colectiva –del público que se identifica al leerla–. La revista que tenéis entre manos, *LO+POSITIVO*, desde hace ya 10 años o recientemente, el trabajo del periodista vasco Fermín Apezteguía, *Ahora que tengo (Sida en España 1997-2006: años de esperanza)*, son buenos ejemplos de que ofrecer los testimonios de los protagonistas, las personas con VIH, contribuye en la visibilidad y contrarresta la exclusión y la vulnerabilidad a las que tradicionalmente se ha visto sometido el colectivo.

En esta misma línea, se sitúa el libro que recientemente ha publicado CESIDA, la Coordinadora Estatal del VIH/SIDA. *25 historias, 25 vidas* es una recopilación de 25 testimonios de personas que conviven con el VIH. Cada uno de los testimonios sigue la misma estructura narrativa: **datos biográficos**, que nos permiten contextualizar al entrevistado en el espacio y el tiempo; la experiencia de recibir el **diagnóstico** del VIH y por último, la experiencia de **visibilidad**, el modo y la opción personal de afrontar una nueva situación.

En el prólogo, Santiago Álvarez, presidente de CESIDA, nos explica que este libro, que pretende ser un homenaje a todas las personas con VIH, está dirigido «a todas las personas que hayan sentido miedo por ser portadoras del VIH, para que les acompañe y les dé fortaleza; a las que rechazan de forma explícita o velada a las personas con VIH por el simple hecho de serlo, para que les ayude a ver en las personas con VIH a personas igual de dignas de respeto y afecto que todas las demás; y a las que quieren disfrutar de la generosi-

dad de las personas que aparecen y que nos han abierto su casa para contarnos su experiencia a los demás».

25 historias, 25 vidas es un calidoscopio, cuyos cristales, tan variados y repletos de luz, reconstruyen unidos los 25 años de la infección por VIH en España.

25 historias, 25 vidas

[25 testimonios de personas que conviven con el VIH]

Prólogo de Santiago Álvarez (CESIDA)

Depósito legal: M-4504-2007

106 páginas

Madrid, 2007



Música y VIH

SIDA STUDI es una ONG que dispone de uno de los servicios de información más extenso sobre la infección por VIH. Desde su sitio web se puede acceder a un catálogo con más de 21.000 documentos del fondo de esta asociación barcelonesa, así como a las principales publicaciones y sitios web sobre VIH.

Una de las últimas novedades es la creación de una selección de música y VIH, una herramienta que facilita la consulta desde la página web de su fondo musical. Se puede encontrar

música de campañas de prevención ('O el condón o la imaginación' de la ONG Fase con una versión de 'Moi, je t'aime. Moi non plus' de Serge Gainsbourg); CD (la banda sonora del musical 'Rent') y clips musicales con mensajes de sensibilización o vinculados de alguna manera al VIH, revistas especializadas que tratan la relación entre VIH y música, entrevistas a artistas sobre el potencial de su creación como medio para concienciar (como las realizadas a Luz Casal o a Lluís Llach), películas musicales que tratan el tema del VIH (Jeanne y el chico formidable) y enlaces a webs donde podéis encontrar más archivos musicales (46664, Concierto contra el SIDA).

Todos los documentos de la selección se pueden pedir en préstamo de manera gratuita al Centro de Documentación y Recursos Pedagógicos de SIDA STUDI (www.sidastudi.org).

IV Foro Latinoamericano y del Caribe 2007 en VIH/SIDA e ITS

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

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

La pobreza, la inequidad de género y étnica y la discriminación por identidad de género y orientación sexual limitan los avances rumbo a una respuesta integral de atención donde se construya un ambiente político que defienda la vida y promueva el respeto a la dignidad humana.

Se realizaron centenares de talleres, conferencias, debates y ponencias con la participación de destacados especialistas nacionales e internacionales, y actividades culturales con artistas de los 20 países abiertas a toda la comunidad. En la ceremonia de cierre el activista chileno Gonzalo Cid, representante de la Asociación para la Salud

Integral y Ciudadanía en América Latina y el Caribe (ASICAL), presentó las conclusiones del Foro Comunitario, que se realizó en paralelo: destacó que la región necesita hacer colectivos los procesos de capacitación, que hay que evitar la concentración del poder, que el sector comunitario debe preservar su autonomía para hacer más eficiente su respuesta ante la pandemia y que debe ampliarse la prevención.

En cuanto a los pendientes en la lucha contra el VIH en la región, se concluyó que la transfobia, la homofobia y la lesbofobia se traducen hoy en día en asesinatos y en el nulo acceso a la justicia, y que es necesario reconocer el trabajo sexual como un empleo formal; que los pueblos originarios deben ser más visibles, y que el movimiento trans debe ser fortalecido, entre otros puntos.

Por su parte Andrés Leibovich, Presidente del IV Foro Latinoamericano, entregó al representante del país anfitrión del V Foro en 2009, Perú, el señor José Luis Sebastián, director general de la Estrategia Sanitaria de ITS y VIH/SIDA del Ministerio de Salud de Perú, un cofre con las banderas argentina y peruana. Después la directora de la OPS, Mirta Roses, afirmó que hay que cambiar el rostro de la epidemia en la región. Advirtió que la pobreza, la inequidad de género y étnica y la discriminación por identidad de género y orientación sexual limitan los avances rumbo a una respuesta integral de atención donde se construya un ambiente político que defienda la vida y promueva el respeto a la dignidad humana.



Por último, el ministro de Salud de Argentina, doctor Ginés González García, agradeció su presencia a las y los asistentes y destacó la importancia que el Foro tenía para la Ciudad.

Hubo momentos emotivos, como la proyección del video "Volver a empezar", con imágenes de lo que se había vivido durante el Foro, y cuando tod@s los presentes se unieron en un simbólico abrazo mientras agitaban un pañuelo rojo con el logo del Foro y cantaban la popular canción de Alejandro Lerner "Volver a empezar". Luego, hubo un show de despedida a cargo del Coro Kennedy.

Las conclusiones, que elaboraron los participantes de las Sesiones Plenarias y las Mesas de trabajo, puedes consultarlas en detalle en la página web de gTt (www.gtt-vih.org).

Suspendido el uso del antirretroviral nelfinavir

Un defecto de fabricación del antirretroviral nelfinavir (Viracept®) ha forzado a la compañía fabricante, Productos Roche, a anunciar la retirada con efecto inmediato de este inhibidor de la proteasa de todos los países en los que estaba presente. A efectos prácticos, son la inmensa mayoría del planeta, incluida España, a excepción de EE UU, Canadá y Japón, donde nelfinavir es fabricado y comercializado por la empresa Pfizer.

En nuestro país, Roche, en coordinación con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), ha estado solicitando a los médicos especialistas que se pongan en contacto con los pacientes que tomen nelfinavir, un proceso que en el momento de la publicación de este artículo debería estar más que completado. Pero si eres alguien que está tomando nelfinavir como parte de una terapia combinada para el VIH y todavía no te han contactado, es muy importante que te dirijas cuanto antes a tu centro sanitario para un cambio de medicación. Dicho cambio deberá basarse en la historia de tratamiento, la presencia o no de resistencias, los medicamentos disponibles y los deseos de la propia persona.

El defecto en la fabricación de nelfinavir estriba en la presencia excesiva de una sustancia conocida como mesilato de etilo o ácido metanosulfónico. El exceso parece deberse a un error en el proceso de mezcla de los ingredientes, que ha dado origen a la impureza. El mesilato de etilo se utiliza habitualmente en laboratorio, pero a dosis muy inferiores a las que se han detectado en el nelfinavir contaminado. Aunque es bien conocido que esta sustancia tiene efectos genotóxicos (daña la producción natural de ADN en el organismo), se ignora si los niveles alcanzados en el nelfinavir malogrado suponen un riesgo directo para la salud en humanos.

En la actualidad, la compañía Roche junto con las autoridades sanitarias europeas están ejecutando un plan de acción consistente en rastrear, identificar y hacer un estrecho seguimiento de las personas afectadas. Si bien parece que el lote de nelfinavir con mayor nivel de mesilato de etilo se empezó a distribuir a partir de marzo de 2007, ulteriores investigaciones han encontrado niveles excesivos, aunque en menor medida, también en partidas anteriores.

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha pedido a Roche que identifique la ruta de distribución de los lotes contaminados, ya que su objetivo es priorizar el contacto y control de las personas que estuvieran tomando nelfinavir despachado a partir de marzo de 2007 y también de las mujeres embarazadas y de los niños que hayan estado expuestos en cualquier momento a nelfinavir, fuese cual fuese el lote. Esto incluye también a los niños que fueron expuestos a nelfinavir mientras estaban dentro del útero materno.

Por el momento, no se cuenta con ningún tipo de prueba de diagnóstico que permita dilucidar si el nivel excesivo de

mesilato de etilo ha causado ya algún daño en alguna persona concreta. De hecho, no existe por ahora ninguna evidencia de que esta sustancia haya causado perjuicio a la salud en humanos por medio de la ingesta de nelfinavir contaminado, aunque su carácter potencialmente genotóxico ha sido establecido sin lugar a dudas con anterioridad a partir de experimentos en animales que recibieron muy altas dosis de esta sustancia. La EMA ha solicitado a Roche nuevos estudios en animales con el objetivo de calcular con más precisión qué niveles de mesilato de etilo podrían ser dañinos. Los resultados preliminares no estarán disponibles, presumiblemente, antes de fin de año.

REACCIONAR ANTE LOS SÍNTOMAS

Con la información disponible todavía no se puede saber si el mesilato de etilo va a causar enfermedades en quienes lo hayan tomado inadvertidamente en el nelfinavir contaminado o si, en el contexto del embarazo, el feto o la madre pueden haber experimentado daño, pero las autoridades sanitarias recuerdan la importancia de reaccionar ante la aparición de signos y síntomas precoces de procesos cancerígenos. En cualquier caso, el seguimiento deberá llevarse a largo plazo, ya que el periodo que dista entre una mutación génica y la eventual emergencia de un cáncer asociado a ésta puede ser de varios años.

Junto con estas medidas, la EMA ha recomendado a la Comisión Europea la suspensión de autorización de comercialización de Viracept®, ya que alberga dudas de que la calidad y la seguridad de este antirretroviral puedan garantizarse en este momento. En consecuencia, nelfinavir seguirá sin estar disponible para los pacientes hasta que no se hayan tomado medidas correctoras para resolver los problemas de fabricación identificados por la propia agencia.

De hecho, a raíz de este grave problema, la EMA envió una inspección a la fábrica de Roche en Suiza. El informe de los inspectores pone de manifiesto varios aspectos preocupantes, por lo que se ha pedido a la compañía que ponga en práctica un plan de acción dirigido a las razones por las que ha ocurrido la contaminación y a evitar que se vuelvan a repetir.

La EMA condiciona el levantamiento de la suspensión de autorización de comercialización a que todos estos problemas sean resueltos de forma satisfactoria.

Yo, periodista



Fotos portada y reportaje: Santi Burgos

La voz de las personas con VIH se ha dejado notar desde que se descubrieron los primeros casos de SIDA. Primero para desmitificar, contrarrestar y complementar la información de los grandes medios informativos, después para acompañar a las personas con VIH en el proceso de toma de decisiones relativas a su salud. Revistas impresas, boletines y páginas web comenzaron a circular desde y para estos grupos, así como listas de correos electrónicas por los que fluye la información del VIH.

En este nuevo reportaje de LO+POSITIVO damos voz a los reporteros que escriben desde estos escenarios, a periodistas que trabajan en medios de comunicación como El País, así como los testimonios de varios años de trabajo de grupos que se dedican a la información sobre VIH dirigida a las personas infectadas o afectadas por este virus. Toda una generación de periodistas, muchos de ellos sin formación académica, al servicio de la comunidad del VIH.

«¿A qué esperamos a crear **nuestros propios** medios de comunicación?»

Desde la aparición de la epidemia, la infección por VIH ha tenido un amplio eco informativo. El hecho de ser una de las primeras enfermedades que se ha dado a escala global en plena sociedad de la información ha convertido al VIH en un tema de enorme interés para los medios de comunicación. Sin embargo, desde principio de los 80, los medios no consiguieron satisfacer las demandas de información de las personas afectadas y contribuyeron, además, en crear una opinión y una imagen social negativa de la enfermedad y estigmatizadora de quienes la poseen. Para dar respuesta a todo ello, *l@s propi@s* afectad@s decidieron crear sus medios de expresión. Así es como nace el periodismo comunitario en VIH.

DECONSTRUIR LA IMAGEN

Cuando se habla de la percepción social del VIH y de las personas con VIH tenemos que remontarnos al retrato que los medios de comunicación hicieron de esta enfermedad a principios de los 80. El papel de algunos medios en los primeros años de la epidemia fue en gran parte determinante en la creación del caldo del cultivo del posterior rechazo, marginación y discriminación que vivieron las personas con VIH.

El tratamiento informativo de la infección contribuyó a consolidar la idea de que la transmisión del VIH se producía por pertenecer a uno de los mal llamados 'grupos de riesgo' (usuarios de drogas, homosexuales, trabajadoras del sexo) y por tener comportamientos 'desviados', lo que favoreció la clasificación y el desprecio social de *l@s* afectad@s.

Grupos de poder en EE UU de ideología abiertamente conservadora y defensores a ultranza de los principios religiosos utilizaron el SIDA para incrementar la influencia de sus valores en la sociedad y para hacerlo, se valieron de los medios de comunicación como vehículo de difusión ideológica.

La descripción que ciertos medios generalistas hicieron de la infección se caracterizó por utilizar un tono marcadamente apocalíptico y culpabilizador hacia las personas o colectivos más afectados, calificando al VIH de 'cáncer gay' o 'síndrome del homosexual' y haciendo uso de imágenes de contenido religioso: 'azote', 'plaga', 'cólera de Dios'...

Otro tipo de prensa, como es el caso de muchos tabloides británicos y diarios sensacionalistas, optaron por explotar el filón del morbo y el escándalo en torno al VIH y recurrieron a la publicación de noticias que señalaban a personajes famosos como presuntos portadores del virus, o a entrevistas a personajes de lo más variopinto en las que expresaban abiertamente su rechazo contra las personas con VIH. Por ejemplo, el diario *The Sun* publicaba en el año 1985 una noticia cuyo titular decía: «Le pegaría un tiro a mi hijo, si tuviera SIDA».

Por ejemplo, el diario *The Sun* publicaba en el año 1985 una noticia cuyo titular decía: «Le pegaría un tiro a mi hijo, si tuviera SIDA».

En general, los medios de comunicación no fueron capaces de cumplir su responsabilidad de informar y divulgar mensajes sanitarios correctos y adecuados, como tampoco lo fue la clase médica y política de actuar con celeridad dejándose llevar por los prejuicios existentes en torno al VIH y las personas que lo padecían.

Apoyados en los movimientos sociales, y especialmente en el movimiento gay-lésbico, con una larga tradición en EE UU y por ser uno de los colectivos más afectados, aparecen las primeras organizaciones de pacientes y asociaciones de afectad@s y en concreto, *l@s* activistas en tratamientos del VIH, para dar respuesta a la desinformación médico-científica sobre el VIH.

QUEREMOS SABER

Entre tanta desinformación sobre la infección, un gran vacío de datos médicos y científicos se hacía cada vez más evidente, al tiempo que aumentaba la demanda informativa sobre el VIH entre las personas infectadas o en riesgo de adquirirlo.



interactuar con el resto de los agentes implicados (médicos, científicos, administración) y llegado el caso, cuestionar las prácticas científicas. La labor de los activistas en tratamientos del VIH ha sido decisiva en la democratización del conocimiento científico y en la implementación de la investigación biomédica.

PRENSA COMUNITARIA

Es en este contexto en el que surgen precisamente los medios de comunicación comunitarios. Los primeros grupos de activistas y asociaciones de VIH deciden crear sus propios medios de difusión y pasan a ser proveedores de información para dar respuesta por un lado al estigma, la discriminación y

la vulneración de derechos de los afectados y por otro, para satisfacer sus demandas de información médica y científica.

Una cita de la organización estadounidense ACT UP resume el ambiente de cuestionamiento y activismo en el que surge la prensa comunitaria: «Los medios de comunicación de masas nunca nos representarán (...), entonces, ¿a qué esperamos a crear nuestros propios medios de comunicación».

En las primeras décadas de la infección, proliferaron boletines, hojas informativas o revistas de los grupos comunitarios en los que la información sobre las novedades del VIH y sus tratamientos ocupaba una gran parte de la publicación. Ofrecer el testimonio en

primera persona de los propios afectados ha sido también otra de las características de estos medios informativos para dar visibilidad y sacar del anonimato a las personas con VIH. Publicaciones actuales como *Positively Aware* en EE UU, *Positive Nation* en el Reino Unido, *Remaides* en Francia o *LO+POSITIVO* en España son un buen ejemplo de ello.

La prensa comunitaria en general y la del VIH en particular debe ser independiente, gestionada por los propios grupos comunitarios y basada en la sociedad civil, en este caso las personas con VIH o en riesgo de adquirirlo, y tiene como responsabilidad facilitar su participación y mostrar su pluralidad a través de sus propias voces. Ése es nuestro valor añadido.

Campañas, compromisos y medios de comunicación

Raquel Lavado estudió ciencias de la información en la Universidad Complutense de Madrid y acabó la carrera en el año 94. Hizo el doctorado en periodismo y detuvo su aprendizaje después de defender la tesina llamada “Presentadores de televisión en las cadenas nacionales”. Confiesa que la tesis se le hizo muy grande y por eso lo dejó ahí, pese a que le encanta el trabajo de investigación. Tiene 35 años, aunque aparenta menos, si no, que le pregunten al fotógrafo que quedó prendado de su sonrisa y de esos ojos enérgicos con los que miraba a la cámara.

Antes de terminar el instituto, Raquel estaba indecisa entre dos carreras, es decir, estudiar periodismo o psicología. Al final, sus profesores le aconsejaron seguir periodismo por su carácter sociable. Pero apenas empezó la universidad se dio cuenta de que no le gustaba la carrera, las clases se hacían eternas y todo era coger apuntes y nada más. A tan sólo cuatro meses de iniciado su primer año académico, esta idea cambió totalmente, comenzó a trabajar en un periódico de Móstoles, llamado *Diario 16* y poco después en el diario *Ya*, en el que estuvo encargada de la zona sur de Madrid.

Desde entonces ha formado parte del *Diario 16*, *Ya*, *El Mundo* y ha hecho prácticas en Radio Nacional. Uno de sus últimos trabajos ha sido en Sevilla, en la empresa English Language Institute donde se encargó del Departamento de Comunicación.

Esta madrileña vivió en el barrio del Pilar durante varios años de su vida, luego se fue a Móstoles, y después a Londres donde estuvo haciendo un master en la BBC. De ahí

se mudó a Sevilla lugar en el que ha transcurrido una parte importante de su vida. Después de un descanso en Madrid, Raquel tiene planeado volver a la capital andaluza.

LO+POSITIVO: ¿Alguna vez te has dedicado al tema de salud en los medios de comunicación en los que has trabajado?

Raquel Lavado: Específicamente en salud, no. Cuando trabajaba en la sección sociedad del diario *Ya*, tocaba temas de todo tipo, pero nunca sobre VIH porque no era la prioridad, estamos hablando de los años 90 cuando el VIH no era lo más importante en las agendas de muchos medios de comunicación, al menos los pequeños periódicos, como era este caso.

LMP: ¿Pero, sin embargo has trabajado en otros medios más grandes y variados?

R.L.: He ido tocando los tres medios, tanto prensa como



radio y televisión. Hice un curso de presentadora de televisión, tras el cual fui a un casting en el que buscaban rostros de informativos, en aquella época CANAL+ quería encontrar alguna persona que encajara con un perfil. Pasé todas las pruebas, la de actualidad, presentación, imagen frente a la cámara, pero no la de inglés pues no tenía ni idea. Me enfadé mucho y me fui a Inglaterra durante seis meses a trabajar de *au pair*, y ahí estuve trabajando en un montón de sitios aprendiendo el idioma. Y salió un master en la BBC y presenté mi currículum. Buscaban personas de diferentes procedencias, y a la directora de la cadena de la zona sur le pareció que sería curioso tener una española que estaba aprendiendo inglés y que podría darle un aire diferente al grupo. Estuve ocho meses en cursos y de ahí hasta cumplir el año haciendo prácticas. En total, entre los seis meses que planeé quedarme al principio más los diversos trabajos que realicé para aprender bien el inglés y lo de la BBC, estuve cuatro años viviendo en Inglaterra.

LMP: ¿Hace cuánto que vives con VIH?

R.L.: Hace trece años o catorce, más o menos, no lo sé con exactitud, es una estimación.

LMP: ¿En los lugares donde has ejercido tu profesión sabían que tienes VIH?

R.L.: En algunos trabajos sí, pero en otros no. Dependía de cómo percibía el ambiente, en algunos casos sentía que podía contar que tenía VIH al resto del equipo, pero en otros

lugares no. Por ejemplo en Sevilla, en English Language Institute donde estuve trabajando tres años, ningún problema. Al principio no comenté nada, pero sí lo hice después. Un día me puse enferma, tenía el virus del papiloma humano y desarrollé células precancerosas. Caí bastante enferma y dije que no podía ir a trabajar, pero a la segunda semana de estar en cama, fui a hablar con mi jefe. Y tod@s me apoyaron mucho.

LMP: ¿Qué te ha impedido hablar de VIH en el mundo periodístico donde has trabajado?

R.L.: Miedo, miedo al rechazo. Pero con el paso del tiempo me he dado cuenta de que he sido una tonta, porque siempre que lo he contado todo el mundo me ha apoyado. Siempre he recibido soporte en todos los sitios en los que he hablado abiertamente del VIH.

LMP: ¿Crees que vivir con VIH ha condicionado que alguna vez no hayas escrito sobre este tema en alguno de los medios de comunicación donde has trabajado?

R.L.: No. Ahora mismo me apetece volver al periodismo, pero a un periodismo muy especializado, de dar un enfoque positivo al VIH. Como seropositiva, he leído mucho sobre noticias del VIH. Pero lo que yo estoy buscando es solucionar temas y no lo encuentro en la prensa nacional o en los medios nacionales que conocemos, ni siquiera en la prensa especializada. Entonces yo leo cierto tipo de libros que tienen que ver con la espiritualidad, con el desarrollo personal y creo que estaría bien hacer un periodismo positivo en ese sentido respecto al VIH. Hay muchos temas que se pueden trabajar a través de terapias que ya existen, por ejemplo relacionadas con los alimentos o con las medicinas alternativas, que no están en el conocimiento de tod@s. Me refiero sobre todo a aquellas que permiten mejorar la salud física, mental

Creo que la sociedad toma conciencia del SIDA el uno de diciembre, pero el resto de los días las personas olvidan que también son los días mundiales del SIDA, porque todos los días hay personas que se están infectando de VIH y muriendo de SIDA.

y espiritual. Y me gustaría trabajar en eso como *free lance*. Después de mucho tiempo he estado pensando en trabajar en alguna asociación haciendo algo diferente de lo que se hace. Pero me estoy encontrando muchas resistencias al proponerles estos asuntos, cuando para mí el descubrimiento de la meditación, el budismo y las terapias alternativas ha supuesto un regalo en mi vida que ha contribuido a mejorar tanto en un plano físico en relación al VIH como en el personal y espiritual.



