

LO+POSITIVO

SEPTIEMBRE/OCTUBRE 1999 N° 11

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

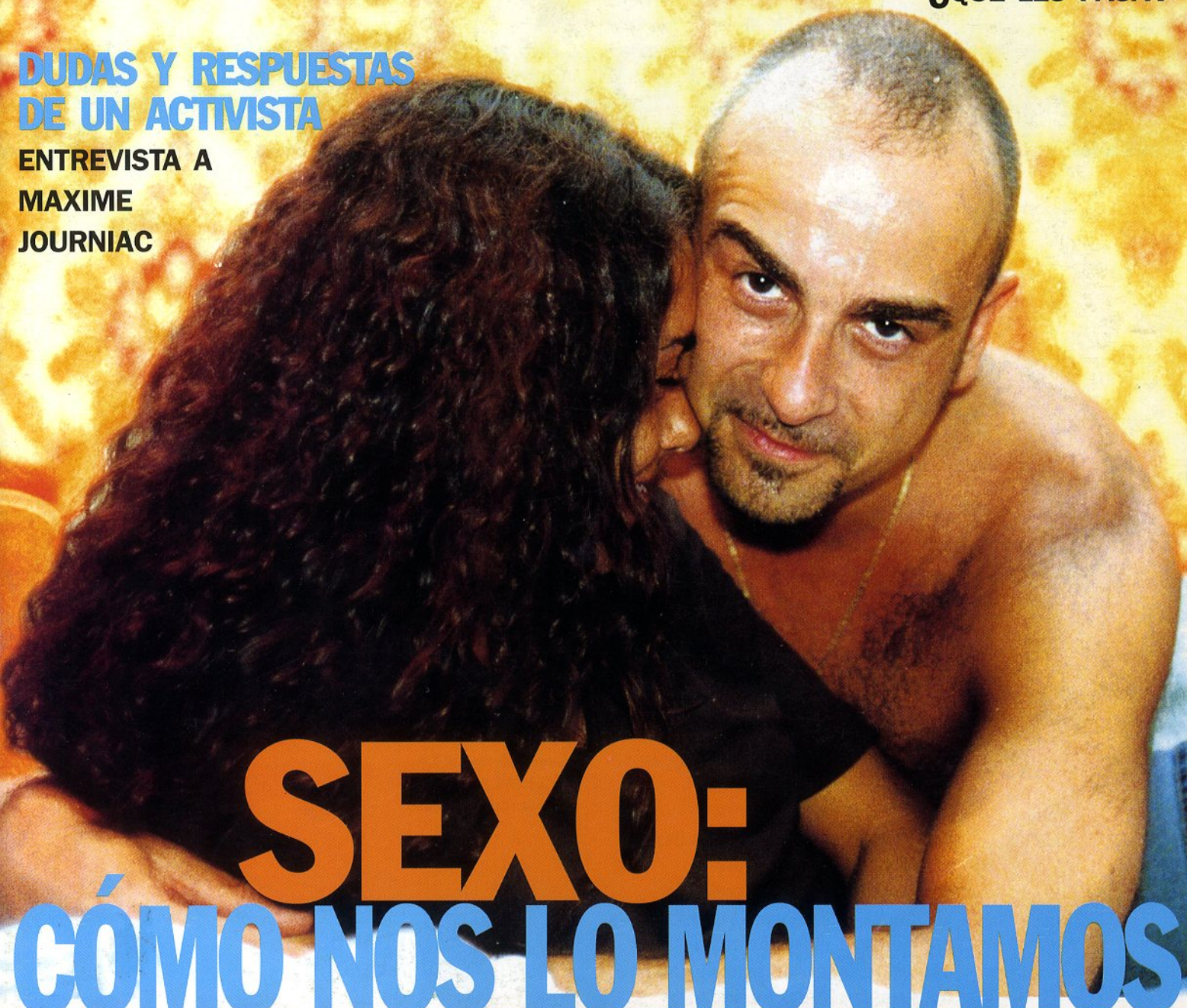
ADHESIÓN

**DOCTOR, MIS PASTILLAS
NO SE ADHIEREN:
¿QUÉ LES PASA?**

**BARCELONA 2002
LO QUE ESTÁ EN JUEGO**

**DUDAS Y RESPUESTAS
DE UN ACTIVISTA**

**ENTREVISTA A
MAXIME
JOURNIAC**



SEXO:

CÓMO NOS LO MONTAMOS

► Sífilis y VIH ► Información sobre Tratamientos ► Las+Positivas
► Hablar con @s niñ@s ► México: Luchar por lo evidente

Estamos demostrando que pensar en positivo ayuda a combatir las enfermedades.

El primer paso en el logro de cualquier objetivo, es la convicción de que puede alcanzarse. Nosotros estamos convencidos de que hay solución para las enfermedades que aún hoy son "incurables", y trabajamos duro y rápido para encontrarla. En Pharmacia & Upjohn esta convicción la compartimos los más de 30.000 colaboradores de la compañía en todo el mundo.

En el camino estamos desarrollando mejores tratamientos para enfermedades como el cáncer, el glaucoma, el SIDA y sus enfermedades oportunistas, el Parkinson, la depresión, la incontinencia urinaria o los trastornos del crecimiento.

Creer que hay una solución es el primer paso para encontrarla.

Compartiendo esta convicción también usted puede sumarse a la lucha. Esta es la fuerza del pensamiento positivo. Y esta es la fuerza de Pharmacia & Upjohn.

Pharmacia & Upjohn, S.A.
Ctra. de Rubí, 90-100
08190 San Cugat del Vallès



Pharmacia
& Upjohn

Difícil.

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

Fácil.



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

Consulta con tu médico.
Tiene buenas noticias para tí.

LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
MÁS EXPERIMENTADA,
UTILIZADA DEL MODO MÁS SENCILLO

GlaxoWellcome
EN PRIMERA LÍNEA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

El equipo de Lo+Positivo somos:

Rob Camp
Óscar G. Cortés
Jaume Fabrès
Ismael Sala Salas
Maite Suárez
Joan Tallada
M^º José Vázquez

En este número han colaborado:

Coordinadora Gay Lesbiana
Arabert
Angela Sanz
Ismael Carrillo
Georgina Fabrès
Galletas La Polar

Lo+Positivo es una publicación del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (GTT), una asociación sin ánimo de lucro que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el SIDA. La información científica aquí contenida tiene una validez de 3 meses.

Lo+Positivo es una revista GRATUITA: ¡nunca pagues por leerla! Quien desee contribuir a su mantenimiento puede hacerlo a nombre de:

GTT

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

Redacción:

Carrer del Pi, 10, 1^º 2^º. 08002 Barcelona.
Tf: (93) 3020411
Fax: (93) 4120083
E-mail: gtt@foro-vih.org
web site: <http://www.foro-vih.org/gtt.html>

Imprime:

TESYS S.A.
Depósito Legal: B-40431-97

Con el patrocinio de:

Bristol-Myers Squibb
Glaxo Wellcome
Merck Sharp and Dohme
Productos Roche
Boehringer Ingelheim
Farmacia & Upjohn
DuPont Pharma
Fundación Levi-Strauss

En convenio con:

Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguritat Social
Programa de Drogodependències i SIDA

Lo+Positivo no comparte necesariamente el contenido de los artículos firmados.

Hablemos de sexo y riesgo

De un tiempo a esta parte se oye hablar cada vez más de la práctica del "bare-backing" entre hombres gays, sobre todo en EE UU. Aunque suele realizarse en grupo, este término podría designar cualquier relación sexual con penetración en la que adultos consintiendo deciden no utilizar preservativo. Y ello al margen del estatus serológico de los participantes o incluso del conocimiento de aquél. Esto también se da en nuestro país y en cualquier otro.

Hay quien podría decir que se está produciendo una regresión en la conciencia de la importancia del sexo seguro entre los hombres gays. Pero ésta es una impresión engañosa. De siempre ha habido personas, heterosexuales y homosexuales, que han tenido relaciones sexuales no protegidas a sabiendas del riesgo que asumían. No se trata de una pérdida de la percepción de riesgo, como insisten los profesionales que insisten en fiscalizar nuestras conductas, sino de una opción realmente existente.

Ha llegado la hora de cambiar los conceptos clave de estrategias de prevención que han fracasado. Con el condón se ha llevado un discurso del todo o nada, cuando la información disponible permite graduar las prácticas de menos a más transmisibles. No es lo mismo penetración sin preservativo pero sin eyaculación que con, o el uso de un lubricante dilatador que hacerlo en seco, por ejemplo. Como no es lo mismo hacerlo en un cuarto oscuro o una sauna donde haya condones gratis que donde haya que pagarlos o ni los haya.

Organismos públicos y ONG deben empezar a ofrecer información sobre reducción de riesgos en el sexo, para que cada persona decida hasta donde quiere llegar. Porque demonizar los comportamientos no lleva a ningún sitio. ●

Queremos saber

Los medicamentos para tratar el VIH son cada vez más y permiten también cada vez más combinaciones entre ellos. Eso hace que cada vez más personas pueda beneficiarse de su eficacia, aunque aún existe un grupo importante muy tratado anteriormente que tiene dificultades para evitar el fracaso de las terapias. En cualquier caso, la acumulación de nuevos fármacos antirretrovirales supone en consecuencia que la comprensión sobre su uso se haga muy compleja: horarios, restricciones de dieta, interacciones, modificaciones de dosis, etc, han de tenerse en cuenta para una amplia variedad de posibilidades.

Ahí es donde entran los programas educativos, es decir, las acciones que las compañías farmacéuticas deben emprender para que tanto médicos como usuarios sepan los primeros cómo prescribirlos y los segundos cómo tomarlos. En este sentido los profesionales de la salud suelen estar mucho mejor atendidos por parte de las compañías que quienes en definitiva han de tomar las pastillas.

Las empresas que comercializan estos productos deben hacer un esfuerzo por lo menos similar, cuando no mayor, al que hacen frente a los médicos para que las personas con VIH entiendan cómo sacar el máximo provecho de los tratamientos.

Esperamos que nuevos medicamentos, interesantes y necesarios pero con precauciones a seguir, cuenten con programas educativos también para pacientes en cuyo diseño hayan participado los propios afectados. De lo contrario, fármacos potencialmente muy aprovechables se echarán a perder. ■

Secciones

6 ¿Qué te cuentas?

Cartas de los lector@s.

7 Lo+Negativo

8 La Verdad está aquí dentro

Un amplio reportaje sobre la lipodistrofia abre nuestra sección. Incluimos también asuntos de actualidad como la terapia alternativa y la carga viral en mujeres.

17 Médicos y pacientes

Nuestro colaborador habitual comenta las dificultades para hablar con el médico de las prácticas sexuales reales.

34 Coinfección VIH/VHC

Dos virus en tu cuerpo: ¿Por cuál empezar?

35 Analizando mis análisis

Segunda entrega para comprender los papeles del médico.

36 ¡A comer!

38 Anotaciones al margen

Al virus y a los efectos secundarios les puedes aplicar medidas menos convencionales.

39 Una mujer sero+

O de cómo sacar todo su jugo a las hortalizas.

41 Las más positivas

Las mujeres pueden ser especialmente vulnerables a ciertas ETS. El riesgo aumenta con el VIH.

42 Un asunto de adhesión

Si tus pastillas no se sienten bien, llévalas al médico.

44 Jardín de infancia

Hablar con los niños sobre el VIH ayudará a la comprensión mutua.

45 El Sur también existe

Impresiones sobre la situación en México.

48 Cibermapa

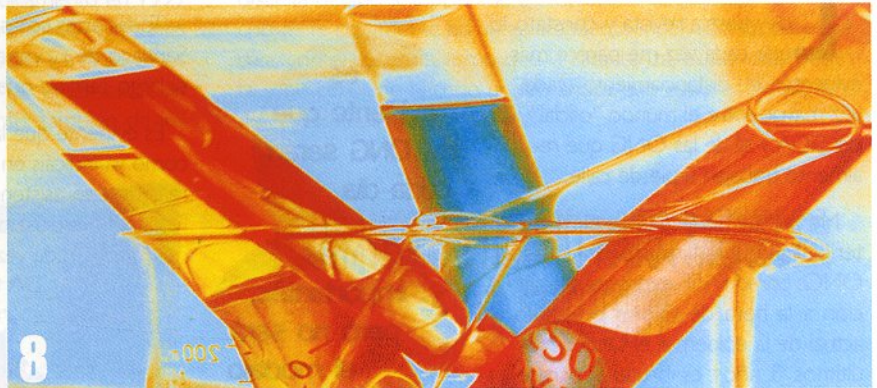
49 Glosario

En esta vida todo se aprende.

Artículos

18 SEXO: Cómo nos lo montamos

¿En tu casa o en la mía? ¿En el sofá o en la cama? ¿En la sauna o al aire libre? A cada quien le gusta a su manera pero lo cierto es que bien o mal nos lo montamos.



30 Barcelona 2002

La XIV Conferencia Mundial del SIDA se celebrará en la Ciudad Condal dentro de tres años. Parece mucho tiempo pero está a la vuelta de la esquina.