LMP: ¿Te han llamado para hablar de tu propia experiencia como comunicadora social que vive con VIH?

R.L.: Di mi testimonio en Sevilla para Localia Televisión. Me llamaron para sacar fondos para África y me pidieron mi opinión. Y en esa ocasión les dije que todos los datos que se dan sobre esta enfermedad son muy necesarios, pero detrás de esos datos hay personas, cada una con unas historias maravillosas como seres humanos que habría que tomar más en cuenta, dejando de lado todo sensacionalismo.

LMP: ¿Qué crees que influye en la frivolidad de los datos con los que se alimentan los medios de comunicación?

R.L.: Yo creo que tiene que ver el entorno cultural del que están hablando. El problema de dar información sobre muchos países en vías de desarrollo, sobre los que se escriben muchas noticias de esta temática, no es solamente el VIH, el problema de países como los del sur de África es el hambre, la falta de agua, de alimentos. Y detrás hay seres humanos, personas e historias que representan mucho más que datos y cifras y por las que habría que trabajar desde los países del primer mundo.

Muchas personas se olvidan de que cuando se habla de SIDA hay muchísimas enfermedades de todo tipo

detrás, hablamos de SIDA para englobar una serie de enfermedades oportunistas. Quizás no habría que hablar tanto de datos y cifras sino de respuestas ante esta enfermedad para que todas las personas con VIH en todo el mundo tengan calidad de vida.

LMP: ¿Qué crees que falta para llegar a eso?

R.L.: Creo que debe haber un compromiso político mucho mayor. Los casos de transmisión que hay en España y de las personas que no lo saben, supone un gasto bastante fuerte. El Gobierno y los grupos políticos se han tapado los ojos frente al VIH y no quieren ver lo que realmente está pasando. Y está afectando muchísimo a la juventud y la juventud no es consciente aún de darse cuenta de lo que les está ocurriendo o lo que les podría ocurrir si no son capaces de tomar decisiones respecto a sí mismos.

LMP: El periodismo, ¿juega un papel en esto?

R.L.: Un papel importantísimo. Yo creo que al principio el periodismo cumplió un papel contraproducente, dando una imagen del SIDA horrorosa, era algo malo. Creo que ahora nos hemos aflojado mucho y deberíamos ser un poco más 'agresivos'. Recuerdo las campañas en tráfico de Semana Santa y pienso que sería bueno hacer

una campaña que tenga mayor impacto en el público, no tan alarmista como las de tráfico, pero sí con el mismo impacto y que refleje la realidad del VIH, sin los estereotipos y sin estigmatizar a quienes vivimos con el virus.

LMP: ¿La prensa tiene que exigir más responsabilidad política a los gobiernos?

R.L.: Sí, por supuesto. Y también las asociaciones; los propios implicados también podríamos hacer mucho más. Creo que la sociedad toma conciencia del SIDA el uno de diciembre, pero el resto de los días las personas olvidan que también son los días mundiales del SIDA, porque todos los días hay personas que se están infectando de VIH y muriendo de SIDA. Algo estamos haciendo mal, creo que habría que hacer un replanteamiento político de la situación y estaría muy bien que se tomara un papel más activo con la juventud, que son los mayores afectados, porque si los atiendes ahora mismo más adelante no tienes que estar manteniendo a un amplio número de población que suponga un

El Gobierno y los grupos políticos se han tapado los ojos frente al VIH y no quieren ver lo que realmente está pasando.

amplio gasto para la administración. Resulta mucho más económico hacer campañas preventivas que pagar la medicación antirretroviral, aunque a veces me pongo a pensar que a lo mejor a la administración le resulta más económico pagar la medicación que una buena campaña de preven-

ción. Me encantaría ir por la calle y ver más carteles y anuncios, que muestren que el VIH es una realidad y que las personas que lo tienen ya no lo esconden. Creo que el gobierno tiene la obligación de mantener a la población informada en todo momento.

LMP: ¿Consideras que el periodismo comunitario está cumpliendo un trabajo eficaz en este sentido?

R.L.: Yo creo que sí, pero revistas como LO+POSITIVO no está en los quioscos. Tendría que estar en los quioscos, porque si no es como algo sólo de nuestro mundo, es decir, un ghetto. Me gustaría ver un programa

de televisión una vez a la semana sobre VIH. En cualquier caso, creo que la prensa comunitaria es una maravilla, pero debería ser más accesible al público general, si no, ¿cómo se entera? Pero para esto también deberíamos tener un gobierno con una implicación económica mucho mayor en este tipo de proyectos.

LMP: ¿Has pensado en hacer algo sobre VIH en TV?

R.L.: Me encantaría. Yo estaría dispuesta a presentarlo, un programa de una hora a la semana en la televisión pública, un programa que aborde lo que está pasando con el SIDA actual-

mente, que abra un debate en la sociedad. Porque mira, el sexo es una cosa que practicamos tod@s, el uso de drogas intravenosas pertenece a la prehistoria de esta enfermedad, al menos en este país, porque se han hecho buenas campañas para incidir en la reducción de daños y se ha conseguido el objetivo.

Hoy en día, ¿qué está pasando con el VIH?, ¿dónde quedan las campañas y los programas para reducir daños en las personas que somos sexualmente activas? Las generaciones futuras van a tener que tomar antirretrovirales si no hacemos algo, a no ser que se encuentre una vacuna...

Yo escribo de esta realidad

Emilio de Benito es redactor de *El País*. Aunque estudió bioquímica, cuando terminó el master en periodismo que organizan la Universidad Autónoma de Madrid y el citado medio de comunicación, se le abrieron las puertas para trabajar en la sección de sociedad, desde la que escribe, entre otros aspectos, sobre el VIH. Ha asistido a varias conferencias mundiales del SIDA, ha entrevistado a personas infectadas con el virus, se mantiene actualizado con las últimas novedades en tratamientos y vive con VIH desde hace 15 años.

Sentado en el salón de su piso con una estupenda vista hacia una conocida plaza de Chueca, Emilio se prepara para contestar a LO+POSITIVO desde el asiento del entrevistado, una posición desde la que confiesa no sentirse incómodo, más bien raro. Después de ofrecer una cervecita para relajar tensiones, entre sorbo y sorbo comienza la batería de preguntas.

LO+POSITIVO: ¿Vivir con VIH te condiciona en la forma de escribir sobre este virus?

Emilio de Benito: Yo creo que no. Lo que sí creo es que me da una sensibilidad especial sobre el tema del VIH, me da más visión, conoces más gente, tienes más contactos y más facilidad para coger historias.

Pero de la misma manera que ahora las mujeres tienen más facilidades para sacar temas desde una perspectiva de género, hay más sensibilidad en esos temas, o que ser gay te permite hacer más historias de gays porque resulta más fácil acercarte a la gente.

LMP: ¿Con qué frecuencia escribes noticias sobre VIH en *El País*?

E.B.: Una vez a la semana, entre cosas cortas y otras más largas.

LMP: ¿Qué criterios tienes en cuenta para escoger una noticia sobre VIH?

E.B.: Como mi medio es generalista hay tres enfoques, uno las innovaciones terapéuticas, dos la cuestión epidemiológica y la tercera –que es algo que

está teniendo cada vez más auge– las cuestiones de discriminación social que tengan una historia humana detrás, es decir, humanizar la situación.

LMP: ¿Crees que a la hora de tocar temas de discriminación se dramatiza en los medios generalistas?

E.B.: Pero es que hay historias que son un drama. No podemos defender que para mucha gente el tener o vivir con VIH sea una buena noticia, con lo cual lo que tú estás contando es el esfuerzo de esas personas por sobreponerse a una mala noticia, generalmente una mala situación de salud, muchas veces problemas de rechazo, o pérdidas personales. No podemos pretender hacer un mundo en rosa del VIH porque eso no es realista.

LMP: Si volvemos atrás, a los orígenes, cuando en el periodismo se empezó a hablar del VIH, ¿se ha evolucionado o se ha cambiado el enfoque a la hora de abordar el carácter humano de la noticia?

E.B.: Está claro, lo que estaban viviendo esas personas al comienzo de esta epidemia era una agonía. La gente no era noticia porque era feliz engordando kilos y rodando películas. Eran noticia porque estaban adelgazando y tenían que dejar los rodajes de sus vidas.

Ahora podemos hacer otras historias afortunadamente, por ejemplo que gente que llevaba más de 15 años infectada pase la barrera de los 40; son historias de superación positiva. Ahora puedes hacerlo, antes no podías. Y eso lo hemos vivido, lo he vivido en primera persona y lo he vivido con gente a mí alrededor.

LMP: ¿Y es difícil acceder a testimonios de personas?

E.B.: Es complejo y horroroso.

LMP: ¿Por qué crees que es tan difícil?

E.B.: Yo creo que en el VIH nos falta –siempre hago una comparación con lo que ha ocurrido con el mundo gay que también lo he vivido porque lo soy– un Boris Izaguirre, nos falta un Jesús Vázquez, nos falta un Pedro Zerolo, pero claramente, falta un presentador o presentadora de televisión que diga ‘yo tengo VIH’, falta un político que diga ‘yo tengo VIH’, falta un actor... En el contexto actual y en el de España es muy difícil porque la gente tiene mucho miedo. Y esto lo habrás visto tú a la hora de intentar hacer este reportaje. Al final llega un punto en que siempre ves las mismas caras, la misma gente: éste es el que salió hace dos números, éste es el que salió tal vez en otros anteriores.

LMP: ¿A quién recurre para poder contactar con testimonios?

E.B.: Yo primero utilizo mis contactos personales. Una de las ventajas que tiene jugar en los dos campos es que conoces a gente y aprovechas que hay gente que te conoce y que los vas a tratar con un cierto respeto. Y cuando no encuentro nada, pues recorro a las asociaciones, sobre todo si estoy bus-

También hay cosas de las que parece que no puedes hablar con normalidad como cuartos oscuros, barebacking, sexo anal, porque parece que enseguida estigmatizas, criticas, estás dando una imagen negativa.

cando un perfil concreto; me pasa mucho cuando busco a chicas, porque es mucho más difícil que salgan.

LMP: ¿Tus contactos personales alguna vez te han dicho no?

E.B.: Sí. Muchas veces. Muchos amigos ni locos se dejarían hacer una entrevista. Lo más que he conseguido es que accedan a la entrevista, pero yo tengo que cambiarles el nombre y, por supuesto, sin foto ni nada.

LMP: ¿Qué podríamos hacer desde las ONG o las personas que nos dedicamos a la sensibilización del VIH para que las personas presenten sus testimonios?

E.B.: No sé si tenéis que hacer algo para que la gente preste su testimonio, es una decisión voluntaria. Probablemente cuando haya un clima social distinto, a la gente le costará menos.

Pero hay gente que es feliz no contándolo y si se enteran los de su entorno sería un drama. Es como salir del armario, imagínate, hay gente de 45 años y que nunca ha salido del armario. Y eso es tan respetable como lo que hago yo, que voy de loca por la vida y que todo el mundo sabe dónde estoy. Pero ésa es mi opción en la que yo me siento más cómodo, pero en la que otros no.

LMP: ¿El periodismo está trabajando contra la reducción del estigma de las personas que viven con VIH?

E.B.: Yo creo que el periodismo no tiene que trabajar contra el estigma, sino que tiene que reflejar lo que pasa, como premisa.

La segunda parte es si el hecho de que yo saque a gente que hace una vida normalizada puede ayudar a alguien a que reduzca su estigma ante la gente, yo creo que sí. Pero mi objetivo no es educar a la gente, mi objetivo es contar una historia que me parece de interés.

LMP: ¿Y en cuanto al lenguaje?

E.B.: Ya sabes que yo soy un rebelde, porque también estoy hablando de mí. Yo creo que el ser respetuoso y el ser políticamente correcto no debe enturbiar o ensuciar o entorpecer un reportaje. Hay reportajes que te piden a gritos saltarte las reglas de lo políticamente correcto. Hay personajes que ellos mismos se prestan para usar expresiones políticamente incorrectas, gente que habla de sí mismas como el sidoso, como el yonqui. Y ese lenguaje existe, son palabras que todo el mundo entiende y son las que tendríamos que usar, sobre todo si esa gente las utiliza. Luego, hay otras cuestiones técnicas como los espacios, la maquetación, el número de caracteres, todo eso que vale para los titulares pero no para el resto.

LMP: Sin embargo, todavía se utilizan palabras y expresiones de forma equivocada, como grupos de riesgo en lugar de prácticas de riesgo...

E.B.: Ahí sí, porque una cosa es ser políticamente incorrecto y otra cosa es ser incierto. Si yo dijera que el preservativo no protege frente a la infección, es incierto.

También hay cosas de las que parece que no puedes hablar con normalidad como cuartos oscuros, barebacking, sexo anal, porque parece que enseguida estigmatizas, criticas, estás dando una imagen negativa. Pero por otro lado, si no cuentas lo que pasa ahí, te tachan de que no informas u ocultas lo que está pasando, que no ayudas a concienciar.



LMP: ¿Alguna vez te han llamado la atención por algún artículo que no haya gustado por su contenido o por las formas?

E.B.: De organismos públicos no, pero de las ONG, siempre. Las asociaciones de SIDA son lo más puritano del mundo. Personalmente creo que viven presas de sus objetivos y, por otro lado, con un afán de notoriedad. Entonces si hablas mucho de una cosa es malo, pero si no hablas de una cosa, también es malo.

Recuerdo un caso que no tiene que ver con el VIH sino con el mundo gay. La primera información que yo escribí sobre gays en el periódico era con motivo del orgullo gay del año 99, al día siguiente recibí una aireada llamada acusándome de homófobo. Entonces, si yo dijera que el preservativo no protege, entendería un aluvión de críticas; pero si en un reportaje se habla una vez de 'contagio' y 18 de 'transmisión', que me llamen para decirme que el SIDA no se contagia porque en el fondo tiene un sistema de transmisión distinto y no es como la gripe, francamente me parece muy bien, es un trabajo de las personas que se dedican a esta labor, pero a mí no me quita el sueño en lo más mínimo y no me preocupa. A mí me han llamado para decirme «tú no sabes lo que es el drama de vivir con VIH», «tú no sabes lo que es tener hepatitis C», ¡me cago en los cojones!

LMP: ¿Pero existe alguna explicación en el periodismo ante el uso de ciertas palabras, es decir, que uses contagio y transmisión indistintamente?

E.B.: Claro, hay una parte técnica que necesitas sinónimos, evitar redundancias. Es decir, yo a estas alturas, llevo

ocho años en el periodismo sanitario y creo que soy el periodista de todos los medios generalistas que más veces ha escrito sobre SIDA. Entonces yo ya cuento con el beneficio de la duda, yo ya sé que no me van a crucificar las ONG por algunas cosas, es decir, yo no puedo decir 'sala de venopunción segura', sino que escribiré 'narcosala', y a veces tendré que decir 'contagio' para evitar la redundancia, porque así además enriqueces tu texto.

Eso no se toca

LMP: Y en el caso de *El País*, ¿un artículo suele pasar por muchas manos antes de ir a la imprenta?

E.B.: En *El País*, que es un periódico rico en medios, detrás de un artículo de cualquier persona, incluidos los míos, aunque sea de VIH, suele haber un jefe, una editora de cierre y un corrector. Si es un tema importante que va a ir a primera página, que va a tener llamadas en la edición digital, que se está potenciando, probablemente haya un par de editores más. Pero la gente no solamente lo lee, muchas veces la persona que lo está leyendo a las once y media de la noche se encuentra con que hay una repetición y te cambia una palabra. O si hay una redundancia o alguna expresión que no se entiende bien, intenta cambiarla y puede meter la pata. Así que media columna pasa por tres personas como mínimo.

LMP: ¿Con qué frecuencia salen las noticias sobre SIDA en las portadas de *El País*?

E.B.: El 1 de diciembre o cuando se ofrecen datos epidemiológicos. Porque además, en España hacemos un periodismo muy aburrido, muy centrado en el dato, es muy difícil que un medio abra con una entrevista, con un reportaje, con un testimonio.

LMP: ¿Cómo se negocia para que el artículo sobre VIH o SIDA aparezca en portada?

E.B.: En todas las primeras páginas está el rincón de sociedad, que unas veces es una llamada más grande y otras más pequeña. Pero yo creo que el nuevo director del periódico tiene muy claro que son temas por los que hay que apostar. Es muy raro que un tema que vaya abriendo la sección de sociedad no tenga su llamada en primera página. Las llamadas suelen ser simplemente el titular, puede ir con un texto debajo o puede ir acompañado con foto. Pero en una sección como la mía hay competencia en muchos temas, es decir, sanidad compite con educación, medio ambiente, ONG, mujeres, minorías, internet, etc. Cuando tengo que ir a primera, compito con todo eso más el País Vasco, la situación internacional, las cumbres mundiales, el Banco Mundial, las fusiones, las OPAS...

LMP: ¿Quién participa en esa negociación?

E.B.: La primera página del periódico la decide el director. Hay una reunión todas las tardes, a eso de las seis y media o las siete, donde los jefes de cada sección le cuentan al director sus dos temas más potentes del día, el director toma nota y en función de cada uno de los temas que le van contando decide cuáles irán en primera página con la servidumbre de la fotografía, porque claro, hay temas que van en

Una de las novedades del mundo sanitario es la presencia de los pacientes en los órganos de toma de decisiones: los órganos de consulta del ministerio, los consejos interterritoriales, los comités éticos...

primera también porque la foto es muy buena. Por eso es muy importante ponerle cara a los testimonios, ponerle cara a las noticias. Aunque en el tema del VIH yo tengo mis recelos por el estigma de la lipodistrofia, intento no sacar a gente que tenga una lipodistrofia muy marcada, intento no explicarlo mucho.

LMP: ¿Por qué?

E.B.: Porque hay gente que en su entorno no ha contado nada y la lipodistrofia es tan característica que te identifica y a esas personas les puedes amargar la vida.

LMP: Pero entonces el vivir con VIH sí parece incidir sobre lo que escribes del VIH...

E.B.: No, no. Creo que aunque yo no viviera con VIH también tendría que hacer algo. A mis compañer@s cuando escriben sobre el VIH también les pasa lo mismo. Yo creo que actualmente la gente ya sabe mucho del VIH, la primera vez que escribes a lo mejor no. No obstante, creo que ahí hay que tener cuidado porque no aportas nada extra y en cambio puede haber alguien a quien le machaques la mañana. Puede haber gente que cuando vea esa foto

en el periódico y se mire en el espejo, piense que según lleguen al trabajo le van a asociar con esa situación.

LMP: ¿El hecho de no escribir sobre lipodistrofia incide en la falta de una política o un compromiso político respecto a la reparación facial?

E.B.: ¿Y a cuánta gente me dejo por el camino? Si hablo de lipodistrofia, yo sí que la cuento, pero no voy poniendo una foto diciendo esto es lipodistrofia.

No la pongo porque primero nadie va a querer aparecer. He sacado a gente que tú conoces que tiene una lipodistrofia clarísima o yo mismo que también la tengo que somos visibles y que hemos decidido que no nos importa. Pero hay gente a la que le importa mucho. Y esa gente tiene derecho a mantener una intimidad aunque sea interpuesta.

LMP: ¿Y por qué no ponerlo como un debate público que incida sobre las políticas respecto a la reparación facial?

E.B.: Porque yo creo que ahí la persona sí que debe estar por encima. Mi obligación no es crear un debate público, eso es algo que están haciendo las asociaciones que están metidas en el trabajo de la lipodistrofia. Quizás tengamos que buscar otros cauces. Hombre, el hecho de que la ministra de Salud sepa que yo tengo VIH, indudablemente cuando va a plantear un tema de VIH en una rueda de prensa pues se agarra del asiento. Pero yo he escogido que de mí se sepa.

LMP: Pero si en lugar de poner una foto, ilustras con un dibujo, ¿no crees que eso podría contribuir a hacer de la lipoatrofia un debate público en sanidad?

E.B.: Es que en sanidad no tiene que haber un debate público. Tiene que haber un debate entre los técnicos, las administraciones, y los afectados. Pero a mi madre ese tema la machaca.

Y a mucha gente, en el barrio de Chueca ese debate público los machacaría, les amargaría la vida.

LMP: ¿Te parece que se incluye a las personas afectadas en los deba-

tes donde se reúnen los técnicos y la administración?

E.B.: Sí, pero se reúne el paciente que quiere y las asociaciones que lo desean, que además tienen cada vez más peso. Precisamente estaba hablando con el director del laboratorio GlaxoSmithKline sobre una de las novedades del mundo sanitario y es la presencia de los pacientes en los órganos de toma de decisiones: los órganos de consulta del ministerio, los consejos interterritoriales, los comités éticos... Y creo que ahí sí tiene que haber una mayor presencia de pacientes organizada y encausada. Pero mientras tanto, lo que no puedes ir haciendo es ir dejando una serie de cadáveres en el camino, poniendo caras, porque si yo saco una noticia pongo caras, no dibujos. Eso yo no debo hacerlo.

LMP: ¿Y quién debe hacerlo?

E.B.: Los propios afectad@s, cada un@. E intentar presionar al gobierno de todas las maneras posibles sin que ese aspecto en concreto se haga visible, porque eso sería estigmatizar a todo el grupo.

A mí me sacó del armario del VIH un diputado del PP, Mario Mingo, el portavoz del PP en la comisión de Sanidad, en un acto del Ministerio de Sanidad. Estaba con otros colegas y me llegó por detrás, él es médico y me dice: «¡Anda, menudo síndrome de no sé qué tienes!». Y yo le dije que no, que no era eso. Él me respondió: «¡Me lo vas a decir a mí que soy médico!», a lo que yo le respondí de nuevo que no era eso. «Esto yo lo he tratado muchas veces», comentó. Y le respondí finalmente: «Mario, que no es eso, que tengo VIH y esto que tengo se llama lipodistrofia».

A mí me da igual, mis amig@s lo saben, mi familia, mi jefe, tod@s lo saben. Pero hay gente que no se lo puede permitir.