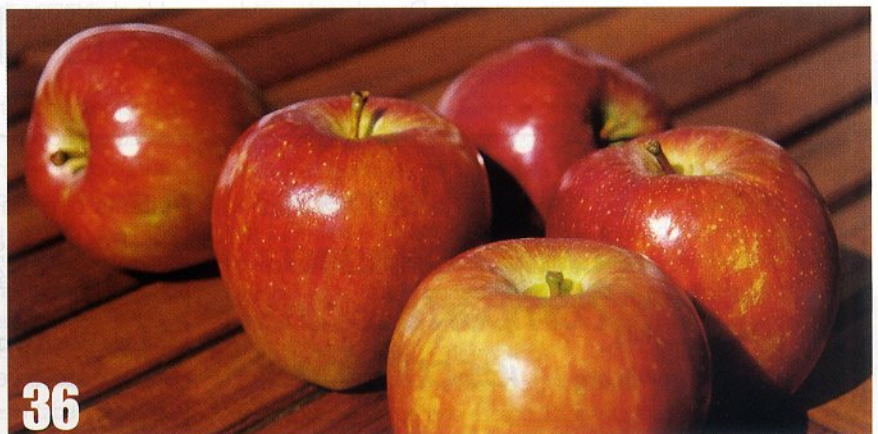
32 Maxime Journiac, activista

Entrevista con este militante francés de la primera ola, que nos ofrece su visión sobre el pasado, el presente y el futuro del trabajo comunitario.



46 La sífilis sigue aquí

Aunque suene a enfermedad literaria y del siglo pasado, lo cierto es que esta enfermedad de transmisión sexual está lejos de ser erradicada. Te ofrecemos información sobre los síntomas y tratamiento.



¿Qué te cuentas?

oenegés renovarse o morir

Estimad@s amig@s:

Leo con satisfacción el número 10 de vuestra revista y constato lo que cada vez me parece más evidente: el distanciamiento cada vez mayor entre el mundo "oficial" del SIDA y el de las ONG que realmente trabajan a pie de calle.

Me parece perfecto que el Ministerio, la industria farmacéutica y hasta ONGs como FASE expresen satisfacción a la hora de valorar el estado actual de la epidemia: el salto de los últimos 3 años es brutal y parece que por primera vez podemos pensar que tenemos la posibilidad de envejecer con el virus.

Lo que ya no entiendo tanto es la negación absoluta de estas mismas instituciones de una serie de problemas, tanto médicos como sociales, que son cada vez más evidentes.

Por ejemplo, vemos que la industria sólo empieza a investigar la lipodistrofia cuando ven que amenaza con afectar las ventas de fármacos, o que la maternidad seropositiva sigue siendo marginalizada (¿cómo es posible que altos cargos del Ministerio de Sanidad califiquen en la prensa de "éticamente inaceptable" el que una mujer VIH+ acceda a programas de inseminación artificial?) o que por mucho que nos vendan que nuestra esperanza de vida sea "similar" a la del resto de la población, si tienes los riñones o el hígado tocados (algo desgraciadamente muy común en personas VIH+) no tenemos derecho a un trasplante de órganos.

Y lo más grave: se oculta lo que pasa en prisiones y entre toxicómanos y parece que se crean dos SIDAS diferenciados, el de las personas que se siguen drogando y el resto. Da realmente miedo ver que se acepta como algo lógico el que no se proporcione tratamiento a toxicómanos y que hasta algún miembro de FASE

justifique esta postura con la excusa de "evitar la transmisión del virus con resistencias".

Todas estas cosas no se ven en las grandes reuniones como la de Santiago de Compostela y sólo quien vive día a día con esto sabe el largo camino que nos queda por recorrer.

Es evidente que las ONG serán cada día más importantes, pero como ya indicáis en la revista, no será el modelo antiguo de ONG, más de tipo asistencial y de preparación para la muerte que otra cosa, sino asociaciones en las que l@s seropositiv@s nos involucremos cada vez más y en las que la problemática social del SIDA tenga cada vez más importancia, tanto como el tema médico.

También hemos de plantearnos el depender cada vez menos del Estado: aunque aquí no estemos acostumbrados al sistema de financiación americano de los grupos antisida ni tenemos famosos tipo Magic Johnson para encauzar tal financiación, algunas ONG empiezan a dar ejemplos dignos de aplauso. Madrid Positivo recibe soporte financiero de sus socios (alguno como el Gran Wyoming colabora además en fiestas de recaudación de fondos) y un puñado de empresas: éstas desgravan fiscalmente sus donaciones y la asociación preserva su independencia de las subvenciones estatales, con lo que todo el mundo sale ganando.

Quisiera terminar esta carta con un soplo positivo: existen problemas, pero cualquiera que lleve con esto unos años, sabe perfectamente que estamos en el mejor momento. Y lo que es más importante, cada vez estaremos mejor. Seguiremos con vuestras pastillas (cada vez menos) y con los efectos secundarios (¡ojalá cada vez menores!), pero estaremos viv@s, con ganas de marcha y, quién lo iba a decir, con proyectos de futuro. Eso es lo que importa.

Un abrazo a tod@s

Ricardo Pérez de Guzmán
Madrid

es
evidente que
las ONG serán
cada día

más
importantes,
pero no será
el modelo
antiguo

sino
asociaciones
en las que
los seropositivos
nos involucremos
cada vez más

Lo+Positivo

c/ del Pi, 10, 1º 2ª
08002 Barcelona

Fax: (+34)934120083

e-mail: gtt@foro-vih.org

**sugiere comenta
critica denuncia
comparte opina
iescribenos!**

-Intenta que tus cartas no tengan más de 300 palabras. Lo+Positivo se reserva el derecho a resumirlas para dar cabida al máximo número de opiniones posibles.

-Lo+Positivo no mantiene correspondencia particular, excepto en caso de información sobre tratamientos.

Lo+Negativo

FORTOVASE®, ¿SPAIN IS DIFFERENT?

La creación de la Agencia Española del Medicamento en 1999 ha generado expectativas que no se están cumpliendo en algunos aspectos. La Agencia, similar a la Agencia europea y a la de otros países, es una entidad encargada de aprobar la comercialización de los fármacos en nuestro país y, por lo tanto, también de los medicamentos antirretrovirales VIH/SIDA.



En este caso, las expectativas mencionadas se refieren a la rapidez con que los medicamentos llegan a las farmacias de los hospitales y, por tanto, a las pacientes. Pues bien, disponer de esta Agencia no sirve, por el momento, para que las seropositivas en tratamiento en España tengan un más diligente acceso a los nuevos productos. Es el caso de Fortovase®, la nueva formulación de saquinavir (que convivirá en el mercado con la ya existente, Invirase®), de Roche. Ya está disponible comercialmente, y no sólo en acceso expandido, en Francia, Alemania, Austria, Finlandia, Holanda y Suecia. En España, el país más afectado y con mayor necesidad de opciones terapéuticas, aún no. ¿Spain is different? ▼

MÉDICOS CONTRA PACIENTES

El Departamento de Sanidad catalán presentó recientemente la proposición de ley sobre el derecho a la información del paciente. Dicha ley regularía detalladamente la historia clínica, obligaría a que cada paciente disponga de la suya y a conservarla hasta 20 años después del fallecimiento. La ley obligaría también a los médicos a permitir el acceso en cualquier momento a la historia así como facilitar una copia al paciente cuando así lo requiera. Por otro lado, regularía el denominado "testamento vital", es decir, permitiría al paciente adulto decidir cómo quiere ser atendido en el caso de contraer una enfermedad que mermara sus capacidades de expresión. En definitiva, la ley se presentaba como una asunción de protagonismo por parte del paciente en un sistema

sanitario dominado por médicos y administradores. Pues bien, según publicó el diario El País (29-7-99), los colectivos médicos han presionado al gobierno catalán para, por lo menos, consensuar y retrasar la ley. Dado que la cámara legislativa catalana ya ha sido disuelta debido a la próxima convocatoria electoral, el retraso se convierte claramente en un aplazamiento indefinido. La clase médica, con el corporativismo que la caracteriza, es un lobby potente y no conviene hacerle un feo ahora que estamos en periodo de elecciones... ▼

¿QUÉ HEMOS HECHO PARA MERECEER ESTE ESTUDIO?

Los estudios clínicos no son casi nunca "neutrales". Empezando por las fuentes de financiación de los estudios hasta llegar a la propia ideología de los médicos pasando por no pocas cuestiones metodológicas existen multitud de factores que contaminan los resultados. Si ello es así en la medicina, podemos imaginarnos cómo será en las denominadas ciencias del comportamiento. El llamado estudio PACTA (Programa de Apoyo al Cumplimiento Terapéutico y Antirretroviral), dirigido por Alfredo del Campo, realizado entre 260 pacientes y 68 profesionales especialistas en VIH, comunicaba hace poco tiempo sus primeros resultados que no por estrictamente inútiles son menos ofensivos para muchas seropositivas. En primer lugar, las (breves) notas de prensa que salieron en los medios en general sólo destacaban que "el 40% de los enfermos de sida incumple el tratamiento", sin establecer comparaciones, por ejemplo, con el grado de cumplimiento en otras enfermedades crónicas (en el caso que la infección por VIH/SIDA sea exactamente una enfermedad crónica). Claro está, la conclusión inconsciente de muchos lectores será que si muchas seropositivas están enfermas es porque quieren. En un colectivo nada estigmatizado como el nuestro, por otro lado, nadie pensará que ello sea de extrañar en gente de un tan mal vivir como el que les ha llevado a la enfermedad. Gracias mil a las autoras y a las financiadoras del estudio por su colaboración en hacer de ésta una enfermedad más. En segundo lugar, nos encontramos con que el estudio dividía las personas seropositivas en cinco grupos con unos calificativos tales como: "victimistas", "dramáticos" y "derrotistas"; los otros dos, son "optimistas". La validez científica de un estudio que llega a tales conclusiones se nos escapa. La impunidad ética desde el que está hecho, no. ▼



la verdad

por una mejor comprensión

El Taller Internacional sobre Reacciones Adversas Farmacológicas y Lipodistrofia en el VIH se celebró del 28 al 30 de junio en San Diego, EE UU. El encuentro estuvo muy concurrido y los *abstracts*, las presentaciones y los pósters proporcionaron un amplio espectro sobre el síndrome de lipodistrofia, con contribuciones de ponentes destacados en sus respectivos campos.

Las sesiones finales de la conferencia se centraban en alcanzar un consenso sobre la definición de lipodistrofia. No se trataba de escribirla en mármol, sino de crear una definición de trabajo a desarrollar en el futuro.

La conferencia se dividió en cinco grupos de discusión sobre pérdida de grasa, acumulación de grasa, trastornos lipídicos, trastornos en la glucosa y otros aspectos (incluyendo riesgo cardiovascular). El resumen de cada grupo era comentado por un médico elegido para ello, un activista de la comunidad y el conductor de cada grupo. El Dr Schambelan, del Hospital General de San Francisco (EEUU) y el Dr. Carr de Sydney, Australia, presentaron la definición provisional de trabajo. El Dr. Schambelan destacó que no se había hecho para servir como criterio de diagnóstico sino para su uso en la investigación clínica.

ELEMENTOS DEFINITORIOS DE LA LIPODISTROFIA

PÉRDIDA DE GRASA

Mejillas hundidas (facial), pérdida del trasero, venas prominentes (no varicosas). Puede que en el futuro se deban incluir otras partes del cuerpo.

ACUMULACIÓN DE GRASA

Crecimiento del abdomen, agrandamiento de los pechos, bulto de grasa infraescapular ("morrillo"), lipomas en otras zonas, acumulación facial, (cuello, debajo de la mandíbula). Puede que en el futuro se deban incluir otras partes del cuerpo.

El método de confirmación se basará en la confirmación clínica de la declaración del propio paciente o por sólo la observación clínica, en oposición a sólo las declaraciones del paciente o a los datos de la historia clínica anterior. Hasta ahora no se cuenta con

datos suficientes para establecer los criterios cuantitativos (aunque la inclusión de mediciones cuantitativas podría ayudar a establecer una futura definición del caso).

TRASTORNOS METABÓLICOS

Los datos de laboratorio deberían incluir la siguiente información: triglicéridos en ayunas $>2,2$ mmol, colesterol en ayunas $>5,0$ mmol (las mediciones de LDL y HDL y el índice de LDL/HDL serían de utilidad), glucosa en ayunas, insulina (el cálculo del índice de glucosa/insulina podría ser de utilidad), péptido C (>20).

COFACTORES POTENCIALMENTE ASOCIADOS

Género, raza, edad, índice de masa corporal, estilo de vida/historia familiar, duración de la infección por VIH, terapia antirretroviral pasada y presente.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Los estudios para determinar los criterios de diagnóstico deberían contar con las siguientes especificidades:

- Modelo de estudio cruzado
- 10-20 centros diferentes, tanto en hospitales como en la población
- 20 o más pacientes por centro, incluyendo pacientes antiguos y recientes
- Los grupos de control deben estar compuestos por el siguiente paciente en el centro emparejado por género, edad, y raza y podrían incluir: VIH+ con emaciación, VIH+ en tratamiento sin redistribución de grasas, VIH+ naive a los tratamientos, VIH- con otras condiciones miméticas de una redistribución similar de la grasa, por ejemplo el Síndrome X.



esta aquí dentro

de la lipodistrofia

ESTUDIOS DE COHORTES

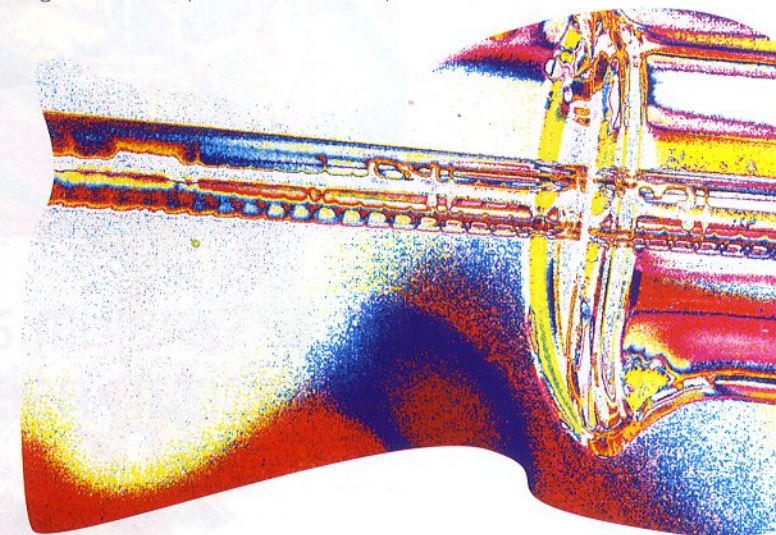
Se presentaron un cierto número de informes sobre grupos de cohortes de pacientes de Australia, EE UU y Europa, que descubrieron una fuerte asociación entre d4T y redistribución de grasas.