LMP: Y si el día de mañana alguien en El País decidiera escribir sobre esto, ¿qué harías tú?

E.B.: Depende, primero me tendría que enterar, no es que me vengan a consultar. Yo escribo sobre lipodistrofia, pero no hago una descripción muy exhaustiva al respecto y lo hago a posta.

LMP: ¿Cuándo entrevistas a miembros del Ministerio de Sanidad o del Plan Nacional sobre el SIDA ves un compromiso político?

E.B.: Hombre, el problema ahora es que el Plan Nacional sobre el SIDA tiene muy pocas competencias y que las sucesivas secretarías, las tres últimas, no tenían el conocimiento a priori, profundo, pero es un tema muy difícil de vender políticamente, en el caso de la reparación por lipodistrofia es un gasto muy difícil de justificar. La tiene, pero el sistema sanitario tiene muchas otras prioridades.

Me acuerdo de una reunión que tuvimos con Lourdes Chamorro, y decía: «Pero por favor, cuantificadme esto, ¿cómo medimos que una persona deba entrar en un programa de reparación?».

LMP: ¿Ella no tenía ninguna propuesta?

E.B.: No. Además es una reparación que tiene un factor adictivo y hay que ser realistas, no lo puedes dejar al criterio del paciente.

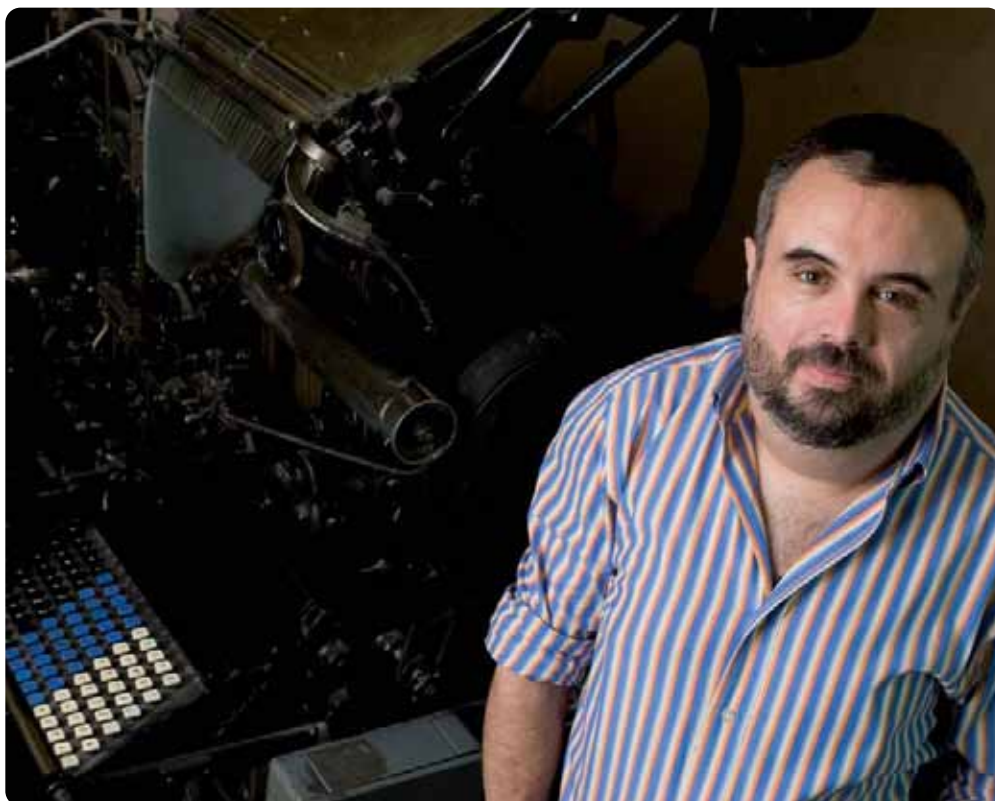
LMP: ¿Cuáles son tus fuentes de información y cómo te mantienes actualizado en temas de VIH?

E.B.: Para la parte epidemiológica de ONUSIDA, del Plan Nacional sobre el SIDA en España. Para las novedades y temas de actualidad, de las publicaciones científicas, páginas web, sitios de internet especializados tanto de España como de fuera; también estoy metido en varios foros de ONG, como el de Red2002 o el de CESIDA, y en foros gays, donde a veces te encuentras muchas historias. Intento no dejarme llevar por mi experiencia solamente, porque yo tampoco soy representativo, es decir, no me considero una muestra representativa porque si no, hablaría sólo de lo que me interesa del VIH (lipodistrofia y hepatitis C) y nunca hablaría de transmisión de madre a hijo o de microbicidas que son temas que directamente no me afectan en estos momentos. Por eso, intento no dejarme llevar por mi propia experiencia a la hora de escribir sobre VIH.

LMP: ¿Qué papel deben cumplir las ONG para favorecer la comunicación?

E.B.: Creo que las ONG tienen que ser el cauce o la pantalla de las personas afectadas en relación con los medios. Tienen que hacer de pepito grillo; el papel de las ONG es estar siempre cabreada.

Además, todo el mundo quiere que una ONG esté siempre reclamando y exigiendo. Pero con cabeza, la ONG que se pasa de esa actitud semirracional, pierde credibilidad. Y las



ONG de VIH tienen que ser también facilitadoras del trabajo con los medios de comunicación, porque muchas personas no saben cómo llegar a los periodistas y acaban contando historias que no deberían contar. Entonces, las ONG tienen el papel de encauzar esa queja.

LMP: Y el caso del periodismo comunitario, ¿qué papel juega en todo esto?

E.B.: El periodismo comunitario tiene que ser una fuente para el periodismo general, tiene la inmensa ventaja de que, por el enfoque restringido que tiene, se puede permitir sacar historias y darlas a conocer de una manera que un medio generalista no podría. Seguramente es mucho más fácil que una revista como LO+POSITIVO consiga fotografías de una serie de gente que, en cambio, *El País* no podría. Porque la gente no es tonta y sabe de qué difusión y de qué entorno estamos hablando. Además, puedes rellenar tres páginas contando la historia de una persona que en un medio generalista no te permitirían hacerlo. Y por último, es un vehículo de presión.

LMP: Quisiera cerrar como empecé, Emilio ¿vivir con VIH condiciona la forma en la que escribes sobre VIH?

E.B.: Yo quisiera contestar como empecé. Obviamente sí, yo escribo mucho sobre VIH porque vivo con VIH. Pero también es verdad que intento separar mis dos condiciones, la de periodista y la de persona con VIH.

Pero también es cierto que no ha sido una trayectoria buscada que yo escriba de esta realidad. Estoy en el sitio adecuado con el tema adecuado.

Usted preguntará por qué cantamos

...Cantamos porque el grito no es bastante

Y no es bastante el llanto ni la bronca

Cantamos porque creemos en la gente

Y porque venceremos la derrota...²

Ocurrió el mes pasado, Buenos Aires, en el Foro Regional 2007: activistas comunitarios de seis países de la región desarrollan una reunión estratégica, cada uno desde hace algunos años dirige en su país una revista especializada en VIH. En el Foro realizarán una conversación sobre periodismo comunitario, contarán cómo se creó el GIPV³ e invitarán a otras publicaciones a vincularse a este Grupo. Hasta aquí, nada llamaría la atención en particular, es una actividad más de las que se esperan facilite este Foro, sin embargo, estas publicaciones son diferentes a otros medios de comunicación: han sido fundadas y dirigidas por personas cuya formación no es el periodismo, sólo en una de ellas el editor tiene formación (universitaria) de periodista. Entonces, ¿por qué lo hacen?, ¿lo hacen bien?, ¿cuáles son sus retos, dificultades y logros?, ¿qué ocurre con los periodistas y los medios de comunicación?, ¿por qué no han liderado estas iniciativas? Como integrante de este Grupo me permitiré reflexionar un poco sobre esta experiencia desde nuestra realidad latinoamericana, queriendo acercarlos al papel que desempeñamos los periodistas comunitarios en el campo del VIH y del SIDA.

Todo COMENZÓ...

Los primeros casos de SIDA, produjeron los titulares que los grandes medios de comunicación estaban ávidos de conseguir, la visión apocalíptica se vende muy bien a un mundo ansioso de matizar de emociones sus vidas sin aparente sentido. Allí estaba el SIDA con todo el material de sensacionalismo que se requería: seres aqueja-

El periodismo comunitario se presenta como respuesta espontánea y vital a una necesidad de comunicación de la comunidad; escribimos porque nuestras vidas y proyectos de vida, se vieron amenazados o están amenazados y necesitamos defenderlos.

dos por una enfermedad extraña que se presentaba como el castigo que merecen los diferentes, hablar de 'grupos de riesgo', esas poblaciones con las cuales habría de tenerse cuidado, resultó muy natural.

El estigma y la discriminación alimentados por este escándalo no se hicieron esperar; pero no era esto lo único que traería la epidemia, subyacían otras realidades escondidas por la sociedad, las producidas por la inequidad social. El reto presentado a los medios fue abordar más allá del riesgo y el sensacionalismo, los aspectos de vulnerabilidad y profundizar en ellos. Pero gobiernos y clases dirigentes muy celosos de mantener su poder y privile-

gios, se han cuidado de tener fichas de poder y grandes inversiones en los medios de comunicación, ellos no podrían permitir que se profundizara en ello, porque se podrían promover denuncias sociales y exigencias de cambio. Pero la voz de los afectados quiso que se les escuchase; las comunidades empezaron a moverse, a organizarse, a proponer soluciones: atención, legislaciones para la promoción y el respeto de los derechos, presionaban cambios, etc.

Muchas necesidades estaban presentes y pocas soluciones daban los tomadores de decisiones; y así, como comienzan muchas cosas en la vida, las necesidades presionaron soluciones, alimentaron la creatividad, se requería entonces medios de comunicación creados directamente por las comunidades afectadas, y empezaron a nacer publicaciones en forma paralela a otras actividades de respuesta a la epidemia que realizaba la comunidad. Ésas fueron las causas y los inicios de varias de las publicaciones de nuestra región que ahora integran el GIPV.

POR QUÉ

El periodismo comunitario se presenta nuevamente como respuesta espontánea y vital a una necesidad de comunicación de la comunidad; escribimos porque nuestras vidas y proyectos de vida, se vieron amenazados o están amenazados y necesitamos defenderlos —muchos de quienes dirigimos o escribimos en estas publicaciones vivimos con VIH—; escribimos porque queremos que se escuchen nuestras voces, se conozcan nuestras necesidades y propuestas, porque que-

remos que se difunda esa realidad social que para los medios de comunicación no es noticia, porque soñamos con transformarla, porque antes de ser periodistas, somos activistas comunitarios, nacidos en una comunidad afectada, tocados por ella y actuamos en diversos frentes en búsqueda de soluciones. De forma empírica o no, descubrimos que la comunicación es indispensable en la búsqueda de esos objetivos, entendimos que quien tiene la información tiene el poder, por ello cuando informamos pretendemos darle poder a la comunidad y motivarles a la acción.

El periodismo de la academia entendido como proyección laboral no es nuestra realidad, no vivimos la permanente lucha de poderes que arremete constantemente la independencia en los grandes medios, ni buscamos la noticia que venda más ejemplares, o que favorezca los intereses de nuestros empleadores. Nuestras luchas son otras, las raíces que alimentan nuestras noticias también son otras.

QUÉ

Es diferente por tanto la selección de noticias; lo que para un gran medio es titular a destacar, para nosotr@s no pasaría de ser la afanosa búsqueda de escandalizar, nosotr@s queremos profundizar, aportar al análisis, a la crítica y a la resolución de conflictos. Es noticia para nosotr@s la búsqueda de respuestas a necesidades sentidas, la promoción y defensa de los Derechos Humanos, valoramos los logros de nuestras comunidades, de sus organizaciones, de sus héroes, vigilamos el accionar de los gobiernos, les presionamos, informamos sobre el manejo de la infección no para vender un producto, lo hacemos de forma integral para mejorar la calidad de vida, para aportar a la construcción de proyectos de vida en medios tan adversos. Y queramos o no, nuestros artículos tienen contenidos políticos, porque es nuestra oportunidad y son nuestros espacios libres de censura, por ello siempre estaremos promoviendo acciones de incidencia política.

La gran noticia para nosotr@s no sería por ejemplo el lanzamiento de un nuevo antirretroviral, que por lo demás no se hace en nuestro contexto, nos preocupa su costo y el acceso al mismo, que existen medicamentos en experimentación tampoco podría ser noticia en nuestros países donde no es común este tipo de investigaciones, así que nuestras publicaciones no promoverán que nuestros lectores se inscriban a un estudio; si lográsemos por lo menos, que nuestros sistemas de salud entregasen los medicamentos ya disponibles en la región sería un gran resultado. Nuestra prioridad en este caso es el acceso y no sólo a antirretrovirales, también a la atención y a la prevención; trabajar en los aspectos que nos hacen vulnerables porque los antirretrovirales son parte de la solución no son todo, ellos no curan la pobreza, la ignorancia, la falta de servicios de salud, de educación, la inequidad de género, la injusticia, el estigma, la discriminación, el poder de la iglesia en nuestros países y su perversa



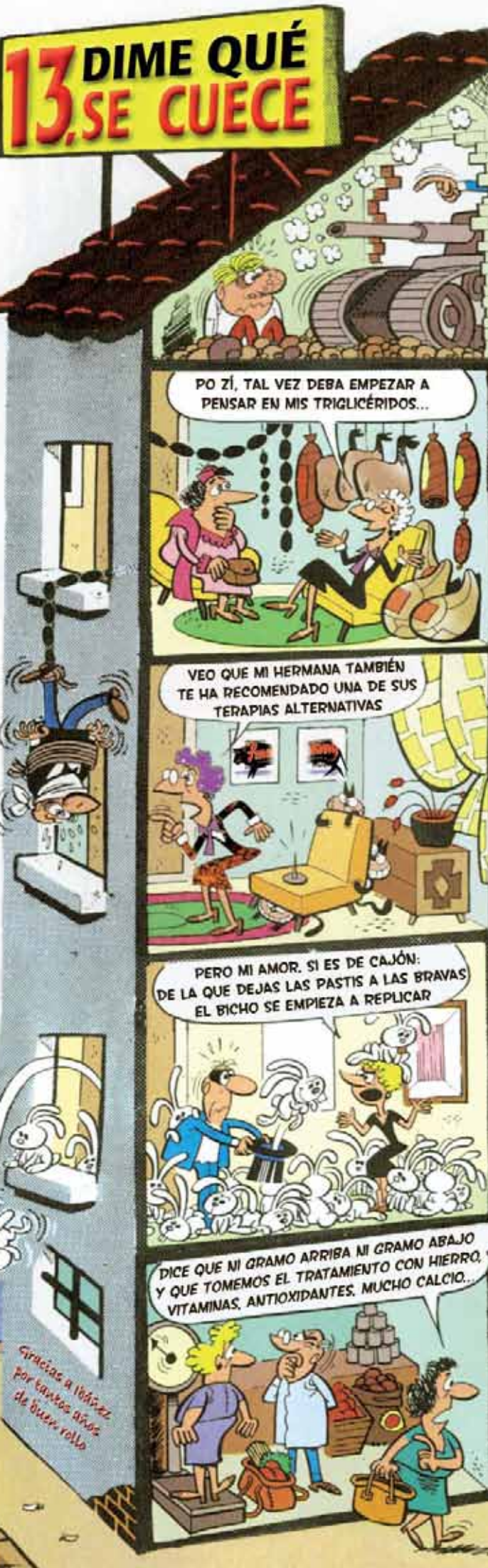
manipulación queriendo imponer su única moral aun en contra de la salud y la vida de las personas...

Nuestras políticas editoriales abren espacios a la esperanza y unen manos a la lucha en contra de la inequidad social; somos la voz de los que nadie quiere escuchar, de las personas con VIH o SIDA, de las poblaciones vulnerables, de los que no son noticia en los grandes medios. Llegamos a ellos a través de publicaciones gratuitas que se construyen con la participación directa de ellos, inspiradas en sus necesidades. El GIPV tiene con sus 6 publicaciones en Latinoamérica un cubrimiento directo de 34 mil personas e indirecto de 106 mil; su experiencia muestra como la comunidad puede liderar sus propios procesos de comunicación, realizar exitosamente periodismo comunitario e impactar en la realidad que afecta a sus vidas, a pesar, o mejor, gracias al olvido de los grandes medios.

...Cantamos porque el cruel no tiene nombre
Y en cambio tiene nombre su destino
Cantamos porque el niño y porque todo
Y porque algún futuro y porque el pueblo
Cantamos porque los sobrevivientes
Y nuestros muertos quieren que cantemos...⁴

REFERENCIAS

1. Editor de la Revista INdetectable. [indetectable@indetectable.org/](mailto:indetectable@indetectable.org) www.indetectable.org
2. Benedetti, Mario. Fragmento del poema 'Porque Cantamos', en "Canciones del desexilio", 1983.
3. GIPV: Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH, integrado por publicaciones de España (LO+POSITIVO), Colombia (INdetectable), Venezuela (Gente Positiva), Perú (En Verso y Prosa), Bolivia (Oye Tú), Chile (Vivo Positivo) y Argentina (Cuerpo Positivo).
4. Benedetti, Mario. Fragmento del poema 'Porque Cantamos', en "Canciones del desexilio", 1983.



ALGUNA VEZ TUVIMOS LA IMPRESIÓN DE QUE TODO ESTABA ILUSTRADO YA. SÓLO HABÍA QUE CAMBIAR EL QUIÓN....

LA RUE
LMP21
VERANO 2001



PRIMERO CRIXLIST, LUEGO Lipolista. INTUÍAMOS LO QUE ERA, PERO AÚN NO TENÍA NI NOMBRE.

Lipolista
LMP09
PRIMAVERA 1999



CON EL TIEMPO, LA COINFECCIÓN CON HEPATITIS SE CONVIRTIÓ EN UNA CONSTANTE.

Coinfección
LMP25
PRIMAVERA 2003

EL LENGUAJE BELICOSO DE LOS PRIMEROS AÑOS TAMBIÉN TUVO SU GRAFISMO.

Hidroxiurea
LMP06
OTOÑO 1998





Lillo
TATJER

LMP03
INVIERNO
1997



UNAI

LMP31
VERANO
2005



ISMAEL
CARRILLO

LMP04
PRIMAVERA
1998

DURANTE AÑOS HEMOS CONTADO CON LA COLABORACIÓN DESINTERESADA DE MUCHÍSIMAS PERSONAS.
GRACIAS A TODAS ELAS.



CENICIENTA POSITIVA LMP23 OTOÑO 2002

SIEMPRE
BUSCANDO
TU
SONRISA...



BARBIE POSITIVA LMP16 INVIERNO 2000

JAUME FABRÉS y MONTSERRAT MOLINER, 2007

UNA PREMISA
SIEMPRE CLARA:
CONTRIBUIR A
EDUCAR.

TRANSMISSIO VERSUS
CONTAQIUM
LMP21
PRIMAVERA 2003



Y HASTA PONERNOS EN
LA PIEL DE UN VIRUS.

HISTORIA DE UN
VIRUS CONTADA
POR ÉL MISMO
LMP33
PRIMAVERA 2006



Información imparcial basada en evidencias

NAM es una organización londinense de base comunitaria que proporciona información sobre todos los aspectos del VIH. Puede que nos conozcas por nuestra información sobre los tratamientos del VIH y, en particular, por nuestro servicio de noticias publicado en nuestro sitio web www.aidsmap.com y, gracias a gTt, en www.gtt-vih.org.

Este año celebramos nuestro 20 aniversario. La epidemia de VIH era muy distinta en 1987, cuando se fundó NAM. Las personas con VIH se enfrentaban a "un caos informativo", esto es, ninguna información en absoluto sobre tratamientos basada en Reino Unido y un aluvión de información altamente politizada, mal pensada y, muy a menudo, imprecisa. En medio de esta confusión nuestra intención era crear una fuente de información tranquila, con autoridad y fidedigna en la cual pudieran confiar las personas con VIH.

1987 fue también el año en el que la FDA (siglas en inglés de la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de Estados Unidos) aprobó el primer fármaco antirretroviral, AZT. NAM ha informado sobre AZT desde el principio y hemos cubierto dos décadas de beneficios y efectos secundarios del fármaco, sus puntos fuertes y débiles, su propaganda y sus controversias. No puede existir mejor ejemplo de un tratamiento anti-VIH que ha tenido que ser usado junto con información del paciente, independiente, imparcial, basada en evidencias y actualizada. Nuestra misión es proporcionar esta información vital.

Veinte años más tarde, hay más de veinte fármacos anti-VIH autorizados y las personas infectadas con acceso a estos fármacos actualmente tienen la posibilidad de contar con una expectativa de vida casi normal, una situación que era casi inconcebible cuando se fundó NAM. Pero el proporcionar información sobre tratamientos sigue siendo tan importante como nunca. Por ejemplo, existen incertidumbres

sobre el mejor momento para iniciar y cambiar el tratamiento antirretroviral y que fármacos emplear. La mayoría de los fármacos anti-VIH tiene efectos secundarios a corto plazo que son, como mínimo, desagradables y otros que pueden suponer un riesgo de problemas de salud a más largo plazo, como por ejemplo enfermedad cardíaca. Tomar una terapia antirretroviral es un compromiso de por vida y saltarse



simplemente unas pocas dosis al mes puede conducir al desarrollo de resistencia a fármacos. Proporcionamos unos galardonados recursos informativos en varios medios de comunicación (impresos, un sitio web www.aidsmap.com, boletines por correo electrónico, simposios profesionales y foros de información al paciente) para asegurar que las personas sepan dónde acceder al cuidado especializado en el VIH y que estén en situación de tomar las decisiones de tratamiento más apropiadas.

Pero el tratamiento es solamente un aspecto de la vida con el VIH y NAM

proporciona información sobre salud sexual y prevención del VIH, así como de aspectos sociales más amplios de lo que significa vivir con VIH.

Dado que la información que proporcionamos es independiente y basada en evidencias, también puede suponer una importante herramienta para el activismo en tratamientos, tanto para organizaciones como para personas que trabajan para obtener acceso a tratamiento, o luchan contra la ignorancia, el estigma y la discriminación que aún acompañan al VIH.