Uno de esos informes fue el del Dr Andrew Carr, el Dr David Cooper y sus colaboradores en Sydney, Australia [Abstract 011]. 14 pacientes en inhibidores de la transcriptasa inversa nucleosidos (ITIN) y con lipodistrofia (LD), con una media de 61 meses de terapia, fueron comparados con 32 pacientes naive sin LD, 28 pacientes en ITIN sin LD y 44 pacientes en ITIN + IP con LD. El Dr. Carr informó que los pacientes en ITIN tomaban dos de éstos mientras que los pacientes en IP tomaban lo mismo más un IP. El síndrome de LD con ITIN fue descrito con síntomas de reciente aparición tales como cansancio y náusea, LD periférica (una media de pérdida grasa de 6 kg en 4 meses), distensión abdominal y lactato sérico elevado.

Los cambios en la grasa corporal en personas en ITIN fueron o bien pérdida de la grasa periférica o bien distensión abdominal. Aunque tienen un parecido en términos físicos, la LD provocada por ITIN se diferencia de la LD provocada por IP por síntomas de reciente aparición (náusea, cansancio y pérdida de peso), y un lactato superior y lípidos, glucosa e insulina inferiores. En un análisis multivariable, el uso presente de d4T y la duración total de ITIN se asociaron estadísticamente con LD. El Dr Carr también informó de que los trastornos metabólicos mejoraron después de interrumpir ITIN, aunque la ganancia de peso fue mas bien limitada.

El Dr. John, del Hospital Royal Perth, en Australia, presentó datos sobre pérdida de peso en una cohorte de 271 pacientes [Abstract 019]. Se comparó el tiempo hasta la aparición de pérdida de

grasa clínicamente significativa en pacientes que recibían diferentes regímenes antirretrovirales; también se comparó la composición percentual de la grasa corporal medida en 156 pacientes. Se detectó emaciación (pérdida de la masa) grasa en el 14% de los pacientes naive a los IP y el 51% de los pacientes con IP. Utilizando un método de regresión logística multivariable, el Dr. John afirmó que un tiempo menor hasta la aparición de emaciación grasa estaba asociado con: edad; raza; mayor duración de la terapia doble antes de HAART; aumento del tiempo acumulado en HAART que contenga d4T en comparación con el tiempo con ZDV.



La Dra. R. Polo y colaboradores, del Hospital Carlos III, de Madrid, también llegaron a la conclusión de que los ITIN "deben tener alguna influencia" en el desarrollo de LD, siendo que el efecto más fuerte se da con la combinación d4T/ddI (88,2%) en contraste con el grupo ZDV/3TC (2,2%). Se dividió a 150 individuos según el tratamiento con ITIN que hubiesen recibido por lo menos durante seis meses antes de entrar en el estudio. Los tres regímenes fueron IP + (a) ZDV/3TC (n=46); (b) d4T/3TC (n=87); (c) d4T/ddI (n=17). Al entrar en el estudio, los índices de LD eran del 2%, el 25% y el 65% respectivamente. Después de seis meses, los índices eran del 2%, el 52% y el 88%, siendo que el grupo (a) mantenía un índice bajo, y tanto (b) como (c) estaban aumentando. ►►

la verdad está aquí dentro

por una mejor comprensión de la lipodistrofia

Dos pacientes del grupo (c) con LD diagnosticada fueron cambiados a ZDV/3TC, manteniendo el IP, y se les hizo seguimiento por seis meses más. Este cambio supuso mejoras significativas (tan pronto como en la semana 12) en las medidas antropométricas, que seguían mejorando a la semana 24. Las mejoras incluyeron un incremento de la masa grasa corporal total; un descenso de la anchura abdominal y torácica; y un aumento de la anchura del brazo. También mejoraron los niveles de triglicéridos. Pero también se presentaron informes en los que no se detectó una relación entre d4T y redistribución de grasa. Un informe sobre la cohorte francesa de Aquitania [Abstract 018] descubrió que de los 581 pacientes de este grupo, 220 presentaban LD. De estos 220, 31 eran naïve a los IP (el 14%). No se encontró una relación estadística entre LD y d4T, y tampoco con 3TC.

Uno de los informes se refería a los estudios START en EE UU [Abstract 030]. Basándose en sus análisis "ad hoc", no encontraron diferencias estadísticamente significativas en LD entre los grupos con ZDV y con d4T. Los investigadores combinaron el grupo en d4T/3TC/indinavir (n=100) con el grupo en d4T/ddl/indinavir (n=102) y los compararon con el grupo en ZDV/3TC/indinavir (n=205) en relación con síntomas relacionados con LD.

Además se presentaron datos de la cohorte HOPS (HIV Out-patient Study) [abstract 014]. Los facultativos de HOPS entrevistaron y chequearon a 1.077 pacientes que visitaron ocho clínicas en siete ciudades de los EE UU durante el último trimestre de 1998. El tiempo desde el diagnóstico de VIH se asoció de forma significativa e independiente con la severidad de LD: la mediana

de años por grupos fue de A-6,3; B-7,1; C-8,4 y D-9,0.

En un análisis de control del tiempo desde el diagnóstico de VIH, los factores que se asociaron de modo significativo con LD fueron: edad; el más bajo recuento de CD4; rebote desde nadir (el punto más bajo del recuento de CD4 y duración

de la terapia para sólo d4T, 3TC, indinavir y saquinavir. Los investigadores afirman que estos resultados sugieren que las causas del síndrome de redistribución de grasa son multifactoriales. Dichos investigadores también han documentado los tipos de redistribución de grasa y que, en orden de frecuencia decreciente, son la obesidad abdominal; la pérdida de grasa en las extremidades; pérdida de grasa en los glúteos; mejillas hundidas; acumulación de grasa en el cuello y debajo de la mandíbula; bulto de grasa dorsocervical.