NAM trabaja duro para asegurar que la información que proporcionamos aborda las diversas necesidades y refleja las experiencias reales de las comunidades afectadas por el VIH, tal y como se muestran en investigaciones realizadas por doctores, científicos e investigadores académicos. Cada día, los editores de NAM consultan revistas médicas y científicas revisadas por colegas. Esto proporciona la base al servicio de noticias de www.aidsmap.com. Las noticias son publicadas en www.aidsmap.com cada día y en nuestro sitio web se elaboran más noticias originales sobre el VIH que en cualquier otro medio. Además, a diferencia de otras organizaciones que ofrecen noticias sobre el VIH, todas las noticias en www.aidsmap.com están basadas en el texto completo del artículo, no sólo en el resumen o los hallazgos clave proporcionados en un *abstract*, o en la información proporcionada en un comunicado de prensa, que ofrece buenos titulares, pero que en ocasiones es engañosa. NAM también envía edito-

res a las conferencias científicas clave en todo el mundo donde se presentan las últimas novedades en investigación en VIH. Miembros del equipo editorial de NAM, que ocupan plazas en comités científicos de conferencias como representantes de organizaciones comunitarias, y editores de NAM han contribuido al desarrollo de directrices de tratamiento del VIH.

Cada mes, los editores de NAM se reúnen con otros miembros clave del personal para debatir cómo deberíamos

desarrollar nuestros recursos informativos. Estos encuentros proporcionan una oportunidad de debatir las últimas novedades en investigación y de meditar cómo podría ofrecer NAM una mejor atención a las siempre cambiantes necesidades informativas de las personas afectadas por el VIH. NAM investiga para asegurar que nuestra información aborda las necesidades informativas reales, no las asumidas, de las personas con VIH y también agradecemos las aportaciones individuales de los usuarios de nuestros recursos.

en persona

Redacción

Tomar partido

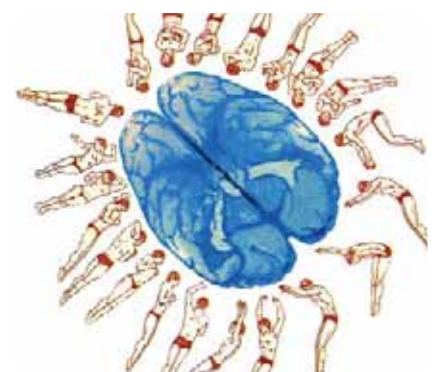
el periodismo comunitario en VIH, según LO+POSITIVO

Tal vez algunas veces te hayas preguntado cómo se hace esta revista. Por qué, por ejemplo, decidimos abordar un tema central determinado y no otro, dividir las secciones según diferentes asuntos, seleccionar los textos, editarlos y pulirlos, hasta que os llega a vosotr@s en un envoltorio de diseño que no es arbitrario, sino pensado para añadir valor interpretativo a los contenidos. La cocina de LO+POSITIVO no tiene muchos secretos, sólo algunas reglas básicas, inspiradas en valores y principios que –aunque nos tendréis que conceder un cierto margen de error– intentamos aplicar con coherencia.

INDEPENDENCIA

LO+POSITIVO es un medio de comunicación independiente, en el sentido de que no responde a intereses ajenos, pero no objetivo en un sentido maximalista. Queremos decir que si bien intentamos ponderar los puntos de vista y mostrar las diferentes aristas de los asuntos que abordamos, nuestra perspectiva no es neutral. Esta publicación tiene carácter comunitario, por lo

que la visión de las personas que viven con VIH o en riesgo de adquirirlo y de su entorno es la prevalente. Pero es que, además, LO+POSITIVO es una cabecera cuya propiedad y gestión corresponden a la ONG Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), una entidad que tiene como valores básicos la defensa de la vida y del derecho a la salud, por un lado, y el respeto y promoción de la autonomía personal y de la libre determinación del ser humano, por el otro.



NEUTRALIDAD

No somos neutrales, esto es, tomamos partido. Por eso, en LO+POSITIVO los temas a abordar y de qué manera nacen de nuestra comunicación regular con lectores, usuari@s de otros servicios de gTt, activistas españoles e internacionales, además de nuestras redes sociales personales. No excluimos otras fuentes, pero no son las preferentes. Gracias a ese diálogo ininterrumpido, vamos averiguando cuáles son las preocupaciones, inquietudes, necesidades y deseos del complejo puzzle que es nuestra comunidad del VIH. Así establecemos lo que en periodismo se llama la agenda temática: los asuntos que os importan, y con qué nivel de prioridad.

Visibilidad

Una vez que el equipo decide qué se incluye (y por qué) en cada número de LO+POSITIVO, se apuesta por colocar las entrevistas y otros formatos en las páginas centrales, otorgándole así la mayor relevancia. La visibilidad de las personas que viven con VIH, la narración que hacen de sí mismas, de sus propias vidas, funciona como mecanismo de recuperación de la dignidad individual y colectiva, colocando la propia historia y la propia vivencia en un lugar privilegiado. Se trata de llamar la atención sobre nosotr@s mism@s no por vanidad o petulancia, sino como método de contrarrestar la exclusión y la vulnerabilidad que hemos experimentado grupos poblacionales enteros. Al hablar de nosotr@s mism@s en primera persona, nos reconocemos como sujetos equivalentes en valor y derechos, acreedores de protección social y política y reclamamos nuestro espacio en el discurso público.

BIENESTAR

Junto con las entrevistas y los artículos sobre experiencias biográficas, el otro gran bloque de la revista está reservado a facilitar herramientas para la autogestión de la salud de las personas con VIH. Y aquí es necesaria una declaración de intenciones: para LO+POSITIVO no existe un estado de salud perfecto al que tod@s debamos aspirar o con cuyas reglas debamos disciplinar nuestro cuerpo. La salud es una condición definida subjetivamente, y en la que cada persona marca los parámetros de encontrarse bien o encontrarse mal. Cuando escribimos sobre nutrición, ejercicio físico, trucos para aliviar síntomas, o incluso consejos para el cambio de hábitos, nos gustaría que se interpretaran como lo que son: útiles que ponemos a disposición de quien quiera utilizarlos para alcanzar su propio bienestar, y no como un compendio de lo que hay que hacer para estar san@ según un determinado parámetro moral. Cada persona sabe y debería poder establecer qué es bueno y qué es malo para ella, y eso puede o no coincidir con lo que piensan les demás o lo que nos llega como un mandato de comportamiento desde instancias oficiales.



ALTERNATIVAS

Algo parecido puede decirse de cómo entendemos la información biomédica sobre el VIH, otras enfermedades y sus tratamientos. Intentamos combinar introducciones más sencillas con explicaciones más complejas, datos de actualidad con análisis en profundidad. La idea no es decirnos qué tenéis qué hacer, sino qué podéis hacer, en el contexto de vuestras posibilidades y limitaciones, y desde luego, vuestra voluntad. Se trata de proporcionar instrumentos para la toma de decisión sobre la propia salud, dando especial énfasis a la exposición de ventajas e inconvenientes de las posibles alternativas, en el bien entendido que la información es un derecho, no una obligación. Ya que se puede decidir no estar informad@ y no por ello merecer un trato médico y asistencial de menos calidad.

ANÁLISIS

Este relato continuado de nosotr@s mism@s que es la revista LO+POSITIVO también incluye, para finalizar, textos que nos apela a las personas que conformamos la comunidad del VIH en tanto que sujetos políticos, es decir, como hombres y mujeres que pueden, si lo desean, desarrollar su capacidad analítica de la realidad en la que nos desenvolvemos y ejercer nuestra acción legítima en tanto que ciudadan@s. Artículos de opinión y crónicas que dan cuenta de cómo el VIH/SIDA afecta y condiciona nuestras vidas desde las estructuras del poder institucional, y nos invita a posicionarnos en controversias y conflictos.

Con estos ingredientes, convenientemente mezclados en dosis proporcionales, cocemos cada número de LO+POSITIVO. Por lo visto y oído, parece que nuestros platos os siguen gustando. Muchas gracias por vuestro apoyo y fidelidad, y buen provecho.

Nosce te ipsum*

pequeño taller de interpretación de sueños

Los seres humanos siempre nos hemos sentido atraídos por el origen y significado de los sueños. Este interés ha sido variable en los distintos lugares y épocas de la historia. Así, en las antiguas civilizaciones y en los pueblos primitivos se da un valor premonitorio a los sueños y chamanes y hechiceros los consideran valiosos como lo son sus visiones en el estado de vigilia. En otros periodos de nuestra cultura occidental, los sueños han sido generalmente desdeñados por ser considerados manifestaciones inexplicables. Ya en el siglo XX y de la mano del célebre psiquiatra y analista alemán Sigmund Freud, los sueños empezaron a tener un interés científico. Freud trabajó con la presuposición de que los sueños no son algo casual, sino que están asociados a pensamientos y problemas conscientes. Por otro lado, en la década de los 50 la investigación empírica empezó a ocuparse del fenómeno de los sueños en tanto que procesos fisiológicos.

Aunque no existe consenso en el mundo científico de por qué soñamos, se acepta que los sueños son una reacción de la propia mente del individuo. Soñar, al igual que dormir o respirar, es algo absolutamente natural. Una vez dormimos, a los 30 o 40 minutos empezamos a soñar, lo hacemos entre tres y cuatro veces cada noche, dentro de los periodos REM¹ del sueño. No obstante, acostumbramos sólo a recordar los sueños más próximos al momento de despertarnos. Las pesadillas y también el sonambulismo, pertenecen a los periodos no REM² del sueño.

Actualmente, la mayoría de los psicólogos están de acuerdo en que los sueños expresan aspectos inconscientes de las personas. En este sentido, los sueños representan valiosos obsequios, inestimables instrumentos para el autoconocimiento.

En ocasiones tendemos a ignorar e incluso negar los "mensajes" de nuestros sueños porque éstos nos parecen extraños. Pongamos como ejemplo que soñamos con la imagen agresiva y aterradora de alguien a quien conocemos bien y que en absoluto responde a esa imagen en la vida despierta, pensamos que "no tiene ningún sentido" y desestimamos nuestro sueño porque nos sentimos confundidos. Los sueños pueden parecerse fantasías endebles, evasivas e inciertas porque no se expresan

La mayoría de los psicólogos están de acuerdo en que los sueños expresan aspectos inconscientes de las personas. En este sentido, los sueños representan valiosos obsequios, inestimables instrumentos para el autoconocimiento.

dentro de los límites de la lógica racional. Pero los sueños son en realidad claros y no tratan de presentarse bajo falsas apariencias. En el ejemplo anterior, quizás cabría pensar que la hostilidad no reconocida en la otra persona puede ser un aspecto que no reconocemos en nosotros mismos.

El filósofo alemán Nietzsche dijo

que el lenguaje de los sueños precede al lenguaje verbal. Así pues, en las frases preverbales de nuestro desarrollo, siendo bebés y también en las épocas prehistóricas, antes de que los humanos aprendiésemos a usar el lenguaje, nuestra representación del mundo y de la realidad se hizo a través de imágenes mentales; éstas son también la materia prima de los sueños.

Existen algunos mitos y creencias falsos alrededor de los sueños. Muchas personas creen que los sueños tienen un carácter premonitorio y que pueden revelarnos hechos que indefectiblemente van a ocurrir en el futuro, algunas personas han sentido terror de un sueño por ese motivo.

Los sueños ciertamente cumplen una función anticipatoria y pueden anunciar ciertos sucesos mucho antes de que ocurran en la realidad. En este sentido, los sueños a veces se comportan como oráculos delfícos porque nos previenen simbólicamente y nos advierten de los peligros que corremos. Esto no es un milagro o una forma de precognición. Muchas crisis de nuestra vida tienen una larga historia inconsciente y aquello que no logramos ver conscientemente lo ve nuestro inconsciente que nos previene a través de los sueños. Pongamos un ejemplo de esto: una mujer sueña en una ruptura amorosa. Quizás esta persona no comprende en ese momento el significado de

su sueño, en el que advierte un fuerte sentimiento de dolor y de desconcierto. Pueden pasar incluso años y esta mujer, para quien era inexplicable en el momento de su sueño una ruptura, termina por separarse de su pareja. También puede ocurrir que tal separación no se produzca pero en cualquier caso, los sueños nos ponen en antecedentes de algo que ocurre dentro de nosotr@s, ya sea un malestar o un anhelo. Este tipo de sueños a menudo se presentan de repente y nos preguntamos qué puede haberlos provocado, sin duda tienen una razón de ser.

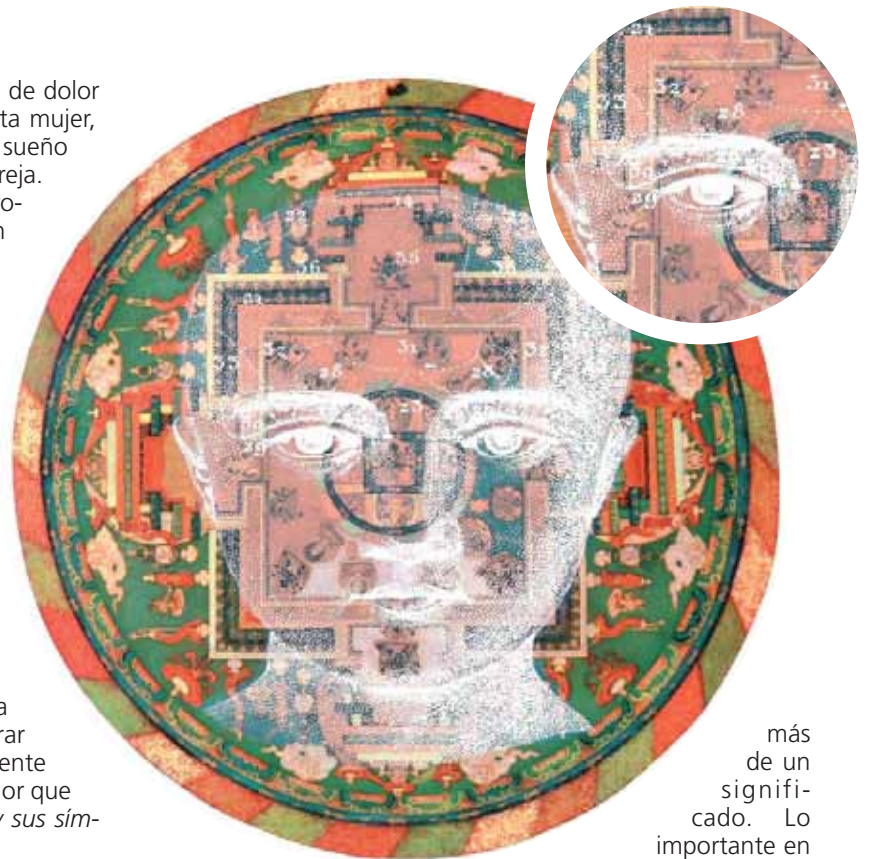
El inconsciente parece conocer el mensaje del que la conciencia no está informada y por lo que se puede deducir de los sueños, el inconsciente realiza sus deliberaciones instintivamente.

«Ciertos sueños, visiones o pensamientos pueden aparecer repentinamente; y por muy cuidadosamente que se investiguen, no se puede hallar cuál fue su causa. Esto no quiere decir que no tengan causa; la tienen con toda seguridad. Pero es tan remota u oscura que no se la puede ver. En un caso semejante hay que esperar hasta que el sueño y su significado sea suficientemente comprensible o hasta que ocurra algún hecho exterior que pueda explicar el sueño.» (C.G. Jung, *El hombre y sus símbolos*)

Los sueños sólo se pueden interpretar por la persona que sueña o junto a ella. La persona que sueña es quien confiere significado a su sueño. Es necesario poner el contenido de los sueños en relación al presente, a las circunstancias actuales de quien sueña y teniendo por contexto la totalidad de su vida. También es necesario tomar en consideración la forma en que la persona construye sus significados (principios y valores importantes) extraídos de los relatos en torno a sus experiencias vitales.

No existen guías sistemáticas para la interpretación de los sueños. Ciertamente, existen determinados símbolos o "motivos simbólicos" que son típicos y que se producen con frecuencia en muchas personas. Entre estos motivos están las caídas, los vuelos, las persecuciones, estar poco o absurdamente vestido en lugares públicos, tener prisa, estar perdido, luchar con armas inútiles, estar completamente indefenso o correr mucho sin llegar a ninguna parte. Lo más importante de los sueños es la estela de emoción que dejan tras de sí; indefensión, ansiedad, miedo, anhelo o alegría pueden ser algunas de estas emociones. Los motivos y también los símbolos oníricos* deben ser considerados dentro del propio sueño y no de forma aislada, como formas que se explican por sí mismas.

Para la comprensión de los sueños lo más importante no es conferir una interpretación inequívocamente correcta a lo que soñamos. Los sueños son simbólicos y por tanto tienen



más de un significado. Lo importante en el abordaje de los sueños es reflexionar sobre lo que nos ocurre. Se trata de contemplar el sueño, ver qué evoca en nosotr@s, de dónde procede y hacia dónde nos lleva. Despacio, nos preguntamos: «¿Qué puedo ver?, ¿qué puedo aprender?».

Los sueños son un reflejo de nuestras preocupaciones emocionales y como tal, pueden cumplir varias funciones:

1) **Función anticipatoria:** a través de estos «sueños futuristas» podemos hacer un ensayo virtual de una situación importante que se acerca y de la que no conocemos el resultado. En los sueños ensayamos las actitudes que después tomaremos en la vida despierta.

«La función del sueño es la autoclarificación de la postura ante el problema. Mediante la producción de metáforas aparentemente incomprensibles, el sueño produce, igual que un poeta, sentimientos y emociones que no se podrían haber producido durante el día, en contacto con la realidad y el pensamiento lógico. De esta manera, el soñador consigue acumular una cierta fuerza irracional que le sustenta en la consecución de su propia finalidad.» (C.G. Jung, *El hombre y sus símbolos*)

Por ejemplo: tenemos una visita muy esperada (y también temida) con nuestro querido médico especialista. Días antes soñamos con una niña de diez años a la que echan

injustamente de clase. Quizás este sueño y el sentimiento de impotencia que genera en nosotr@s nos pone sobre aviso de la indefensión que sentimos frente a esta situación y frente al/la médic@. Si hacemos caso a nuestro sueño probablemente nos prepararemos adecuadamente, procurando relativizar la figura de autoridad, trabajando la asertividad para la entrevista, etc.

2) **Función compensatoria:** a través de estos «sueños consoladores» compensamos las que sentimos o creemos son nuestras limitaciones y culminamos deseos y anhelos.

Por ejemplo: en algunas épocas en las que sentimos con mayor fuerza nuestras limitaciones físicas tenemos un sueño que nos inviste de nuevas fuerzas. En el sueño aparece un animal alado que vigorosamente se alza por encima de los derruidos cimientos de una casa. Este sueño nos pone en conocimiento de lo que nos aflige y también nos infunde coraje.

3) **Función catalizadora:** a través de estos «sueños alquímicos» elaboramos procesos emocionales. Como hemos dicho, lo más importante de los sueños es la emoción que dejan tras de sí. Los sueños afectan a nuestro estado de ánimo incluso cuando no los recordamos. A veces recibimos fuertes impresiones emocionales a través de nuestros sueños y cuando nos despertamos, estas emociones siguen afectando a nuestro estado de ánimo. Esto puede contribuir positivamente a la toma de conciencia de contenidos más o menos inconscientes, tal es la labor de los sueños, empujarnos hacia el autoconocimiento.

Por otro lado, algunos sueños llegan de improviso a nuestra vida y pueden manifestarse como una revelación, podemos llamarlos «sueños tesoro», nos quedamos con ellos como si de un fetiche se tratara. Son sueños que jamás olvidaremos y que llevamos siempre con nosotr@s porque nos conmueven y dejan huella.

Lo importante en el abordaje de los sueños es reflexionar sobre lo que nos ocurre. Se trata de contemplar el sueño, ver qué evoca en nosotr@s, de dónde procede y hacia dónde nos lleva.

Los sueños recurrentes (que se repiten frecuentemente o episódicamente) representan la insistencia de nuestro inconsciente por mostrarnos algo a lo que por algún motivo nos resistimos. Estos sueños pueden ser el reflejo de heridas que no han sanado, de temas emocionales pendientes y de procesos por resolver.

Las pesadillas significan que algo va mal en nuestra vida, cuando se repiten y se convierten en algo recurrente cumplen una función de alarma y requieren de un trato especial. En estos casos, quizás pueda ser una buena idea consultar a un/a especialista.

Aquí tienes algunos pequeños consejos de cómo puedes trabajar con tus sueños:

- Ponte papel y lápiz al lado de la cama para que puedas anotar tu sueño inmediatamente después de despertarte. Si no trabajas sistemáticamente con tus sueños, anótalos cuando te acuerdes. Es muy importante que anotes también la emoción predominante en el sueño y también la emoción que has tenido en el momento de despertar.

- Lee la historia que narra tu sueño y ponle título. Por ejemplo: «agresión y pelea», «expulsión de clase», «ruptura

sentimental», «maravilloso animal alado».

- Puedes formularte la siguiente pregunta: «¿qué relación puede tener este sueño con mi vida actual?», «¿a qué aspectos de mi vida, presentes y futuros, se refieren los contenidos de mi sueño?». Por ejemplo: «¿qué situación de mi vida se parece a la situación que se recrea en mi sueño?», «¿en qué se parecen estas situaciones?», «¿qué emoción reconozco en mi sueño y en mi vida?», «¿qué aspectos de mí misma reconozco en mi sueño?».

- Puedes cuestionarte acerca del «mensaje» que el sueño tiene para ti. Por ejemplo: detectar insatisfacción respecto a una relación, reconocer como parte de ti emociones y sentimientos «non gratos» para tu «yo» despierto (como pueden ser la hostilidad o la agresividad), reconocer una fuerte emoción que te acompaña desde la infancia, darle cabida y relativizar su influencia sobre ti, experimentar tu poder interno y reafirmar tu valor.

* *Nosce te ipsum*: conócete a ti mism@

1. Período REM del sueño: siglas en inglés de *Rapid Eyes Moviment*, movimiento rápido de ojos. La actividad cerebral es parecida a la de la persona despierta, también se le llama por eso sueño paradójico.

2. Período no-REM del sueño: ocupa la mayor parte del sueño, se produce un funcionamiento fisiológico que permite la reparación de los órganos y los tejidos.

* Onírico significa relativo a los sueños.

REFERENCIAS:

- Oberst, U.E, Ruiz, J.J. y Quesada, A.M. (2006), *Estilos de vida. El sentido y el equilibrio según la psicología de Alfred Adler*, Barcelona, Paidós.
- Jung, C.G. (1964), *El hombre y sus símbolos*, Barcelona y Buenos Aires, Paidós y SAICF, 1995.

Zumeríos:

el poder de los antioxidantes

Tomar zumos de frutas y vegetales de forma habitual es una excelente forma de cuidar nuestra salud. Las frutas y las verduras crudas, licuadas y convenientemente combinadas, además de muy saludables y nutritivas, pueden ser terapéuticas; existe un zumo para cada estado y para cada afección. Los zumos pueden ser muy nutritivos además de revitalizantes puesto que tomadas así, las frutas y verduras se absorben rápidamente y el organismo se abastece de una gran cantidad de vitaminas presentes en estos alimentos.