Los autores de este informe, el Dr. D. Ward y colaboradores, señalaron que asociación no significa necesariamente causa. El tiempo con d4T, por ejemplo, o indinavir, podría ser un marcador subrogado para el tiempo de una terapia anti-VIH con éxito y bien tolerada. El Dr. Kotler, desde Nueva York, ha sugerido que la LD podría ser el resultado de CD4 elevados y cargas virales reducidas debido a la terapia después de un periodo prolongado de infección por VIH. El Dr. Carr estaba de acuerdo en que la infección por VIH en sí misma está asociada con LD. Una posibilidad más podría ser que algunos años de terapia con ITIN podrían iniciar el proceso de LD, y añadir un IP podría acelerar el proceso y/o llevar a una LD más pronunciada.

Nota: en la dirección de Internet <http://www.intmedpress.com/lipodystrophy/newinfo/RapidReport.htm> se puede encontrar el resumen "rápido" de la reunión, el oficial, por así decirlo, en su versión original en inglés.

Informes de Leonard Hughes, ATP (Londres)

Persistencia de la carga viral en las células latentes

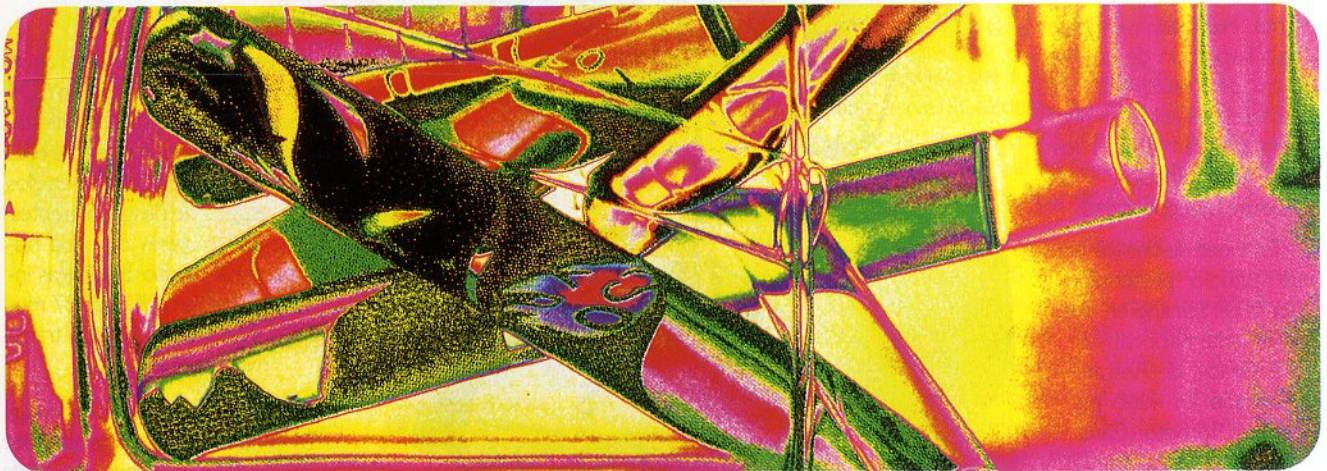
Un equipo del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, "Can Ruti", de Badalona (Barcelona) ha llevado a cabo un estudio en el que intentaban evaluar el impacto de la supresión del VIH a largo plazo con terapia HAART a partir de la medición de la carga viral de ADN del VIH-1: tanto la carga viral del ADN integrado (en el núcleo de la célula) como del total (integrado y no integrado). Esto es interesante ya que usualmente la carga viral que se mide en las analíticas sólo hace referencia a la cantidad de ARN (la forma del virus previa a su replicación).

El estudio, publicado en el número del 18 de junio de la revista *AIDS*, midió tanto estos ADN como el ARN típico en personas que estuvieron tomando terapia combinada durante 48 semanas.

Como era de esperar, la carga viral de ARN descendió hasta la indetectabilidad (<200 copias/mL) y los CD4 aumentaron significativamente. También descubrieron que el ADN total, calculado a partir de las células mononucleares de la sangre periférica, había descendido drásticamente, pero no así el ADN integrado, medido por separado. Eso quiere decir que una terapia HAART no reduce significativamente la carga de ADN de VIH-1 integrado en el reservorio de células CD4 infectadas latentes. Es decir, que el virus persiste, aunque sea en bajas cantidades, en su refugio.

Se puede acceder al detalle del estudio, en inglés, en el sitio de internet:

<http://www.aidsonline.co>



¿Qué hace que algunas mujeres seropositivas transmitan el vih a los recién nacidos y otras no?

Un equipo dirigido por el Dr. S. Plaeger (Splaeger@pediatrics.medsch.ucla.edu) del Departamento de Pediatría de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), ha analizado algunos de los factores que inciden en que algunas mujeres seropositivas transmitan el VIH a sus bebés y otras no. Para ello se evaluó la función de células T CD8, el fenotipo de la superficie linfocitaria, los marcadores de activación inmunológica y la carga viral en un total de 75 mujeres embarazadas e infectadas por el VIH (incluidas 9 mujeres que transmitieron el VIH a sus hijos). Los análisis seriados durante y después del embarazo no mostraron diferencias significativas en los niveles de moléculas de la superficie celular o de activación en las mujeres que transmitieron el VIH en comparación con las que no lo transmitieron, a excepción del aumento del factor de necrosis tumoral alfa en aquellas madres que sí transmitieron el VIH a sus hijos.

Las medianas de cargas virales en el momento del parto eran 65.516 copias/mL en las mujeres transmisoras y de 5.139 en las no transmisoras. A lo largo del tercer trimestre de embarazo, las células CD8 del 81% de las mujeres no transmisoras y del 44% de las transmisoras suprimían la producción in vitro de VIH en >50%, mientras que las mujeres en las que esta supresión era <50% el riesgo de transmisión del VIH a los niños era 3,4 veces mayor. Esto quiere decir que una menor supresión viral mediada por las células CD8 indica una mayor probabilidad de transmisión del VIH al recién nacido.

Este estudio puede consultarse en el número de junio del *Journal of Infectious Diseases*, y en internet:

<http://www.journals.uchicago.edu/JID/journal/contents/v179n6.html>

TERAPIA DE RESCATE ALTERNA: DIFÍCIL ALTERNATIVA

Una nueva aproximación a la terapia de rescate es la que desarrolla el Dr. Vicente Soriano del Instituto Carlos III de Madrid, que utiliza entre 3 y 4 regímenes que se alternan mensualmente. El razonamiento de base es que la carga viral puede llegar a suprimirse manteniéndose un paso por delante del virus: cuando una población mutante empieza a emerger bajo la presión de un régimen de tratamiento, se cambia la terapia a un régimen con fármacos a los que tal población viral muestre susceptibilidad.