Para una mejor absorción de las vitaminas y lograr un efecto depurativo, es aconsejable tomar los zumos en ayunas y/o fuera de las comidas. En contacto con el aire, las vitaminas y minerales se oxidan y degradan rápidamente, por lo que siempre que podamos, tomaremos los zumos recién hechos.

Las frutas y vegetales son muy ricos en **antioxidantes**, un grupo de vitaminas y minerales que combaten los **radicales libres**, causantes de la degradación celular que contribuye al envejecimiento y al desarrollo de enfermedades como el cáncer (los radicales libres tienen la capacidad de modificar el ADN) o las afecciones cardiovasculares, entre otras dolencias.

Los radicales libres son átomos o moléculas con un electrón desapareado, lo que los hace muy reactivos. Nuestro cuerpo los produce en cierta cantidad para llevar a cabo procesos biológicos necesarios para la vida y es el propio organismo quien se encarga de neutralizarlos. Por otro lado, existen factores externos que pueden aumentar la presencia de radicales libres en el organismo, provocando daños en la salud cuando este exceso se mantiene de forma sostenida durante años.

Algunos de los factores externos que provocan la acumulación de radicales libres en el cuerpo son: los contaminantes externos como la polución, el tabaco, los pesticidas, ciertas grasas, la radiación solar (la luz ultravioleta puede romper moléculas y producir así radicales libres), la toxicidad causada por medicamentos, etc.

Los antioxidantes actúan sobre los radicales libres neutralizándolos. Éstos nutrientes liberan electrones en la sangre que son captados por los radicales convirtiéndose de esta manera en moléculas estables. Los antioxidantes son compuestos que se encuentran sobre todo en las frutas y en los vegetales. Estos alimentos tomados crudos y en zumo conservan todas sus propiedades y garantizan un aporte total de antioxidantes.

Las vitaminas A, C y E y los minerales zinc y selenio forman el selecto grupo de los antioxidantes presentes sobre todo en frutas y vegetales. Estos compuestos impiden la oxidación de las partículas grasas y su acumulación en los vasos.

La vitamina A se encuentra en todos los vegetales que destacan por sus colores vivos anaranjados: zanahorias, calabaza, albaricoques, tomates, papaya, mango y también el melón. Esta vitamina tiene una acción revitalizante y reforzante sobre la piel y los tejidos que se encuentran en contacto con el exterior, retrasando el envejecimiento de las células.

La vitamina B también está presente en la mayoría de los alimentos de origen vegetal y en la gran mayoría de las verduras de hoja verde. Esta vitamina tiene un efecto benéfico sobre el sistema nervioso y contribuye a la formación de los glóbulos rojos.

Encontraremos grandes cantidades de vitamina C en todas las frutas y verduras frescas, con una mayor concentración en los cítricos. La vitamina C es una gran defensa contra las sustancias nocivas del tabaco. El kiwi, el pimiento, el perejil y las espinacas también tienen un alto contenido en esta vitamina.

La vitamina E está presente en muchos vegetales de hoja verde, en el aceite de oliva (puedes usarlo como aliño de algunos zumos), el aguacate, el coco, y el melón. Esta vitamina está estrechamente relacionada con la presencia de grasas insaturadas y nos protege de enfermedades cardiovasculares.

Encontraremos concentraciones de zinc en la remolacha, la col, la lechuga, las espinacas, el melocotón y las zanahorias. Este mineral tiene implicaciones en el sistema inmunológico, en la cicatrización de la piel, en agudeza de los sentidos o el buen mantenimiento de nuestro cerebro.

El selenio está presente en las verduras y proviene del suelo donde han estado cultivadas. Este mineral retrasa el envejecimiento celular, previene el cáncer y también las cardiopatías.

A continuación, te presentamos algunas propuestas de zumos: zumos que sirven como remedio o para mejorar algunas funciones, zumos nutritivos o zumos deliciosos. Sea como fuere, introducir los zumos en la dieta supondrá un gran beneficio para nuestra salud.

La preparación de los zumos siempre es la misma: lava bien las piezas de fruta o verdura, trocea y licua.

Las vitaminas A, C y E
y los minerales zinc
y selenio forman el selecto
grupo de los antioxidantes
presentes sobre todo en
frutas y vegetales.

Puedes aderezar o condimentar los zumos con algunos de estos ingredientes saludables:



- **Jengibre:** raíz de sabor picante y aromático. Va muy bien con los zumos de zanahoria, manzana, melón, uva o fresa. Se utiliza para tratar la náuseas, indigestiones, fiebre, infecciones y en general para favorecer la vitalidad y la longevidad.
- **Menta:** es muy aromática y puedes usarla con frutas y verduras. Ayuda a mejorar la función hepática y estomacal, es un calmante para dolores, picaduras o quemaduras y tiene poder tranquilizante y afrodisíaco.
- **Perejil:** por su alto contenido en hierro es muy recomendable para combatir la anemia, también tiene poder diurético.
- **Canela:** puedes usarla para aromatizar dulces. Produce un efecto hipotensor y espasmolítico (relajante de los músculos) e incrementa el flujo sanguíneo periférico.
- **Albahaca:** es recomendable usarla siempre fresca. Tiene poder antiespasmódico, es digestiva y también estimulante.

Zumo multivitamínico revitalizante

Veranito

Ingredientes:

- 100gr de fresas
- Media rodaja de piña
- Medio kivi
- 1 naranja

El *veranito* tiene un alto contenido en vitamina C, hierro y ácido fólico, además de mucha fibra.

Zumos para músculos y huesos

El zumo de uva, tomado fuera de las comidas, previene los dolores musculares. La piña contiene bromelaína, un grupo de enzimas con propiedades antiinflamatorias que ayuda a calmar dolores y calambres. También el zumo de cerezas negras es muy beneficioso para la artritis.



Zumo reconstituyente

Ingredientes:

- 2 naranjas
- Media manzana
- 1 limón

Este zumo está indicado para los estados de fatiga y cansancio.

Zumos depurativos

Calavera

Ingredientes:

- 2 tomates
- 1 pepino
- Un cuarto de una cebolla pequeña
- 1 cucharada de aceite de oliva

Este zumo es un truco con el que podemos "compensar" una noche de excesos: es muy depurativo. Para evitar la resaca hay que tomar un vaso antes de acostarse y otro en ayunas, a la mañana siguiente.

Antidiarreico

Ingredientes:

- 3 o 4 zanahorias
- Un trozo pequeño de remolacha
- 100gr de apio
- Unas ramitas de perejil (entre 10 y 20gr)

Este zumo vegetal también estimula el hígado y frena la deshidratación provocada por la diarrea. Toma un vaso en ayunas y otro por la tarde, te ayudará a recuperarte.

Para la diarrea también podemos recurrir al zumo de manzana, pero tenemos que añadirle una cucharada de salvado de trigo.

Este zumo se toma después de la comida del mediodía.

¡Por la cara!

Una actualización sobre técnicas de reparación facial

La lipoatrofía facial (LF) es la pérdida de la grasa subcutánea de la cara. Esta afección, cuya causa haya que buscarla probablemente en la propia infección por VIH y en el efecto de sus tratamientos antirretrovirales, forma parte de un síndrome más complejo llamado lipodistrofia. Aunque los tratamientos médicos son limitados, existen ciertas técnicas de reparación facial basadas en la cirugía plástica y que implican el uso de agentes de relleno para reemplazar la pérdida de volumen bajo la piel. En este artículo, os ofrecemos el estado actual de las diferentes técnicas que se están aplicando. Se espera que los diferentes sistemas sanitarios autonómicos españoles las vayan incorporando entre las prestaciones que ofrecen para la atención y cuidado de las personas con VIH.

En tanto que es una manifestación física visible, la LF se ha convertido en uno de los efectos más estigmatizantes y que más afecta a la autoestima y calidad de vida de las personas que la desarrollan. Aunque la pérdida de grasa también se puede producir en otras zonas corporales (extremidades y nalgas), las consecuencias psicológicas de la LF hacen que sea prioritaria la búsqueda de un tratamiento que ofrezca a la vez resultados a corto plazo y que sean perdurables.

Existen algunas intervenciones que con muy poco o ningún resultado han intentado evitar la lipodistrofia, o que ésta revierta, sin la necesidad de utilizar técnicas quirúrgicas reparadoras, como por ejemplo la sustitución de medicamentos antirretrovirales o el uso de ciertos agentes, como las estatinas o la hormona del crecimiento.

Las técnicas llamadas 'invasoras' de relleno utilizadas en cirugía y medicina estética parecen la opción más rápida y efectiva, aunque la experiencia que se tiene en el tratamiento de la LF es limitada, sobre todo por lo que respecta a los resultados a largo plazo.

Medición y clasificación de la lipoatrofía facial

Existen técnicas de medición antropométrica y técnicas de imagen, como el TAC, que permiten evaluar con precisión la redistribución de la grasa corporal causada por la lipodistrofia. Para la evaluación de la LF, una exploración médica por un especialista podría servir para dar un diagnóstico de LF y su grado de afectación.

En el año 2003, un grupo de investigadores españoles (Joan Fontdevila y colaboradores, del Hospital Clínic de Barcelona) propusieron un método de clasificación de LF basado en la exploración física por parte del especialista, un método económico y rápido que no necesita de aparatos o tecnología complementarios. Dos años más tarde el método fue validado en otro estudio.

Según esta clasificación, se pueden establecer 3 grados de afectación de LF.

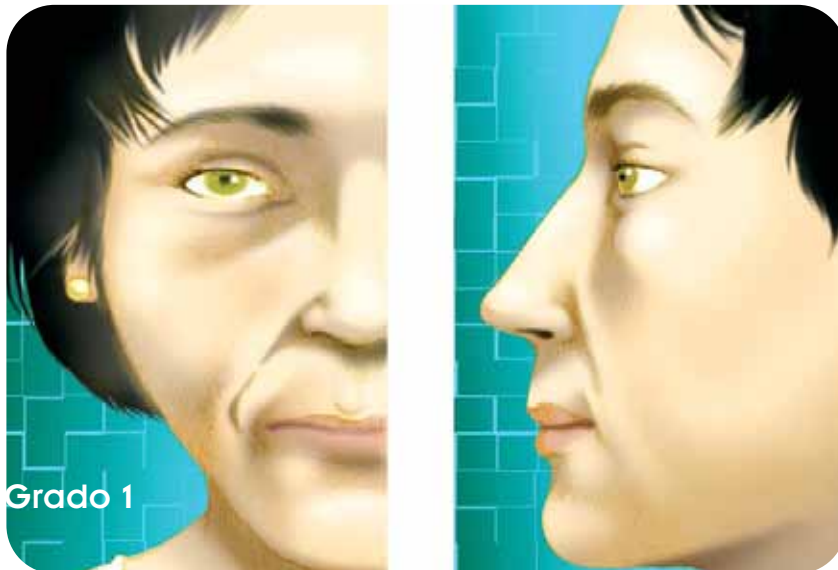
Grado 0

Es el grado de la normalidad. En condiciones normales, la piel de la zona del pómulo hace una leve protuberancia desde el borde de la zona del ojo hasta el pliegue formado por la mejilla y la nariz (pliegue nasogeniano).

Grado 1

Es el grado más leve. La persona afectada por este grado presenta un aplanamiento del pómulo (región malar) como consecuencia de la pérdida de la grasa subcutánea (grasa malar). El efecto sería similar al que se observa en una persona delgada o con poco pómulo.





durable y no migratorio, es decir que no se desplace hacia otras zonas distintas. Por último, que sea económico, ya que en el tratamiento de la LF en personas con VIH se requerirá más volumen del que se suele utilizar en las indicaciones habituales de cirugía estética.

Una de las características que mejor define un material de relleno es su período de permanencia en el tejido. En este sentido, los materiales se pueden clasificar en: rápidamente reabsorbibles (o temporales), lentamente reabsorbibles (o semipermanentes) e irreabsorbibles (o permanentes).

Existe un acuerdo bastante generalizado de que los materiales lentamente reabsorbibles (o semipermanentes) son más adecuados en el tratamiento de la LF en personas con VIH puesto que si aparecen efectos secundarios, éstos son transitorios, y los resultados no son definitivos, lo que significa que se pueden corregir y adaptar en futuras intervenciones. El inconveniente principal es su elevado precio que a veces iguala al de los tratamientos permanentes, pero con el coste añadido de tener que repetirlo cada cierto tiempo.

Grado 2

Es el grado intermedio. La pérdida de la grasa produce un aplanamiento pronunciado del pómulo; la piel se adapta al relieve del hueso lo que provoca un hundimiento o depresión en la mejilla.

Grado 3

Es la afectación más grave. Aparecen los mismos signos que en los grado 1 y 2, pero además, como consecuencia de la ausencia casi total de la grasa subcutánea, la piel se adapta todavía más a las estructuras óseas y musculares, lo que hace que el hundimiento en la mejilla sea mayor y que las estructuras anatómicas de la cara (esqueletización) se hagan visibles.

MATERIALES DE RELLENO

Relleno sintético

Los productos de relleno pueden ser orgánicos (derivados de humanos, animales o plantas) y por lo tanto biodegradables, o sintéticos, es decir, realizados con materiales no biodegradables.

Para que un material de relleno sea considerado idóneo debe cumplir las siguientes cualidades: no debe ser carcinógeno (provocar cáncer) ni teratógeno (provocar malformaciones en el feto), ni inmunogénico (provocar reacciones de hipersensibilidad o alergias), ni irritante (provocar inflamación); debe ser esterilizable, con estabilidad química en el tiempo y en cualquier localización, y con características físicas similares al tejido original en donde se implanta; que sea

Los efectos secundarios de los materiales sintéticos pueden ser inmediatos —normalmente asociados a la técnica de implante—, o tardíos —relacionados con la sustancia implantada—. Entre los inmediatos, se incluyen eritemas, edemas y posibles reacciones alérgicas en función de la naturaleza del producto; entre los tardíos, reacción inflamatoria, reacción granulomatosa o fibrosis, reacciones ante la presencia de cuerpo extraño y migración del producto hacia otras zonas.



Ilustraciones: Rubén Sáez

MATERIALES SINTÉTICOS DE RELLENO EN REPARACIÓN FACIAL

Rápidamente reabsorbibles (temporales)		Lentamente reabsorbibles (semipermanentes)		Irreabsorbibles (permanentes)	
Ácido hialurónico (Perlane®, Hylaform®)	<ul style="list-style-type: none"> •Perdura de 6 a 12 meses •Recuperación post-operatoria algo molesta 	Ácido poliláctico (New Fill® / Sculptra®)	<ul style="list-style-type: none"> •Perdura de 1 a 2 años •Posible aparición de nódulos palpables, pero no visibles en el sitio de la inyección •Adecuado para LA de grado 2 	Ácido hialurónico (Perlane®, Hylaform®)	<ul style="list-style-type: none"> •Larga permanencia •Posibles reacciones granulomatosas a cuerpo extraño
Colágeno homólogo (humano)	<ul style="list-style-type: none"> •Perdura de 3 a cinco meses •Recuperación post-operatoria molesta •Muy costoso 	Microesferas de polivinilo	<ul style="list-style-type: none"> •Buenos resultados al año de control en el único estudio presentado en personas con VIH 	Silicona sólida	<ul style="list-style-type: none"> •Duración prolongada •No se puede remover y, en algunos casos, puede migrar •La silicona líquida está prohibida en Europa, EE UU y Canadá como implante subcutáneo
Colágeno heterólogo (bovino)	<ul style="list-style-type: none"> •Perdura de 3 a cinco meses •Recuperación post-operatoria molesta •Muy costoso 	Hidroxiapatita cálcica (Radiesse®)	<ul style="list-style-type: none"> •Material reabsorbible de más larga duración •Datos limitados de su uso en personas con VIH. Estudios en curso. •Posible aparición de nódulos en la zona de inyección •Adecuado para la LF de grado 2 	Gel de poliacrilamida (Aquamid Reconstruction®)	<ul style="list-style-type: none"> •Estudios realizados (3) en el tratamiento de la LF en personas con VIH sin complicaciones durante 24 meses •Posibles reacciones granulomatosas en la zona de inyección. •Adecuado para la LF de grado 2 y 3
		Gel de agarosa	<ul style="list-style-type: none"> •Experiencia limitada •No hay estudios en personas con LF 	Polialquimida (Bio-Alcamid®)	<ul style="list-style-type: none"> •Posibilidad de extracción •Resultados para el tratamiento de la LF buenos •Informes recientes de complicaciones
				Politetrafluoroetileno expandido	<ul style="list-style-type: none"> •Posibilidad de extracción •Posibles infecciones e hinchazón en el postoperatorio •Posible fibrosis visible alrededor del implante
VENTAJAS DE LOS REABSORBIBLES				VENTAJAS DE LOS IRREABSORBIBLES	
<ul style="list-style-type: none"> •Muy moldeables •Absorción en caso de efectos adversos •Permiten correcciones •Posibilidad de utilizar materiales diferentes en la misma zona 				<ul style="list-style-type: none"> •Predictibilidad del resultado •Sin necesidad de reinyección •Algunos, posibilidad de explante (extracción posterior) •Económicos 	

Si tienes dudas sobre cualquier medicamento antirretroviral, contacta con nosotros:

Servicio de Consultas del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH

acerca de la infección por VIH, las enfermedades asociadas y sus tratamientos.

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

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

Con el apoyo del Pla de Prevenció i Assitència de la SIDA. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.



Relleno con tejido adiposo propio

Otra técnica de reparación facial consiste en utilizar la grasa del propio paciente como material de relleno, lo que se conoce con el nombre de grasa autóloga. Esto sería posible en los casos en los que se dispone de una cantidad suficiente de grasa autóloga en otras zonas del cuerpo, especialmente en aquellas localizaciones (abdomen, almohadilla dorsocervical –o jiba de búfalo–, mamas...) en las que existe una acumulación de tejido adiposo (o lipohipertrófia).

Entre las ventajas de esta técnica reparadora, se cuenta que el tejido adiposo es un material natural y por consiguiente, es biocompatible, versátil, estable, duradero y de apariencia natural. En algunos estudios en los que han participado personas con VIH, los implantes de tejido adiposo han tenido una permanencia que oscila entre los seis meses y los dos años. Al parecer, este amplio margen observado en los estudios depende del método de obtención del injerto, el número de veces que se ha realizado el procedimiento, el área tratada y el método de evaluación de los resultados obtenidos.

Esta intervención, cuyo coste no es excesivamente elevado, podría ser la técnica menos indicada para personas con VIH y lipoatrofia avanzada dado que podría resultar muy difícil extraer grasa subcutánea de otras partes del cuerpo.

LA INTERVENCIÓN

Los materiales de relleno se introducen en la piel a través de un tubo de pequeño calibre, por ejemplo, una aguja, un catéter o una cánula.

La piel está formada por varias capas: la epidermis, que es la capa externa, la dermis, que es la capa más activa formada principalmente de colágeno y otras proteínas, y la hipodermis, que es la capa subcutánea donde residen las células grasas que dan forma y volumen a la piel. La lipoatrofia es la pérdida de grasa en la hipodermis.

En las técnicas de reparación facial los materiales de relleno se inyectan principalmente en la dermis —con el fin de aumentar la piel—, o en la hipodermis —para rellenar el espacio de la grasa perdida—. Conviene que el producto de relleno se inyecte de forma segura en la capa dérmica correspondiente y que el cirujano plástico o dermatólogo que realiza la reparación sea un profesional cualificado y tenga experiencia en la técnica y en el producto elegido para tratar la LF.

DÓNDE REALIZAR LA INTERVENCIÓN

En la actualidad, en España, las técnicas de reparación facial para el tratamiento de la LF pueden realizarse en centros privados de cirugía plástica reparadora y estético-

ca, y por consiguiente, los gastos correrían íntegramente a cargo del/la paciente. Como decíamos anteriormente, es muy importante elegir un centro cualificado y con experiencia en cirugía facial reparadora para tratar la LF y en el uso de los productos de relleno.

También existe la posibilidad de realizar la intervención a través de la sanidad pública, aunque hasta la fecha son muy pocas las comunidades autónomas las que han incluido ya la cirugía reparadora para tratar la LF entre las prestaciones que ofrecen para el cuidado de las personas con VIH. Andalucía y el País Vasco han sido las dos primeras comunidades en ofrecer este servicio, a las que se ha sumado muy recientemente Cataluña con un proyecto piloto al parecer ampliable.

En las técnicas de reparación facial los materiales de relleno se inyectan principalmente en la dermis —con el fin de aumentar la piel—, o en la hipodermis —para rellenar el espacio de la grasa perdida—.

La sanidad pública de estas comunidades incluirá la reparación facial para tratar a personas con VIH con LF grave (grados 2 y 3 de la clasificación anteriormente mencionada).

El impulso del movimiento asociativo del VIH ha desempeñado un papel fundamental a la hora de convencer a las autoridades de la necesidad de que los sistemas de salud públicos asuman entre sus prestaciones las técnicas de reparación para tratar la LF. Esperemos que cunda el ejemplo y el resto de comunidades autónomas también las implementen.

REFERENCIAS:

- Martínez, E. et alii, Documento de trabajo para el tratamiento de la atrofia facial en pacientes VIH positivos (Borrador).
- Aidmeds.com

Acceso a nuevos fármacos para la hepatitis C

En marzo de este año, más de 40 personas se reunieron en la localidad costera de Sitges, en Barcelona, para abordar un asunto complejo: cómo conseguir que los nuevos fármacos para tratar el virus de la hepatitis C (VHC) todavía en investigación puedan llegar a experimentarse en personas coinfectadas por VIH y VHC, y bajo qué condiciones. Tras dos días de debate, l@s presentes (médic@s, investigadores, activistas, representantes de compañías farmacéuticas, y expert@s de agencias reguladoras) llegaron a un acuerdo que quedó plasmado en el documento que os reproducimos a continuación.

DECLARACIÓN DE SITGES

Sobre la agenda científica y el acceso a fármacos experimentales de la hepatitis C para personas coinfectadas por VIH y VHC

L@s abajo firmantes, activistas comunitarios, médic@s, investigadores, representantes de compañías farmacéuticas y miembros de agencias reguladoras, preocupad@s por la esperanza y la calidad de vida de las personas que viven con VIH y hepatitis C, por la presente declaran que:

La colaboración entre la comunidad, las agencias reguladoras, l@s investigadores y la industria es una parte esencial del proceso de desarrollo de fármacos para el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC). En concreto, la comunidad es una parte relevante del proceso, y se le debe conceder la oportunidad de proporcionar su punto de vista en el desarrollo de fármacos para el VHC.

Queremos participar en:

El desarrollo de las pautas reguladoras para la investigación de fármacos para el VHC

- Creemos que l@s expert@s reguladores con experiencia en el desarrollo de fármacos para el VIH y en su tratamiento tienen que estar implicad@s en la elaboración de las recomendaciones que regulen estos nuevos medicamentos para el VHC.

El desarrollo de ensayos clínicos patrocinados por la industria

- Pedimos reunirnos periódicamente con patrocinadores de nuevas terapias para la hepatitis C y de



las combinadas de éstas, y participar en el diseño de ensayos clínicos, además de supervisarlos siendo parte de los Comités de Seguimiento y Seguridad de los Datos (DSMB, en sus siglas en inglés).

El desarrollo de redes de investigación

- Apoyamos la creación de nuevas redes de investigación, partenariados público-privados, estudios impulsados por investigadores y registro de datos de colaboraciones multicéntricas con el objetivo de acelerar las terapias para el VHC y explorar nuevos paradigmas terapéuticos antes de su aprobación.
- Alentamos a la creación de redes de investigadores con experiencia en el tratamiento de la coinfección con VIH y VHC para estudiar modalidades terapéuticas novedosas para la hepatitis C en personas coinfectadas.

Creemos que las necesidades de cuidados en salud de las diferentes poblaciones y la perspectiva de l@s pacientes tienen que considerarse parte del proceso de desarrollo de fármacos para el VHC. Por ello, los estudios deberían incluir a las personas que necesitan con más urgencia las nuevas terapias para el VHC.

Los ensayos de las terapias para personas coinfectadas con VIH y VHC deberían dar inicio

antes de que se conceda la aprobación para su uso en personas monoinfectadas con hepatitis C. Esto debe hacerse una vez que los resultados de los estudios de Fase IIb se hayan dado a conocer y que existan indicadores de que los estudios preliminares sobre toxicidad, farmacocinética e interacciones farmacológicas del agente, o agentes, de referencia que estén siendo investigados no sugieren interacciones farmacológicas significativas o toxicidades relevantes en relación con el VIH.

Resulta claro que será necesario prevenir o retrasar la resistencia farmacológica del VHC. Debemos considerar los métodos más expeditivos para el codesarrollo de fármacos; esto dependerá del resultado de los estudios preliminares en monoterapia de cada agente. Dado que la seguridad es primordial, creemos que los estudios de interacción farmacológica *in vitro* e *in vivo* deben llevarse a cabo pronto, para facilitar ensayos con múltiples agentes

previos a la autorización. También deben hacerse pronto los estudios en personas que probablemente estarán tomando otra medicación, como las personas coinfectadas, además de en quienes han recibido órganos trasplantados.

Damos apoyo a los ensayos que evalúen métodos para retrasar la progresión de la fibrosis o para que ésta revierta, además de para erradicar el VHC. Es importante que los ensayos en las diferentes poblaciones tengan en cuenta diferentes resultados para cada grupo de pacientes (respuesta viral sostenida frente a mejora histológica o prevención/retraso del trasplante hepático). También damos apoyo a la investigación de terapias alternativas y complementarias para el VHC.

Pedimos que se exploren todas las posibilidades para llevar a cabo estudios previos a la autorización de terapias para el VHC en las poblaciones de mayor prevalencia, como son los usuari@s de drogas. Alentamos los estudios en personas que estén tomando terapias sustitutivas con metadona, buprenorfina y nalxetrona, además de mantenimiento con heroína.

Además, pedimos que los patrocinadores diseñen estudios que:

- Incluyan un número suficiente de mujeres como para ofrecer información sobre efectos secundarios de los nuevos tratamientos del VHC específicos según el sexo.
- Incluyan la monitorización terapéutica de fármacos en personas con enfermedad hepática avanzada.
- Aceleren la investigación pediátrica.

Siempre que sea posible, los ensayos deberían abordar:

- La caracterización de la resistencia.
- La evaluación del daño hepático con técnicas no invasivas.
- La estandarización de los ensayos.

Debe seguir adelante con la optimización del actual estándar de cuidados. Los estudios sobre manejo de los efectos secundarios y los modelos de asistencia, especialmente los que van a seguir explorando el empleo de cuidados multidisciplinarios, son una prioridad. Sabemos que el interferón va a seguir siendo parte del tratamiento de la hepatitis C en los próximos años, sin embargo es posible encontrar una alternativa menos tóxica a la ribavirina.

En los últimos años hemos visto índices más altos de mortalidad asociada al daño hepático. Puesto que la disponibilidad de nuevos medicamentos llevará su tiempo, debemos aumentar la sensibilización en torno a la necesidad de donantes de órganos, promover políticas para el aumento de donaciones de órganos, y remover los obstáculos para el trasplante en personas con VIH y coinfectadas. Debe ofrecerse trasplante de órganos y acceso a la mejor calidad de cuidados y tratamientos a todas las personas con VIH y personas coinfectadas en toda Europa y en el resto del mundo.

CLAVE:

Agencias reguladoras o reguladores: Hace referencia a los organismos gubernamentales y sus representantes que se ocupan de proponer y aplicar las normas por las que se rigen los ensayos experimentales de un nuevo medicamento.

Comités de Seguimiento y Seguridad de los Datos (DSMB, en inglés): Grupo de personas expertas que velan por la seguridad de los participantes en un ensayo clínico.

Comunidad: En este contexto, el colectivo de personas que viven con VIH y hepatitis C y sus allegad@s, quienes les prestan servicios no sanitarios, y quienes defienden sus derechos e intereses.

Fase IIb: Periodo de la investigación clínica al final del cual se conoce habitualmente la dosis de un fármaco y sus datos básicos sobre eficacia y seguridad.

In vitro: En el laboratorio.

In vivo: En seres vivos, sean animales o humanos.

Interacción farmacológica: Posibilidad de que la toma de un fármaco afecte a otro que se toma de manera concomitante, o de que ambos se afecten entre sí.

Mejora histológica: En este contexto, efecto beneficioso de la medicación sobre el tejido del hígado sin llegar a eliminar la hepatitis C.

Patrocinadores: Organismos públicos (centros de investigación) o privados (compañías farmacéuticas) que impulsan el desarrollo clínico de un fármaco.

Respuesta viral sostenida: Eliminación del virus de la hepatitis C gracias al tratamiento.

Resistencia farmacológica: En este contexto, resistencia de un virus a la acción de los medicamentos.

FIRMANTES DE LA DECLARACIÓN:

•Massimo Puoti Università di Brescia, Italia•Raymond Schinazi Emory University, EE UU•Bruce Polsky St. Luke's-Roosevelt Hospital Center, EE UU•Tracy Swan TAG, EE UU•Wim Vandeveldt BoD EATG, Portugal•Carmen Tarrades Int. Comm. of Women Living w/ HIV/AIDS, Reino Unido•Miguel De Melo TRT-5, Francia•Jose M. Miró Meda Hospital Clínic Universitari, Barcelona, España•Diego García Morcillo FEAT, España•Joan Tallada gTt/EATG, España•David Ananiashvili Georgian Plus Group, EATG, Georgia•Stephan Dressler EATG/ECAB, Alemania•Svilen Konov HIV i-Base, Reino Unido•Luis Mendao GAT/EATG, Portugal•Christophe Palaggi UKCAB, Reino Unido•Siegfried Schwarze Projekt Information e.V., Alemania•Maxime Journiac EATG, Francia•Ana V. Balkandjieva Expert Board on HIV/AIDS, MoH, Bulgaria•Zdenek Kurka Credum, República Checa•Lucia Maria Stribu Terre des homes, Rumania•Giancarlo Condoleol-CAB / LILA, Italia•Annette Piecha Alemania•Maria José Clemnet Ferrazzano ABD, España•Udiarraga García Uribe Asociación Itxarobide, España•Juanse Hernández Grupo de Trabajo sobre Tratamientos VIH, España•Esther Inés Rodrigo Comité C. Anti-Sida Comunidad Valenciana, España•Ane Lasa Garmendía ACASGI, España•Ana Maria Lopez Zuñiga Asociación T4, España•María Lorenzo Brañanova, España•Paki Lucha Linares ACASGI, España•Marta Pastor Comisión Antisida de Bizkaia, España•Ramón Querol ARPAONG & ASAUPAM, España•Javier García-Ogara Ornilla Itxarobide, España•Begoña Bautista España •Olle Karlström EMEA, Suecia•Fernando De Andrés AEMPS/EMA, España •Laura Krönmeyer Schering-Plough, EE UU•Brass Clifford Schering-Plough, EE UU•Frank Duff Roche, EE UU •Eric Pelkmans Tibotec, Bélgica•Els Van Beirendonck Tibotec, Bélgica.

La hora del cambio

El objetivo de cualquiera terapia antirretroviral es reducir la carga viral hasta niveles indetectables durante el mayor tiempo posible, lo que contribuye, a su vez, a la recuperación del sistema inmunológico. Sin embargo, a veces, el régimen de medicamentos no consigue lograr su objetivo o no es tolerado por sus efectos secundarios y en esos casos se requiere llevar a cabo cambios en la terapia antirretroviral.

FRACASO DEL TRATAMIENTO

Cuando los medicamentos antirretrovirales que tomas dejan de funcionar como deberían se dice que se ha producido un fracaso de tratamiento. Tras analizar las causas del fracaso, tu médico podría proponerte un cambio de tratamiento. A la secuencia de los diferentes tratamientos antirretrovirales que una persona con VIH toma se conoce con el nombre de líneas de tratamiento.

Cuando se toma tratamiento antirretroviral por primera vez los cambios suelen ser frecuentes. Se dice que la duración media del primer tratamiento (o tratamiento de primera línea) suele ser de 1,6 años, pero para una misma combinación de medicamentos tomada por distintas personas en condiciones similares, la respuesta al tratamiento y su duración puede ser muy diferente en cada una de ellas.

QUE NO CUNDA EL PÁNICO

Si tu carga viral no se reduce de forma significativa mientras estás tomando la terapia antirretroviral o se mantiene detectable a un mismo nivel u incluso aumenta, la probabilidad de que descienda el recuento de células CD4 es mayor y, por consiguiente, aumenta el riesgo de experimentar síntomas de progresión de la enfermedad.

Mientras estás tomando tu régimen antirretroviral, las analíticas que te realicen durante todo este proceso te ofrecerán una idea bastante ajustada sobre el funcionamiento de la terapia; concretamente, el recuento de la carga

viral y el recuento de células CD4 son dos buenos marcadores para saber si el régimen antirretroviral está o no funcionando.

¿Cómo saber que la terapia no está funcionando a partir de los resultados de la carga viral y de los CD4? Tras descartar otros factores que podrían llevar también a un rebote puntual de la carga viral, podrían darse las siguientes situaciones de fracaso:

- La carga viral no está por debajo de las 50 copias/mL después de 12 semanas (tres meses) tras el inicio de la combinación, cuando al empezar este tratamiento la carga viral era igual o inferior a 100.000 copias/mL.
- La carga viral no está por debajo de las 50 copias/mL (indetectable) después de 26 semanas (seis meses) tras el inicio de la combinación, cuando al empezar este tratamiento la carga viral era superior a 100.000 copias/mL.
- La carga viral que era indetectable vuelve a estar detectable.
- Los CD4 no aumentan o disminuyen mientras se toma el régimen antirretroviral con independencia de la carga viral.

Una vez se hayan realizado los cambios de tratamiento oportunos, la probabilidad de que el nuevo régimen cumpla su cometido, es decir, lograr de nuevo la indetectabilidad viral (carga viral por debajo de 50 copias/ml), dependerá por un lado del número de medicamentos activos de la nueva combinación, y por otro, de que ésta resulte tolerable y fácil de cumplir para la persona que la toma.



¿POR QUÉ MI RÉGIMEN NO ESTÁ FUNCIONANDO?

Varias son las razones por las cuales un tratamiento deja de funcionar. Si lo deseas, tu médico debería informarte de por qué se debe cambiar el tratamiento. A continuación te detallamos cuáles son los principales motivos –que pueden ser uno o varios– y qué se puede hacer en cada escenario:

1. La combinación previa podría no haber sido lo suficientemente potente: Esto podría ocurrir cuando, por ejemplo, sólo están funcionando uno o dos fármacos del régimen antirretroviral, o cuando los tres medicamentos que forman la combinación no son muy potentes.

¿Qué hacer? Utilizar la combinación más potente posible. Tú médico y tú podéis explorar todas las posibilidades que tienes y cuál cuenta con más probabilidades de funcionar.

2. Tu cuerpo podría no absorber correctamente los medicamentos: Pese a que te tomas los medicamentos a su hora, el cuerpo no los puede absorber. La absorción se refiere a la cantidad de fármaco que el cuerpo absorbe y que llega al torrente sanguíneo tras tomarlo. Algunos medicamentos se deben tomar con el estómago vacío o lleno: no tenerlo en cuenta podría afectar a la absorción del fármaco por el cuerpo. Si, por ejemplo, vomitas bastante después de tomar el medicamento antirretroviral, esto podría afectar a la cantidad de fármaco que permanece en el estómago y es absorbida. La dosificación puede estar relacionada también con el peso, es decir que si tu peso está por encima o por debajo de la media, podrías necesitar un ajuste de dosis.

¿Qué hacer? Si es éste tu problema, puedes preguntar a tu médico por una prueba denominada control terapéutico de fármacos (CTF). Se trata de un test que mide cuánto medicamento es absorbido por tu cuerpo y así poder dar con la dosis apropiada para tu caso. Con los CTF se pueden medir los niveles de los inhibidores de la proteasa (IP), de combinaciones de dos IP, de los no análogos de nucleósido (ITINN) y probablemente de T-20 (Fuzeon®).

3. Tu virus podría haberse hecho resistente a algunos de los medicamentos de la combinación: Se trata de una de las causas más comunes y graves para cambiar de tratamiento. Como consecuencia de los cambios (o mutaciones) que se producen en la estructura genética del VIH cuando éste se copia a sí mismo, el virus se hace menos (o nada) sensible a algunos medicamentos de la combinación. Por otro lado, si una persona ha adquirido una cepa de un virus que ya es resistente a uno o varios medicamentos a través de relaciones sexuales desprotegidas o por compartir material de inyección de drogas, eso implica que si se utiliza ese fármaco, pese a no haberse usado nunca antes, no funcionaría y por consiguiente, sólo serían activos uno o dos de los antirretrovirales de la combinación.

¿Qué hacer? En este caso, se debería realizar una prueba de resistencias para saber a qué medicamentos tu VIH es sensible y en consecuencia, elegir los medicamentos más adecuados para tu caso. En la nueva combinación, se debería evitar el uso de medicamentos que tengan resistencia cruzada a los medicamentos de tu última combinación.

4. Podrías no estar tomando los medicamentos a su hora y en la forma adecuada: La adhesión, es decir la toma de los medicamentos siguiendo rigurosamente las pautas de prescripción, es tan importante como cualquier nuevo fármaco. Si te saltas con frecuencia las dosis de alguno o de todos los medicamentos de tu combinación previa, o te resulta difícil seguir las pautas o las restricciones dietéticas, sería interesante hallar un modo de no volver a repetir los mismos descuidos en la nueva combinación.

¿Qué hacer? En estos casos, se aconseja buscar ayuda profesional, ya sea en tu mismo hospital o en una ONG, donde te podrían ofrecer algunos consejos que te podrían facilitar la toma de tus tratamientos de la forma más adecuada posible a tus circunstancias particulares.

¿QUÉ MEDICAMENTOS CAMBIAR?

El cambio de tratamiento es un momento muy importante en la historia clínica de una persona con VIH. Conviene que la selección de los medicamentos del régimen antirretroviral se haga de forma rigurosa y en el momento adecuado con el fin de que la nueva combinación sea segura y eficaz y permita la adhesión óptima de quien la va a tomar durante el mayor tiempo posible.

En muchos casos, la decisión del cambio se respaldará en los resultados de una prueba de resistencia que permite elegir los medicamentos a los que el VIH todavía es sensible.

Combinaciones posibles en personas cuya primera terapia antirretroviral ha fracasado	
Combinación anterior	Combinación nueva
3 ITIN	2 ITIN + ITINN o IP/r ¹
	1 o 2 ITIN + ITINN + IP/r ¹
2 ITIN + 1 ITINN	2 ITIN + IP/r ¹
2 ITIN + IP o IP/r	2 ITIN + 1 NN
	2 ITIN + IP/r ^{1,2}
	1 o 2 ITIN + 1 ITINN + IP/r ^{1,2}

ITIN: inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido
 ITINN: inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido
 IP: inhibidor de la proteasa
 IP/r: inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir

1 La elección del inhibidor de la proteasa se debería realizar a partir de una prueba de resistencia.
 2 Si en la primera combinación se utiliza un IP/r y se produce un fracaso virológico precoz, es probable que no se detecten mutaciones en la proteasa. En este caso, deberían cambiarse los dos ITIN y se podría mantener el IP/r a no ser que exista intolerancia, toxicidad o problemas de adhesión.

REFERENCIAS:

- *Aidsmeds.com, When Should I Change My Treatments, and Which Drugs Should I Switch to?*, diciembre 2006.
- *I-Base, Changing treatment: second-line therapy and drug resistance*, febrero 2007.
- *GESIDA y PNS, Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional del Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por VIH*, enero 2007.
- *Polache Vengud, P., Cambios de antirretrovirales, Timely Topics in Medicine*, marzo 2007.

Cuando las opciones son limitadas

La finalidad y el manejo óptimo del tratamiento de rescate, es decir, el que se utiliza para tratar a las personas con VIH cuyo régimen ha fracasado al menos a dos líneas de tratamiento, fue uno de los temas principales del XIII Simposium Sitges 2007, que se celebró el 24 de marzo en Sitges (Barcelona) patrocinado por Laboratorios Roche. El Dr. David Cooper, director del Centro Nacional de Epidemiología e Investigación Clínica en VIH de Sydney (Australia), subrayó la importancia de conseguir la indetectabilidad viral también en personas con amplia experiencia en el uso de tratamientos y que se encuentran en situación de rescate.

Hace unos años, el objetivo virológico en personas multitratadas y con un alto nivel de resistencia a los fármacos era una reducción de al menos 0,5-1 log₁₀ de la carga viral por debajo de su nivel basal.

Ahora, las nuevas directrices de tratamiento, incluidas las recomendaciones españolas del Plan Nacional sobre el SIDA y GESIDA, reconocen que una alta proporción de personas con VIH ampliamente tratadas podrían conseguir la indetectabilidad viral.

Este nuevo cambio en los objetivos del tratamiento antirretroviral en personas multitratadas responde a los resultados de los ensayos clínicos de los nuevos medicamentos antirretrovirales recientemente comercializados o a punto de hacerlo (Fuzeon®, Aptivus® o Prezista®) o que están en las últimas fases de investigación (maraviroc o raltegravir), los cuales han sido diseñados para tener actividad contra virus resistentes a múltiples fármacos.

DOS ESCENARIOS

No todas las personas en tratamiento de rescate se encuentran en una situación similar. David Cooper y otros especialistas en VIH que intervinieron durante el XIII Simposio Sitges 2007 presentaron dos escenarios distintos: en el primero, personas con VIH a las que todavía se les puede confeccionar un nuevo régimen antirretroviral compuesto de al menos dos fármacos activos y otros antirretrovirales que aunque ya han sido utilizados conservan cierta actividad y son bien tolerados. En estos casos, el objetivo del tratamiento es la indetectabilidad viral por medio del uso de fármacos poten-

tes y de alta barrera genética (esto significa que al virus le cuesta mucho más hacerse resistente a estos fármacos), por ejemplo tipranavir o darunavir, y otros medicamentos antirretrovirales de barrera genética media o baja o bien reciclados.

Si se utilizaran a la vez dos antirretrovirales de barrera genética baja, el riesgo de que el virus escape a la presión de uno primero, y del otro después, desarrollando resistencias, es mayor. Por ello, siempre que sea posible, hay que evitarlo. Todavía más en el caso de maraviroc más otro medicamento de baja barrera genética, ya que maraviroc sólo funciona en personas cuyo virus tiene genotipo CCR5 y la prueba que lo establece no es fiable al 100%: maraviroc podría no servir sin que nos demos cuenta, y el otro antirretroviral estar en situación de monoterapia funcional. Si éste último es de barrera genética baja, el VIH se hará resistente con facilidad.

En el segundo escenario están las personas con VIH multiresistente a las que resulta imposible confeccionar un régimen TARGA potencialmente eficaz con los agentes antirretrovirales actualmente disponibles. Se trata del contexto más difícil dado que en muchas ocasiones el riesgo de progresión de la enfermedad y muerte supone una carrera contrarreloj. En estos casos, se recomienda confeccionar un régimen TARGA aunque sólo incluya un fármaco activo o parcialmente activo, ya que incluso tomando una terapia subóptima, que no consigue alcanzar la indetectabilidad viral, en una situación de inmunodeficiencia grave y riesgo de progresión de la enfermedad y muerte,



la introducción de un nuevo fármaco puede suponer un beneficio transitorio de la situación inmunológica del paciente. La mejor opción en un escenario como éste sería la introducción de un medicamento en experimentación que se encuentre en una fase avanzada de estudio y que pertenezca a una nueva familia de fármacos antirretrovirales a la que el VIH de la persona no sea resistente.

Es la opción más deseable, pero con frecuencia la menos factible, dado que la situación inmunológica y virológica de muchos pacientes no puede esperar al lento goteo de nuevos fármacos para el VIH.

Antirretrovirales y hormonas transexuales

En el número anterior de *LO+POSITIVO* no llegamos a tiempo de incluir este artículo sobre las interacciones entre la terapia antirretroviral y el tratamiento hormonal transexual, que os ofrecemos ahora. Pese a lo escaso de la información disponible, existen algunos pocos datos que pueden ayudar a orientar la toma de decisiones y reducir los riesgos de complicaciones en la salud o de trastornos en los niveles hormonales en las personas transgénero que viven con VIH.

La transexualidad es un estado de incoherencia entre el sexo biológico y el sexo psicológico que se caracteriza por un deseo completo e irreversible de ser parte del grupo sexual deseado. Para conseguirlo, las personas transexuales (o transgénero) buscan atención médica y/o apoyo entre pares, lo que conlleva la administración de hormonas y en ocasiones intervenciones quirúrgicas.

Tanto si se opta por operaciones de reasignación de sexo como si no, las personas transexuales necesitarán la toma regular de un tratamiento hormonal que vaya transformando su cuerpo con el objetivo de conformarlo al sexo deseado.