Esta idea se analizó en un estudio presentado por el Dr. Soriano en el II Taller Internacional sobre Terapia de Rescate, celebrado en mayo pasado en Toronto (Canadá). De un total de 11 pacientes que completaron 24 semanas de terapia, 6 presentaban carga viral indetectable y 4 tenían $>1 \log_{10}$ de reducción en los niveles de ARN de VIH. Uno de los primeros objetivos de esta aproximación es evitar la cantidad de pastillas y la toxicidad de los regímenes mega-HAART. No obstante, 6 de 17 pacientes estudiados abandonaron a causa de los efectos adversos. Por tanto, cambiar regularmente de terapia podría no ser un buen sistema, pues los efectos adversos suelen ser más acentuados en las primeras semanas de medicación: al cambiar con frecuencia, los efectos adversos pueden ser constantemente muy molestos. ▲

LA MISMA CANTIDAD DE CARGA VIRAL NO SIGNIFICA LO MISMO EN MUJERES QUE EN HOMBRES

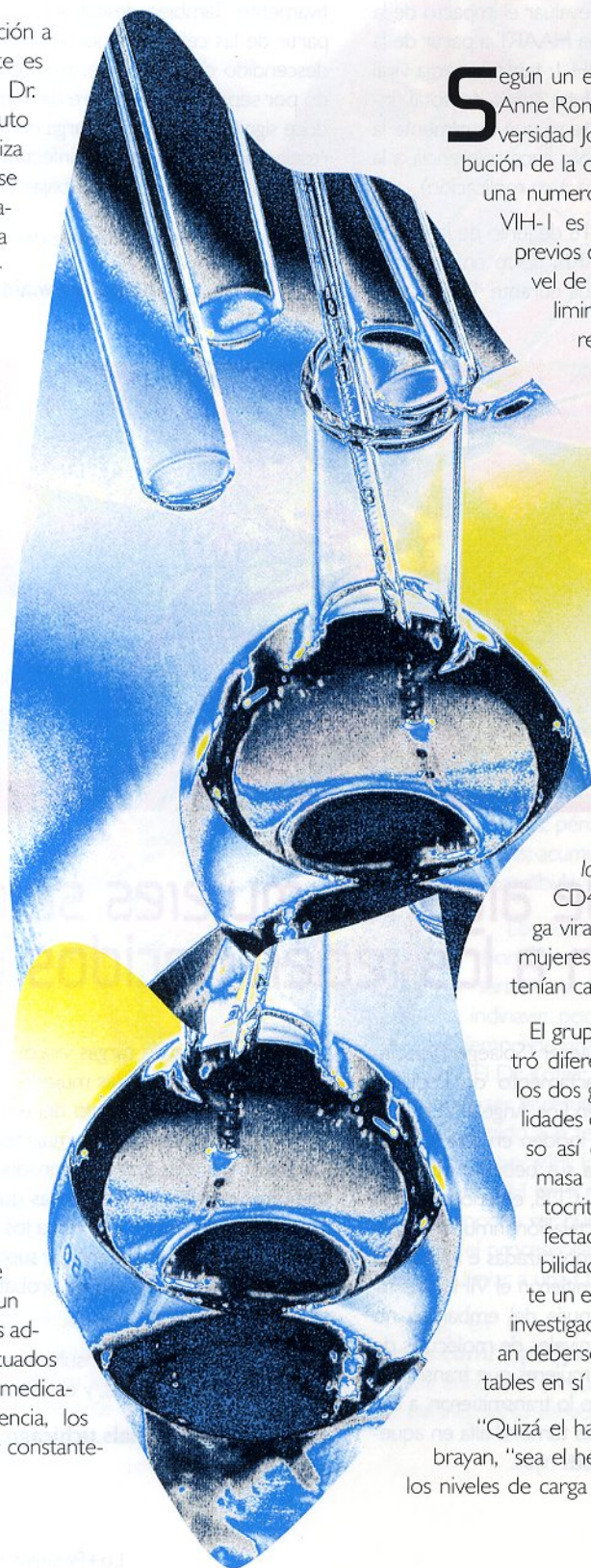
Según un estudio multicentro liderado por la doctora Anne Rompalo, de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, EEUU, la distribución de la carga viral plasmática del VIH observada en una numerosa cohorte de mujeres infectadas por el VIH-1 es más baja que la ya conocida de estudios previos con hombres VIH+ que tienen el mismo nivel de CD4+. Aunque se trata de resultados preliminares, estos hallazgos sugieren que las diferencias de género en la infección por VIH requieren más investigación.

Los investigadores compararon la carga viral y los recuentos de CD4 y su influencia en las manifestaciones clínicas entre mujeres infectadas por el VIH en dos grupos de riesgo diferentes: 387 mujeres con una historia de uso de drogas inyectables (UDI) y 337 mujeres infectadas por transmisión heterosexual.

Los investigadores informan en el número del 15 de abril del *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* de que "la media de recuentos de CD4+ era de 376/ μ L; la media VIH-1 de carga viral del VIH-1 era de 1.135 copias/mL y 281 mujeres de las 724 infectadas por el VIH (38,8%) tenían carga viral indetectable".

El grupo de la doctora Rompalo también encontró diferencias en la manifestaciones clínicas entre los dos grupos: los casos UDI tenían más probabilidades de presentar pérdida de memoria y de peso así como un hígado inflamado, un índice de masa muscular más bajo y de niveles de hematócrito y plaquetas, mientras que las mujeres infectadas heterosexualmente tenían más probabilidades de haber experimentado recientemente un episodio de herpes genital. Sin embargo, los investigadores sugieren que estas diferencias podrían deberse a "... los efectos del uso de drogas inyectables en sí mismos más que a la infección por VIH".

"Quizá el hallazgo más intrigante de este estudio "sugieren", sea el hecho de que la media de CD4+ ajustada a los niveles de carga viral resulte en esta población de mujeres



EFICACIA DE LA TERAPIA COMBINADA A LARGO PLAZO

Dado que la FDA (la agencia estadounidense que aprueba los nuevos fármacos y cuyas decisiones influyen en el resto del mundo) acepta que los datos de carga viral a 48 semanas sean suficientes para la aprobación final de fármacos anti-VIH, tenemos escaso conocimiento de los índices de éxito de las nuevas combinaciones antirretrovirales a largo plazo, particularmente cuando los fármacos salen de los ensayos clínicos y entran en la vida real. Los efectos de estos fármacos en la progresión de la enfermedad, lo que en el pasado se consideraba como el estándar absoluto para la aprobación de fármacos, se han convertido en un completo misterio.

El número del 13 de marzo de 1999 de *The Lancet* (ver B. Ledergerber et al. páginas 863-8) ha publicado uno de los primeros informes sobre la experiencia global de pacientes que toman terapia antirretroviral muy eficaz (HAART).