Las interacciones entre los fármacos antirretrovirales y el tratamiento hormonal transexual han sido muy escasamente estudiadas. Si bien existen datos bien conocidos de la interrelación entre las píldoras anticonceptivas basadas en combinados estroprogestativos y la medicación para el VIH, apenas sabemos nada de los efectos mutuos entre ésta y los diferentes tratamientos hormonales que se prescriben a las personas transexuales, ya sean estrógenos, antiandrógenos o andrógenos.

Y razones hay para investigar, ya que las personas transexuales o transgénero con VIH requerirán un abordaje terapéutico en el que se consideren las posibles alteraciones de los niveles hormonales, además de anomalías en el metabolismo de las grasas y de los azúcares (efectos que pueden acumularse con las que causan directamente los antirretrovirales), el riesgo de tromboembolismo (obstrucción de las arterias) y de toxicidad hepática. Además, habría que tener en cuenta que los riesgos aumentan debido a la práctica frecuente de la automedicación, lo que implica el empleo de productos y de dosis inapropiados.

Las hormonas pueden interactuar con la medicación del VIH que incluya fármacos de las familias de los inhibidores de la proteasa (IP) y de los no análogos de nucleósido (ITINN).

Tratamientos hormonales e interacciones

Antes de la cirugía de reasignación de sexo, el objetivo del tratamiento hormonal es iniciar la transformación del organismo con el objetivo de conformarlo con el sexo deseado. Después de la intervención quirúrgica, el tratamiento hormonal, además de seguir con el proceso de transformación, es necesario para preservar la integridad ósea y prevenir las complicaciones cardiovasculares posteriores.

Las hormonas pueden interactuar con la medicación del VIH que incluya fármacos de las familias de los inhibidores de la proteasa (IP) y de los no análogos de nucleósido (ITINN). Esto es así porque esos medicamentos y las hormonas (estrógenos naturales, ciproterona, testosterona) compiten por utilizar la misma vía hepática de metabolización, la del citocromo CYP 3A4 P450. Por ello, al igual que pasa con el etinilestradiol (anticonceptivo oral), puede haber fluctuaciones en los niveles hormonales tanto en defecto como en exceso.

Si una persona transexual con VIH está tomando tratamiento hormonal y va a empezar terapia antirretroviral que incluya un medicamento que se metaboliza por el citocromo P450, conviene hacerlo con precaución. Además, resulta más seguro utilizar al principio dosis bajas de estrógenos naturales y de CPA (ciproterona acetato) en las mujeres transexuales y de testosterona en los hombres transexuales. En mujeres, es crucial sobre todo monitorizar los niveles plasmáticos de estradiol, con el objetivo de alcanzar un nivel igual o superior a 60 picogramos por ml: ése es el nivel mínimo para prevenir la pérdida ósea y garantizar la protección cardiovascular, y a la vez permitir una feminización adecuada. En cambio, ni CPA en dosis de 50ml diarios ni la testosterona a la dosis habitual –cualquiera que sea la vía de administración– suponen mayor problema.

Además de los antirretrovirales, existe un amplio abanico de fármacos para otras enfermedades asociadas a vivir con VIH que también pueden alterar el citocromo P450: rifampicina, rifabutina, ketoconazol, antiepilépticos, metadona, glitazonas y estatinas; y compuestos orgánicos, como el hipérico o Hierba de San Juan. En caso de que necesites o quieras tomar uno de estos productos, conviene observar las mismas precauciones que con los IP o los ITINN.

Trans-G Recursos para personas transgénero

Servicio de la prueba del VIH y otras ITS Orientación jurídica Educación Social y Sanitaria c/Sant Rafael, 16. Barcelona Tf: 933177059 Horario de 10 a 17 horas.



Acumulación de efectos adversos

Tanto la terapia para el VIH como el tratamiento hormonal tienen efectos secundarios en el metabolismo, y pueden dar lugar a tres tipos de problemas en común: anomalías en la glucosa, alteraciones de lípidos y complicaciones derivadas de trombosis.

Tanto los inhibidores de la proteasa como la toma de testosterona, etinilestradiol y de CPA se asocia con un mayor riesgo de resistencia a la insulina, que si no se maneja bien puede derivar en diabetes. En el caso de que los parámetros metabólicos de la glucosa superen los niveles normales, conviene considerar el uso de antidiabéticos orales o llegado el caso de insulina. Como hemos dicho, hay que tener en cuenta no obstante que algunos de estos antidiabéticos (gli-tazonas) interactúan con la terapia hormonal.

En cuanto a las alteraciones lipídicas, se ha hallado que la administración de CPA y etinilestradiol suponía un aumento de los triglicéridos, de la presión arterial, de la grasa visceral y subcutánea, además de un descenso en el tamaño de las partículas de LDL (colesterol "malo") y de la sensibilidad a la insulina, todo ello perjudicial para el corazón. En cuanto a la testosterona, se ha visto que también incrementa los niveles de triglicéridos, lo que conlleva un riesgo de pancreatitis. Varios medicamentos utilizados para el VIH también causan estos efectos adversos, por lo que el uso combinado

de terapia antirretroviral y hormonal transexual puede incrementar el riesgo. En este escenario, resulta más seguro el empleo de estrógenos naturales por vía percutánea (a través de la piel) ya que las alteraciones metabólicas son menores que por vía oral, y hacerlo a las mismas dosis que se administran en el tratamiento de sustitución hormonal tras la menopausia.

Por último, hay que considerar las complicaciones tromboembólicas (obstrucción de las arterias provocada por un trombo o coágulo de sangre) que pueden derivar en riesgo para la vida y son típicas del tratamiento hormonal con etinilestradiol por vía oral (frente al 17 beta estradiol por vía percutánea). Las mujeres transexuales que tomen este tratamiento oral están en mayor riesgo de experimentar una trombosis; por el contrario, los hombres transexuales que toman testosterona tienen un riesgo disminuido gracias al efecto antitrombótico de esta sustancia.

En resumen

Todavía tenemos muy poco conocimiento sobre las interacciones y complicaciones que se derivan del uso de tratamiento hormonal y de terapia antirretroviral en personas transexuales que viven con VIH.

Es importante ofrecer un seguimiento multidisciplinar y cercano para manejar las interacciones multidireccionales (altibajos en los niveles de hormonas) y los efectos adversos, especialmente cuando se toman medicamentos para el VIH de la familia de los inhibidores de la proteasa o de los no análogos de nucleósido. Los datos muestran que es preferible utilizar 17 beta estradiol por vía percutánea, y en la medida de lo posible, es conveniente evitar el etinilestradiol oral en personas con riesgo de dolencias cardiovasculares. En caso de diabetes o de subida de triglicéridos, se pueden explorar tratamientos específicos recordando que también suelen a su vez interactuar con la medicación del VIH y las hormonas.

En ciertos contextos, se puede plantear un cambio del régimen antirretroviral pensando en no comprometer su eficacia y que se pueda seguir manteniendo la carga viral lo más baja posible.

Es responsabilidad de la atención sociosanitaria y comunitaria acompañar a las personas transexuales en su proceso de feminización o masculinización, manteniendo la salud, por medio de la inhibición de la replicación del VIH y la evitación de complicaciones a corto (tromboembolias) o a largo plazo (dolencias cardiovasculares).

REFERENCIAS:

- Dr. Nicolas Hacher. *Texte du colloque d'Act Up Paris sur Trans et VIH. Act Up Paris, mayo 2006.*

Los retos de la vacuna del virus del papiloma humano

1ª Parte

Con aproximadamente 493.000 nuevos casos cada año, el cáncer del cuello del útero es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres en el mundo entero. En Europa mueren cada día 40 mujeres por su causa. Se estima que el 70% aproximadamente de estos cánceres se relaciona con la presencia del virus del papiloma humano (VPH). El descubrimiento reciente de una vacuna capaz de prevenir la progresión de esta infección hacia lesiones graves es, pues, un gran avance en el control de esta infección en las mujeres. Pero existen varios aspectos que se han de tomar en cuenta para introducirla en nuestros sistemas de salud.

El VPH: UN VIRUS QUE PUEDE CAUSAR CÁNCER

El término virus del papiloma humano (VPH) se refiere en realidad a toda una familia de virus que pueden transmitirse por vía sexual, pero en ciertos casos también a través del contacto con la piel. Algunos de los 100 subtipos del VPH existentes causan verrugas genitales y anales que pueden progresar hacia cánceres. La infección con los subtipos 16, 18, 31, y 33, en particular, es un factor de riesgo significativo del desarrollo de cáncer del cuello del útero en mujeres, o cáncer anal tanto en los hombres como en las mujeres. Los subtipos 16 y 18 son la causa más común de la aparición de lesiones precancerosas de alto grado, y el subtipo 16 del VPH también se ha relacionado con lesiones y cánceres en la boca y la garganta, sobre todo en las personas que viven con VIH.

Es posible detectar la infección por VPH con un simple análisis de sangre. Si el examen revela la presencia del virus, en particular los subtipos 16, 18, 31 y 33, es importante realizar pruebas frecuentes de citología (Papanicolaou) para comprobar que no existen verrugas, cambios celulares, o lesiones escamosas intraepiteliales del cuello del útero, también llamadas neoplasia intraepitelial cervical (NIC), que podrían convertirse en enfermedades más graves, como cánceres. En todo caso, tener el VPH no significa que necesariamente aparecerán lesiones precancerosas o cáncer cervical. Además, también pueden existir lesiones precancerosas sin presencia del VPH.

Se recomienda a las personas que viven con VIH que se realicen estas pruebas más frecuentemente, cada seis meses preferentemente, puesto que se ha observado que los cánceres anales y de útero son más frecuentes en las personas con VIH que en la población general.

VACUNAS: EFICACIA NO ES EFECTIVIDAD

La reciente aprobación de dos vacunas capaces de prevenir la aparición de enfermedades anogenitales relacionadas con el VPH ha levantado expectativa sobre cómo mejorar el control de la progresión de este virus hacia estados más avanzados. Las vacunas en cuestión son Gardasil® (para los



subtipos 6, 11, 16 y 18) de los laboratorios Merck y Cervarix® (subtipos 16 y 18) de GlaxoSmithKline. Estos compuestos han mostrado un altísimo nivel de eficacia, cerca del 95%, en la reducción del desarrollo de verrugas anogenitales y la progresión hasta lesiones precancerosas en miles de mujeres que no tenían estos subtipos del VPH al entrar en el estudio.

A la luz de estos resultados, ambas vacunas han sido aprobadas en EE UU para su uso en niñas y mujeres. De hecho, las autoridades estadounidenses recomendaron incluirlas en el calendario de vacunación infantil y administrarlas a todas las niñas tan pronto como sea posible antes del inicio de la actividad sexual (entre 11 y 12 años, e incluso tan temprano como a los 9 años). Esta recomendación, que se basa en el hecho de que la mayoría de las infecciones por VPH ocurre muy poco tiempo después del inicio sexual, ha generado un malestar entre algunos grupos de padres en este país. Éstos se negaron en un principio a que una vacuna contra una infección de transmisión sexual (ITS) se administrara a sus hijas pequeñas, pues lo interpretaron como aceptar que éstas pudieran tener relaciones sexuales a una edad tan temprana. Ésta sin embargo no ha sido la tendencia general y la mayoría de los padres interrogados en una encuesta sobre si aceptarían que se les administrara una vacuna contra una ITS como el VPH a sus hijas pequeñas, reconocieron los posibles beneficios de esta vacuna.

En Europa, la vacuna está disponible en todos los países de la Europa de los 15 (el conjunto de países de la UE anterior a la ampliación al Este), salvo en España, aunque se espera que lo esté en un plazo de seis meses (véase la 2ª parte de este artículo en el próximo LO+POSITIVO).

Gardasil® y Cervarix® son las dos primeras vacunas especialmente diseñadas para prevenir cánceres causados por un virus. Sin lugar a dudas se trata de un gran avance en el área de la prevención de enfermedades mortales, aunque existe una serie de preguntas que se han de tomar en cuenta a la hora de evaluar el impacto de este nuevo hallazgo en la vida real. Una de ellas es que la efectividad de estas vacunas se ve limitada por dos factores esenciales: primero, estas sustancias sirven solamente para algunos de los subtipos del VPH y aunque éstos son los que más se relacionan con la morbilidad asociada al VPH, existen otros subtipos que también provocan lesiones precancerosas anogenitales; segundo, puesto que la eficacia de estas vacunas se reduce significativamente cuando se administran en mujeres que ya presentan subtipos del VPH, es importante vacunar a las niñas a una edad muy temprana, antes de las primeras relaciones sexuales, lo que no siempre es factible (además sería necesario saber cuándo empieza la actividad sexual de las niñas y mujeres, y esto puede variar en función de los países y los contextos). Tampoco se sabe si estas vacunas permitirán reducir el riesgo de desarrollar cánceres en la boca, la garganta, el cuello, y la cabeza, e incluso las amígdalas, zonas del cuerpo que cada vez más que se relacionan estrechamente con la presencia del VPH. Tampoco se sabe nada sobre su efecto en los cánceres anales.

Pero esto no es todo. En realidad es difícil demostrar la eficacia de una vacuna contra cualquier cáncer provocado por un virus, puesto que puede pasar mucho tiempo entre la infección por el virus y el desarrollo de lesiones graves y cánceres. Por esta razón, la evaluación de la eficacia de las vacunas recientemente aprobadas se ha basado en indicadores tales como la aparición de lesiones de alto grado (NIC-2 y NIC-3) que pueden hacer prever una evolución hacia un cáncer. Pero, ¿cuál será la eficacia de estas vacunas a medio y largo plazo? ¿Será necesario volver a vacunar, y a partir de cuánto tiempo?

LOS EFECTOS ADVERSOS Y LA HISTORIA NATURAL, TODAVÍA DESCONOCIDOS

La cuestión de la seguridad es otra que se ha de contemplar con minuciosidad. Todavía se desconocen los efectos adversos de la vacuna a largo plazo. En este sentido, también es preocupante el comunicado del pasado mes de mayo de un grupo de interés público estadounidense llamado Judicial Watch, que tras analizar datos provistos por la Agencia Estadounidense del Medicamento y los Alimentos (FDA, en sus siglas en inglés) sobre Gardasil® generó una fuerte controversia al informar que habían relacionado la vacuna de Merck con la muerte de tres mujeres (por coagulación sanguínea) y más de cien casos de parálisis, ataques de apoplejía, abortos espontáneos y problemas de desarrollo del feto en mujeres embarazadas, entre otros acontecimientos adver-

La introducción de la vacuna del VPH en los sistemas de salud deberá tomar en cuenta el peso de la enfermedad en esa población, las infraestructuras sanitarias, y la capacidad para iniciar y mantener un programa de inmunización para las niñas y adolescentes.

sos. Aunque la FDA y el laboratorio declararon que estos casos no están relacionados con la vacuna, es importante saber más sobre qué pasó realmente con estas mujeres.

También es importante recordar que desconocemos el impacto de la vacuna en la historia natural del VPH. No sabemos si al suscitar una respuesta inmunológica específica sobre determinados subtipos del virus, otros podrían emerger con fuerza para ocupar su lugar. Por ello, una mujer vacunada no estará exenta de seguimientos de control en el futuro.

COSTE VERSUS EFICACIA

Finalmente, está la cuestión de la relación coste-eficacia de esta estrategia en comparación con las estrategias actuales. El precio actual de Gardasil®, por ejemplo, unos 350 euros para las tres dosis recomendadas, es inabordable para muchos países donde el sistema público de salud está saturado, como es el caso de muchos países en Europa. Además, y al menos hasta que se mejoren estas vacunas aumentando su efectividad e incluyendo otros subtipos importantes del VPH, no se reduciría de forma significativa el coste del abordaje integral de esta infección pues seguiría siendo necesario un control regular de la infección. Es importante tomar en cuenta, no obstante, que en los casos donde estos controles no se efectúan por falta de acceso a los servicios de salud o por cualquier otro motivo, la administración de estas vacunas tendrá un papel significativo dentro de una estrategia de reducción de riesgos.

Si bien en las regiones más pobres se está pensando en mecanismos para dar acceso a estas vacunas de forma casi gratuita, todavía no se sabe si será posible.

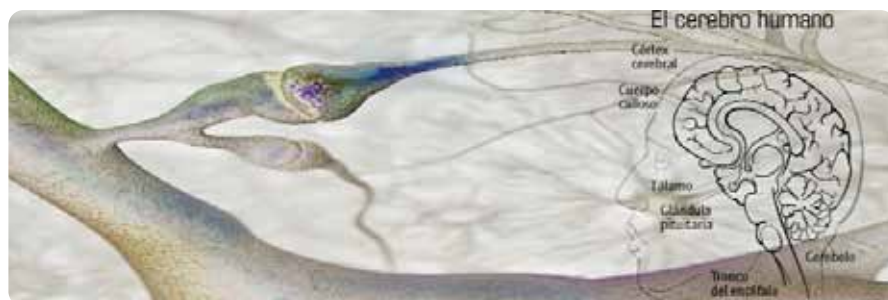
Seguramente, y a la luz de todos estos aspectos, el debate sobre la introducción de la vacuna del VPH en los sistemas de salud de cualquier país deberá tomar en cuenta el peso de la enfermedad en esa población, las infraestructuras sanitarias, y la capacidad para iniciar y mantener un programa de inmunización para las niñas y adolescentes. También intervendrán factores como la relación coste-eficacia de esta estrategia, sobre todo en contextos donde los recursos para la salud pública son limitados, pero también la aceptación social y cultural, la voluntad política y el apoyo público.

REFERENCIA:

- Este artículo se basa en mayor parte en estudios y editoriales publicados en la revista *New England Journal of Medicine*.

Mala cabeza

José Muñoz-Moreno es psicólogo con formación en psicología clínica y de la salud. Actualmente trabaja en la Fundació de Lluita contra la SIDA del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona), en la Unidad de VIH y también en l'Associació Catalana per al Parkinson. Atiende a las personas que se visitan en la unidad de VIH de su hospital y es responsable de varias líneas de investigación relacionadas con los cambios neurológicos, alteraciones de la personalidad y adhesión a los tratamientos antirretrovirales. También se dedica a la docencia colaborando con diferentes universidades catalanas.



te controlar todo este tipo de variables que también influyen en las personas con VIH.

LMP: ¿Cuáles son las causas del DNC asociado al VIH?

JMM: Hoy día sabemos que el VIH es una causa directa del DNC. De hecho, ésta es una de las pocas complicaciones de las que se sabe que está directamente relacionada con el VIH. Se ha demostrado que desde las primeras semanas de la infección el virus penetra en el SNC.

Algunos estudios hoy muy de moda, están haciendo mediciones de carga viral en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y se está encontrando que los niveles son mucho más elevados que los encontrados en el plasma sanguíneo. Esto significa que el VIH mantiene una actividad mayor en el SNC, lo que posiblemente tiene como consecuencia el DNC.

LMP: ¿Tienen los fármacos anti-retrovirales alguna relación con el DNC?

JMM: Sí, pueden tenerla, pero en un sentido positivo. Lo que ocurre es que el beneficio causado por los fármacos es mucho menor del esperado, debido a la escasa protección que ejercen sobre el SNC. Esto se debe a que los antirretrovirales no atraviesan bien la barrera hematoencefálica, algunos más y otros menos.

LMP: El DNC, ¿es reversible? Tras la recuperación inmunológica, ¿las personas pueden mejorar el rendimiento?

JMM: Existen dos hipótesis en relación a esto. Por un lado, se ha visto

LO+POSITIVO: ¿Cómo se define el deterioro neurocognitivo (DNC) asociado al VIH?

José Muñoz-Moreno: La definición más usada actualmente es la que considera el DNC como la interferencia en la actividad diaria de la persona, en relación con alguna área cognitiva o motora. Esto significa que las personas experimentan limitaciones en su vida diaria a causa de un empeoramiento en algunas de sus capacidades intelectuales y en algunos casos también motoras. Esto no ocurre en todas las personas ni evoluciona tampoco en todas de la misma forma.

En los casos más leves, las personas no tienen conciencia de un rendimiento menor. Sin embargo, cuando nosotr@s pasamos los test, sí observamos un empeoramiento en algunas capacidades. En estos casos hablamos de DNC asintomático.

Cuando además la persona tiene dificultades en su vida diaria a causa de un peor funcionamiento, hablamos de síndrome cognitivo motor menor. Finalmente, cuando el deterioro es muy grave, afecta a muchas de las capacidades de la persona y causa grandes limitaciones en la vida diaria nos referimos a demencia.

LMP: ¿Cuáles son los síntomas del DNC?

JMM: El DNC asociado al VIH afecta a 7 funciones cognitivas: la atención y la memoria a corto plazo (también llamada memoria de trabajo), la memoria a largo plazo, el aprendizaje, la velocidad en el procesamiento de la información, la función motora, la afluencia verbal y el funcionamiento ejecutivo (la capacidad de iniciación, planificación y de resolver tareas nuevas).

En lo cotidiano, la mayoría de las personas refieren dificultades para mantener la atención y para concentrarse, pérdida más o menos acusada de memoria, dificultades para la retención de nuevos datos, entecimiento mental, dificultades para encontrar las palabras con las que expresarse o para encadenar pensamientos y hacer razonamientos lógicos.

Es importante añadir que el DNC es un cuadro un tanto difuso y que a veces aparece muy enmascarado por otros factores psicológicos, físicos o situacionales, como podrían ser la depresión o el consumo de sustancias tóxicas, o incluso las expectativas conductuales que presenta la persona. En la actualidad, es sumamente importan-

que las áreas cerebrales afectadas cuando una persona se encuentra muy comprometida inmunológicamente quedan dañadas permanentemente. Según la segunda hipótesis, una vez que los antirretrovirales consiguen frenar la replicación viral y el sistema inmunológico se recupera, la persona podría mejorar pero más lentamente y quizás sólo en parte. No se sabe aún si la afectación causada por el VIH en el cerebro es reversible y en qué medida lo es, no lo sabemos todavía.

LMP: ¿Algunas personas tienen una mayor predisposición que otras a desarrollar DNC?

JMM: Sí, y además hoy se conocen nuevos factores de riesgo para el desarrollo del DNC. En primer lugar, la edad, además del uso de drogas y la depresión. La escolarización también influye y las personas que no la han recibido se encuentran más expuestas al desarrollo del DNC. Por otro lado, existen factores genéticos por los que el SNC de algunas personas está más o menos protegido. Actualmente se está ampliando el número de factores de riesgo y el CD4 nadir es uno de ellos. En nuestro centro realizamos un estudio en el que hemos visto que las personas con un nadir más bajo tienen tendencia a presentar una mayor afectación neurocognitiva. De hecho, las recomendaciones actuales aconsejan iniciar lo más tempranamente posible el tratamiento, puesto que se trata de preservar al máximo el SNC, también es importante mantener el tratamiento el máximo tiempo posible y por el mismo motivo, se podrían desaconsejar en un futuro próximo las interrupciones de tratamiento.

La coinfección con hepatitis C es otro factor de riesgo importante para el desarrollo del DNC. La hepatitis C también afecta al SNC y en el caso de la coinfección con el VIH el daño se suma. El DNC en el caso de la coinfección VHC/VIH es un tema que cobra hoy mucha importancia y sobre el que hay mucho por investigar.

LMP: ¿Qué se puede hacer para paliar el DNC?

JMM: Por el momento, sólo los tratamientos para el VIH han mostrado tener un efecto beneficioso sobre el SNC, y aunque la protección es parcial e insuficiente, es lo que tenemos hoy.

Por otro lado, contamos con la rehabilitación cognitiva. En nuestro centro realizamos un estudio en el que tratamos de ver los efectos tras la aplicación de estos programas. Los resultados fueron más bien pobres y los cambios en los pacientes muy modestos. Por este motivo y porque los programas han de realizarse de forma bastante sistemática, la gente no se encuentra muy motivada.

LMP: ¿Hay algo que la gente pueda hacer en su casa para mejorar el rendimiento intelectual?

JMM: Es importante mantener el máximo de actividad cognitiva, se pueden hacer muchas cosas para ello: leer, calcular, hacer sudokus, pasatiempos, usar el ordenador. Algunos juegos de consola también estimulan la velocidad de procesamiento de la información, incluso ver la televisión puede ayudar.

LMP: ¿Existen fármacos para tratar el DNC?

JMM: No contamos aún con esos fármacos. Actualmente, se están investigando algunas sustancias que en el futuro podrían servir para mejorar este problema, pero aún no existen resultados definitivos. Algunas estrategias de mejora probablemente se apliquen gracias a beneficios demostrados en otras patologías, y con fármacos o sustancias naturales similares a las que usan en otras enfermedades o síndromes con sintomatología similar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Muñoz-Moreno JA, et al. Benefits of a Cognitive Rehabilitation Program on Neurocognitive Impairment in HIV-Infected Patients. Preliminary Findings. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2007, 13 (1), Supplement S1: 19.
- Muñoz-Moreno, JA et al. Differences in Neuropsychological Functioning between HIV+ and HIV+/HCV+ Infected Patients. *The 3rd IAS Conference on Pathogenesis and Treatment, Rio de Janeiro, 24-27 July 2005, Abstract TuPe1.1C35.*

GLOSARIO:

Actividad cognitiva: Funciones mentales, implican el pensamiento, el lenguaje, la memoria, la capacidad de planificación, el razonamiento lógico o la abstracción.

Sistema nervioso central (SNC): Está formado por el cerebro y la médula espinal. El SNC cumple funciones relacionadas con el análisis de la información proporcionada por los sentidos, las operaciones mentales superiores (como el lenguaje y el pensamiento) o el control del movimiento.

Líquido cefalorraquídeo (LCR): líquido que se encuentra en todo el SNC y que cumple funciones de protección, eliminación de residuos o intercambio de sustancias químicas.

Función motora: acciones que se procesan en el SNC y que rigen el movimiento corporal coordinado, como andar o subir y bajar escaleras.

Barrera hematoencefálica: Capa de células que envuelve el SNC y que funciona como un filtro que permite el paso de oxígeno y nutrientes pero que impide la entrada de sustancias tóxicas. La barrera hematoencefálica actúa como un obstáculo para muchos fármacos que tratan enfermedades localizadas en el SNC, puesto que estos medicamentos tienen dificultades para llegar al cerebro en las cantidades necesarias para ser efectivos. Éste es el caso de la mayoría de los antirretrovirales para el VIH y de los fármacos para tratar la meningitis o la malaria, por ejemplo.

Nadir: (de CD4) Nivel más bajo. Habitualmente, número de CD4 más bajo que una persona haya tenido nunca durante un periodo determinado o bien a lo largo de su historial médico.

Rehabilitación cognitiva: Programas de ejercicios que estimulan funciones intelectuales específicas con la finalidad de mejorar los déficit causados por el DNC.

ConTacto

Para responder a un contacto:

- 1.º Introduces tu carta dentro de un sobre, le pegas un sello con franqueo suficiente y escribes a lápiz en el sobre el n.º de referencia del contacto que deseas responder.
- 2.º Metes el sobre dentro de otro y nos lo mandas a la dirección de gTt: c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona. Nosotr@s se lo haremos llegar al/a la interesad@.

Los contactos más recientes están disponibles en:
www.gtt-vih.org/participa/contactos_personales

Ref: 663

Edu, 49 años, VIH+ asintomático e indetectable, en tratamiento desde hace 9 años. Gay pasivo. Me gustaría conocer a hombre varonil en mi misma situación a ser posible activo. E-mail: edi753@hotmail.com.

Ref: 664

Gilda, 37 años, VIH+ desde hace 20 años. Me gustaría compartir la vida cotidiana con todo el que quiera. Argentina. E-mail: gilda-buenosaires@yahoo.com.ar

Ref: 665

Jordi, 71 años, 1,78m, 80Kg, VIH+. Cariñoso, limpio, buena presencia. Me gustaría conocer a señores para una buena amistad o más. No importa edad. Provincia de Barcelona.

Ref: 666

Domingo, 36 años, 1,68m, 67Kg, gay, VIH+. Me gusta viajar, el cine, la música. Me gustaría conocer gente honesta, divertida y con buen rollo. Girona.

Ref: 667

Alba, 35 años, belleza rubia, transsexual, VIH+. Soy dulce y súper femenina. Deseo conocer a hombre de mi edad para compartir amor, paz y felicidad. Girona.

Ref: 668

Pedro, gay, VIH+, casero, activo, liberal, tolerante, monógamo. Me gusta la literatura, escritura, pintura, cocina. Me gustaría encontrar a alguien que sea libre, sin presiones conservadoras y caducas. Barcelona.

E-mail: iru948@gmail.com

Ref: 669

Andrés, 32 años, gay, VIH+, colombiano. Me gustaría conocer a hombres inteligentes para hablar y ayudarnos mutuamente o para una relación. E-mail: colombianito-1974@hotmail.com

Ref: 670

Manuel, 43 años, VIH y VHC indetectable. Sincero y cariñoso, no me gusta la soledad, ni los engaños. No me gustaría acabar solo. Escribeme. Barcelona.

Ref: 671

Juan, gay, 47 años. Rubio con ojos azules, complexión normal. Amable, divertido y muy cariñoso. Busco a persona seria para formar pareja o intentarlo. Sevilla. E-mail: canodromo45@hotmail.com

Ref: 672

Jose, 38 años, VIH+, tomo metadona y estoy preso. Atractivo, moreno, 1,77m, 80Kg, sincero, simpático y cariñoso. Deseo conocer a mujeres de 28 a 42 años con la mente sana y ganas de vivir.

Ref: 673

Esteban, 33 años, heterosexual, vasco. Sano y deportista, me encanta la naturaleza. «La vida es un regalo más bonito compartido.» Arechavaleta.

Ref: 674

Héctor, 39 años, VIH+. Me gustaría conocer a mujer de 30 a 40 años, tengo predilección por las africanas, que quiera compartir una vida

sana y con ilusión. Algeciras. E-mail: cocoloco31@terra.es. Teléfono: 956 092 708.

Ref: 675

Soledad, 41 años, soltera, VIH+ indetectable. Busco a hombre heterosexual de 41 a 47 años. Enviadme foto. Sólo para relación estable. Las Palmas.

Ref: 676

Chico 1,86m, 90Kg, VIH+. Pasivo, sin vello, simpático, tierno aunque con carácter, apasionado. Busco a amigo activo de Madrid para amistad o lo que surja, que me dé mimos si se tercia. E-mail: altotepasiv@hotmail.com.

Ref: 677

Rafael, 65 años, VIH+, con paga para vivir dos personas. Busco a señora fiel, sincera y hogareña, que le guste la naturaleza. Para terminar la vida juntos. Teléfono: 687 474 188.

Ref: 678

Chico, 36 años, gay, VIH+, portugués. Busco amistad o lo que surja. Madrid. E-mail: tespero@yahoo.es.

Ref: 679

Mujer, 42 años, canaria, heterosexual, VIH+ indetectable. Busco a hombre similar para relación estable. Mandad foto.

Ref: 680

Julio, 34 años, preso por poco tiempo. Busco amistad con chicas sin límite de edad, para posible relación seria. Prometo contestar a todas.

Para poner un contacto:

- 1º Escribe un texto no superior a 30 palabras junto con tus datos postales, para que podamos enviarte las respuestas.
2º Nos lo mandas a la dirección de gTt: c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona

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

Ref: 681

Chico, 37 años, 1,75m, 70Kg, moreno, atlético, VIH+ indetectable y asintomático. Privado de libertad. Deseo cartearme con mujeres de 30 a 40 años, para empezar una bonita amistad.

Ref: 682

Patxi, 44 años, deseo establecer amistad o similar por correo postal o electrónico, con personas sensibles e inteligentes, para comunicarnos. E-mail: ptx36@hotmail.com.

Ref: 683

Mamen, 42 años, VIH+. Desearía conocer a gente en mi misma situación para posible amistad. Vivo en Andalucía. E-mail: mamen2007@hotmail.com.

Ref: 684

Chico, 30 años, gay, VIH+. Me gustaría conocer a gente para establecer amistad o encontrar pareja, me siento muy solo y tengo mucho que ofrecer. E-mail: templaito@hotmail.com.

Ref: 685

Transexual española, aparente 28 años, VIH+, indetectable. Deseo relación estable con chico de 38 a 48 años de Valencia y Provincia preferiblemente. E-mail: mujer-transexual@hotmail.com.

Ref: 686

Chico, 54 años, VIH+. Muy solo. Me gustaría contactar con una chica que me entienda, para amistad y posible relación estable. Albacete.

Ref: 687

Chica, 42 años, VIH+, llevo vida sana, soy sincera y con sentido del humor. Me gustaría conocer a chico para poder hablar. Espero respuesta. E-mail: tonina03@hotmail.com.

Ref: 688

Pablo, 50 años (aparente menos), VIH+ desde hace 1 año. Aprendiendo a vivir así, desearía encontrar a hombre en la misma situación, para compartir todo lo aprendido. Amante de los animales. E-mail: ovatorres@hotmail.com.

Ref: 689

Santiago, 44 años, VIH+ reciente. Naturalista, sano me gusta viajar. En excelente estado físico y económico. Busco relación con gays afines. Vivo en Girona. Espero tu respuesta.

Ref: 690

Hombre hetero, 36 años, 1,73m, 73Kg, VIH+ indetectable. Bien física y mentalmente. ¿Por qué solos? Si escribes sida con V, escíbeme. Cantabria.

Ref: 691

Chico, alto, guapo (dicen), cariñoso, sensible, muy fiel y discreto. Busco relación estable para poder amar y ser amado. Zona costera de Almería. Teléfono: 667 071 201. Felipe.

Ref: 692

Rosa Mª, luchadora nata, 57 años, VIH+, voluntaria de Ávacos en Valencia. Quiero acabar con la discriminación hacia las personas seropositivas. ¡Adelante chicas! Poneos en contacto conmigo. E-mail: yentl.50.25@hotmail.com.

Ref: 693

Chica sanota, 39 años. Me gusta la naturaleza, el mar, viajar, disfrutar de la vida. Busco a chico sincero para algo más que una amistad. Bilbao. E-mail: sorgintxu2@hotmail.com.

Ref: 694

Chica peruana, 26 años, dicen guapa, tranquila, alegre, cariñosa,

fiel, noble y humilde. No bebo ni consumo drogas. Me gusta el cine, la música, la naturaleza y la vida familiar. Busco a mi media naranja para entablar relación. E-mail: kalieskalor@hotmail.com.

Ref: 695

Jorge, 38 años, buen cuerpo, 1,80m, masculino, VIH+. Desde la Habana (Cuba). E-mail: johanna_chb@yahoo.es.

Ref: 696

Enrique, 42 años, VIH+, 1,76m, moreno, ojos verdes azulados. Me gusta charlar y lo que surja. Santa Marta de Tormes.

Ref: 697

Hombre, 40 años, VIH+, cariñoso, masculino. Busco similar de entre 35 y 50 años, a ser posible que sea "oso". Mandarme foto. Zona de contacto Murcia, Benidorm o cerca de Alicante.

Ref: 698

Hombre, 44 años, VIH+ asintomático, bien cuidado, 1,78m, 76Kg, moreno. Tengo buen carácter y soy respetuoso. Actualmente en prisión con permisos. Busco a mujer.

Ref: 699

Paul, 35 años, gay, varonil, pasivo, VIH+. Culto, simpático. Busco hombre varonil, activo, para hacerme compañía y formar una familia. Lima (Perú). E-mail: rodionromanovichraskolnikov@gmail.com.

Ref: 700

Chica, 38 años, VIH+ asintomático, simpática y extrovertida. Me gusta la lectura, la música, el cine y pasear por el monte. Deseo conocer a gente maja sin malos rollos, para amistad y lo que surja. Preferiblemente de Guipuzkoa y alrededores. E-mail: harribeltza@euskalnet.net.

Ref: 701

Chico, 43 años, majetón y divertido. Vivo en plena naturaleza. Me gustaría conocer a chica sincera y divertida para mimarnos y vivir juntos la vida. E-mail: timidoatope@hotmail.com.

Ref: 702

Francisco, 45 años, 1,69m, 75Kg. No consumo drogas ni alcohol. Me encuentro preso en Lérida. Me gustaría cartearme con mujeres para posible relación.

Ref: 703

Josep, 48 años, VIH+ asintomático, plurilingüe, simpático, extrovertido, universitario. Busco a chica fenomenal con las mismas características. Escribidme en inglés y enviadme foto. Prometo contestar pronto. Barcelona.

Ref: 704

Maria, 40 años, VIH+ indetectable, alta, rubia, culta, atractiva en buena forma. Me gusta la vida tranquila en pareja y busco compañero. Soy de Madrid. E-mail: giocondalavecina@yahoo.com.

Ref: 705

Salvador, 40 años, VIH+, buena presencia. Busco relación con hombres viriles de entre 35 y 50 años, que se puedan desplazar y/o dispongan de sitio. De Murcia o Alicante. Teléfono: 600.26.43.64.

Ref: 706

Chica, 46 años, atractiva por dentro y fuera. Abierta, extrovertida, luchadora. Me gustaría encontrar a un hombre. Si quieres saber más de mí, animate y escribe. E-mail: tere-sisima@gmail.com.

Ref: 707

Manolo, 42 años, solo e independiente. Me gustaría conocer a alguien y tener una relación especial de amistad o lo que surja. El tiempo habla lo que la vida nos depara. Teléfono: 696 81 00 77

Ref: 708

Rafa, 45 años, gay, versátil, 1,73m, 63 Kg, rapado. El VIH no es el centro de mi vida. Quiero disfrutar de la aventura de conocer a alguien, tal vez para recorrer el camino juntos. Barcelona. E-mail: endune@gmail.com.

Ref: 709

Cristóbal, 43 años, heterosexual, VIH+, 1,66m, 59Kg. Sobre gustos no hay nada escrito. Me gustaría que me escribieran chicas de 30 a 40 años, andaluzas. Sevilla.

EN LA WEB

Te ofrecemos dos nuevos sitios web con información completa y variada en español sobre VIH/SIDA, sus tratamientos y otros aspectos relacionados.

www.aidsmeds.com/espanol

AIDSmeds es un importante portal web de Estados Unidos con información extensa y actualizada sobre los tratamientos antirretrovirales. La información que ofrece este portal está pensada para que las personas que viven con VIH puedan tomar decisiones informadas sobre sus tratamientos. Su información es completa y asequible. En la sección de información en español podrás encontrar en el apartado 'Lecciones' un completo índice de temas que van desde '¿Qué son el VIH y el SIDA?', pasando por 'Los análisis de sangre que necesitarás', hasta 'Vivir con el VIH'. También podrás encontrar un muy completo apartado sobre medicamentos (antirretrovirales) y cómo estos actúan en cada uno de los pasos del ciclo vital del VIH.

www.tenemossida.org

Tenemos SIDA es un movimiento social en el que participan ONG humanitarias, de desarrollo, organizaciones de y para personas con VIH/SIDA, colectivos de diversos ámbitos como el científico, médico, académico, movimientos sociales y organizaciones de acción social. Según los fines de esta plataforma, buscan sensibilizar y movilizar a la ciudadanía e incidir en los órganos de decisión españoles e internacionales para lograr una respuesta eficaz frente a la pandemia del VIH/SIDA en los países del Sur. En su portal podrás participar en la campaña que busca dar a conocer el enorme potencial de una vacuna en la detención de la expansión del VIH. Además, también podrás recibir información sobre ésta y otras campañas parecidas suscribiéndote a su boletín de información y noticias.



No ahorremos esfuerzos en la lucha contra el SIDA

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

El movimiento TENEMOS SIDA está firmado por:



www.tenemossida.org/enterate

AMUVIH

Asociación Murciana contra el VIH

AMUVIH es una ONG joven, positiva y dinámica.

En nuestro corto recorrido como asociación hemos crecido en servicios e ilusiones y esperamos poder seguir creciendo con la ayuda y participación de tod@s vosotr@s.

En AMUVIH creemos en las personas y en la capacidad de superación del ser humano ante la adversidad.

Nuestros pilares básicos son el respeto, la solidaridad, la no discriminación, la información y la autoayuda entre personas con VIH, familiares y amig@s y la sociedad en su conjunto de la región de Murcia y el Estado español.

En 2007 nos encontramos ante nuevos retos que la pandemia del VIH nos plantea y a los que hay que hacer frente con intervenciones dirigidas a diferentes ámbitos. AMUVIH desea poder dar una respuesta asertiva, de calidad, cercana y actualizada a todo aquel y aquella que desee ponerse en contacto con nosotr@s.

Actualmente, AMUVIH ofrece los siguientes servicios:

- **Grupo de apoyo mutuo para personas con VIH:** Los martes cada quince días a las 19 horas en el Centro Cultural Yesqueros (Plaza Yesqueros, 5 –30005– Murcia).
- **Asesoramiento sobre tratamientos:** Información y *counselling* sobre los tratamientos del VIH, sus efectos secundarios y otros aspectos relacionados.
Contacto: infoamuvih.tratamiento@telefonica.net
- **Asesoramiento legal/jurídico:** Información y consultas sobre temas legales y jurídicos que atañen a las personas con VIH (pensiones, contrataciones, discriminación, etc.).
Contacto: infoamuvih.juridico@telefonica.net

Muy pronto esperamos poder contar con nuestra propia sede donde podremos ofrecer una atención más cercana. Mientras tanto, puedes ponerte en contacto con nosotr@s a través del siguiente correo electrónico: amuvih@telefonica.net

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

ARABA: Vitoria–Gasteiz: GAITASUNA 945289115 C.C.ANTI–SIDA 945257766 **ALICANTE:** CIPS 965240563 DECIDE–T 600968210 **Benidorm:** AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** COLEGA 950276540 **ASTURIAS:** Gijón: C.C. ANTI–SIDA 985338832 **Oviedo:** XEGA 985224029 **BADAJOS:** PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358 **BALEARS:** Mallorca: BEN AMICS 971723058 ALAS 971715566 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505 ACTUA 934185000 CREACIÓN POSITIVA 934314548 COORDINADORA GAI–LESBIANA 932980029 GAIS POSITIUS 932980642. GTT 932080845 P.A.I.T 934240400 PROYECTE DELS NOMS 933182056 RED2002 932080685 SIDA–STUDI 932681484 **Granollers:** AUMMO 615681422 **Sabadell:** ACTUA VALLÈS 937271900 **BIZKAIA:** Bermeo: TXO–HIESA 946179171 **Bilbo:** Bizi Maitea 944470536 Comisión antisida: 944160055 T–4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI–SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI–SIDA 654580206 ARCADIA CÁDIZ 965212200 **Algeciras:** C.C.ANTI–SIDA 956634828 **La Línea:** C.C.ANTI–SIDA 956237146 **Arcos de la Frontera:** GIRASOL 956717063 **CÁCERES:** C.C.ANTI–SIDA 927227613

CASTELLÓN: A.C.CONTRA EL SIDA (CASDA) 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957492779 CONVIHDA 957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:** C.C.ANTI–SIDA 981144151 **Santiago de Compostela:** C.C.ANTI–SIDA 981573401 **Ferrol:** Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guixols 972324005 **GRANADA:** AVALON 958210200 AYUDA–SIDA 685559034 COLEGA 958263853 NOS 958200602 **GUIPÚZKOA:** San Sebastián–Donosti: A.C.ANTI–SIDA 943290722 HARRI BELTZA OIARTZUN 943493544 **Mondragón–Arrasate:** HIES–BERRI 943792699 **HUELVA:** COLEGA 959284955 **HUESCA:** Vihvir 676099749 **JAÉN:** COLEGA 953222662 **LANZAROTE:** FARO POSITIVO 928801793 **LAS PALMAS:** Las Palmas de Gran Canaria: AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149969 **LLEIDA:** A.ANTI–SIDA 973221212 **LEÓN:** C.C.ANTI–SIDA 987235634 **Ponferrada:** ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI–SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI–SIDA 982263098 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 COLEGA 915211174 FIT 915912019 SERPOSITIVAS 917987714 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI–SIDA (ASIMA) 952601780 COLEGA 952223964 **MURCIA:** C.C.ANTI–SIDA

968298831 FUNDACIÓN CONTRA EL SIDA 968904001 **Cartagena:** C.C.ANTI–SIDA 968521841 **La Albatania:** AMUVIH 626029002 **OURENSE:** C.C.ANTI–SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI–SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI–SIDA 948212257 SARE 948177244 **PONTEVEDRA:** Vilagarcía Arousa: 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI–SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI–SIDA 942313232 **SEVILLA:** ADHARA 687245264 COLEGA 954501377 COLEGA Morón: 637169671 **Federación Andaluza Colegas:** 902118982 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 **La Palma:** INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COL·LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI–SIDA COMUNIDAD VALENCIANA: OFICINAS Y NAIF 963920153 CENTRO DE DÍA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 605921206 **Gandia:** SERVICIO INFORMACIÓN Y AYUDA AL/LA INFECTAD@ 962877371 **VALLADOLID:** C.C.ANTI–SIDA 983358948 **ZAMORA:** C.C.ANTI–SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI–SIDA 976438135 IBERAIDS 976201686 LYGA 976395577 OmSIDA 97-6201642.
Si quieres actualizar los datos o incluir una organización nueva, manda un fax al 932 070 063 o un correo a contact@gtt-vih.org

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



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



Alianza
Sumando Esfuerzos en VIH



Boehringer
Ingelheim
Virología