Los autores resumen la experiencia de 2.674 residentes suizos (730 de los cuales son mujeres) que iniciaron regímenes que contenían inhibidores de la proteasa (IP) entre 1995 y 1998. Aproximadamente un 43% no habían recibido tratamiento alguno con anterioridad y el resto había recibido algún análogo de nucleósido (AN). Los miembros de este grupo estaban bastante avanzados: la mediana de recuento de CD4 al inicio de la terapia era de tan solo 192 células/mm³. La carga viral basal era de 31.000 copias/ml, a pesar de que una mayoría de la cohorte ya estaba recibiendo alguna forma de tratamiento. Tras seis meses con HAART, el 82% de quienes eran naives a tratamientos consiguieron cargas virales por debajo del límite inferior de la prueba utilizada: 400 copias/ml. Esta cifra descendió gradualmente hasta el 66% para quienes habían estado en HAART durante 30 meses y hasta el 60% para aquellos que habían cambiado de terapia al menos una vez. Ello significa que el índice de éxito de 30 meses para terapias HAART iniciales es de tan solo el 40%. Para personas con experiencia previa con AN antes de iniciar sus regímenes HAART este índice de éxito de 30 meses es aún menor: 14,5% y ello dependiendo del número de nuevos fármacos introducidos junto con el primer inhibidor de la proteasa. Otros factores que aumentaron el riesgo de fracaso eran una carga viral basal alta, un recuento de CD4 basal bajo, enfermedad avanzada y el uso del IP Inivirase (la versión antigua y de pobre absorción de saquinavir). ▲

sustancialmente más baja que el valor medio para la misma prueba... en los hombres homosexuales del *Multi-center AIDS Cohort Study* y en la población mayoritariamente masculina de la cohorte de UDI del estudio ALIVE (siglas inglesas de Experiencia Conjunta SIDA y Uso de Drogas Intravenosas)".

Una carga viral más baja en las mujeres en comparación con hombres con el mismo recuento de CD4+ ya ha sido observada con anterioridad en otros estudios, pero los mecanismos que pueden explicar estas diferencias siguen siendo desconocidos.

El grupo dirigido por la doctora Rompalo concluye que estos datos «...ofrecen información preliminar de importancia que apunta a la necesidad de un estudio más profundo de las diferencias asociadas al género y sus implicaciones en cuanto a las recomendaciones más adecuadas para el tratamiento y cuidado de estas mujeres VIH+». ▲

Lipolista

ÉSTA ES UNA SELECCIÓN DE NOTICIAS Y OPINIONES EXTRAÍDAS DE LA LISTA DE INTERNET EN INGLÉS «LIPID-LIST», QUE SE CENTRA EN LA DISCUSIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE ALTERAN LOS LÍPIDOS (GRASAS) DEL ORGANISMO. EN ESTE CASO SE COMENTAN TRES OPCIONES DIFERENTES PARA TRATARLOS, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LA BIOTINA.

PARA ACCEDER A ESTA LISTA BASTA CON ENVIAR UN MENSAJE A LISTPROC@CRITPATH.ORG CUYO TEXTO SEA SIMPLEMENTE "SUBSCRIBE LIPID-LIST + DIRECCIÓN ELECTRÓNICA".

OTRO MEDICAMENTO PARA TRATAR LA HIPERLIPIDEMIA

La farmacéutica Abbott comercializa Tricor® (fenofibrato) para pacientes con altos niveles de triglicéridos (TG) y que pertenece a la misma clase que el Lopid (gemfibrozil).

Se trata pues de una alternativa al uso del propio Lopid o de la niacina para disminuir los triglicéridos y aumentar el colesterol HDL (el colesterol "bueno"). Tricor® también contribuye a disminuir el colesterol total, aunque no tan bien como las estatinas.

Los niveles altos (>400 mg/dl) de colesterol parecen aumentar el riesgo de enfermedad coronaria, particularmente si se acompañan de bajo HDL y alto LDL (el que conocemos como colesterol "malo"). Por otra parte, los TG muy altos aumentan el riesgo de sufrir pancreatitis.

El ejercicio físico, la disminución de peso y el control del consumo de grasas saturadas, los carbohidratos y el alcohol son consejos pertinentes para pacientes con altos TG. Además, hay que examinar otros factores que pudieran aumentar los TG: estrógenos, tiazidas, beta-inhibidores, diabetes no tratada o hipotiroidismo.

Tricor® se presenta en forma de cápsulas de 67 mg cada una y los pacientes han de tomar 3 cápsulas una vez al día acompañadas de una comida para mejorar la absorción.

EL BENEFICIO DEL EXTRACTO DE HOJAS DE ALCACHOFA

Según un estudio con más de 500 pacientes que tomaban 1,5 gramos de extracto de hojas de alcachofa diariamente, éste produjo un descenso significativo de triglicéridos y colesterol. Otros estudios concluyen que también podría proteger el hígado.

El extracto de hoja de alcachofa no se recomienda para personas con problemas de bloqueo del conducto biliar, de vesícula biliar o de susceptibilidad hacia otros miembros de la familia de las margaritas.

Estos estudios están comentados por Krista Morien en el número 44 de la revista *Herbalgram*.

SELECCIÓN DE DATOS SOBRE LA BIOTINA

Éstos son algunos *abstracts* (resúmenes de estudios) que dan una idea de la importancia de la biotina en el metabolismo de la glucosa y la insulina, seleccionados y comentados por Michael Mooney, de Medibolics.

(A)

Reddi et al. La suplementación con biotina mejora la tolerancia a la glucosa y a la insulina en ratones genéticamente diabéticos. *Life Science*, 42(13)1998.

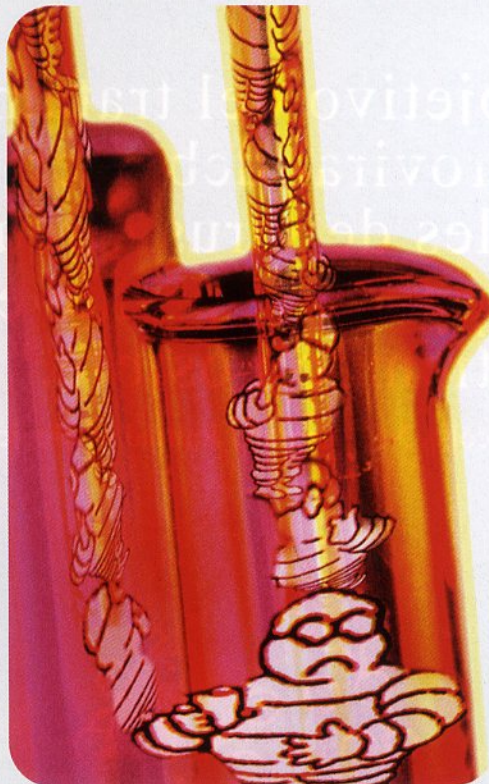
Dado que el tratamiento con biotina puede ser útil para disminuir los niveles de glucosa en sangre en la diabetes dependiente de la insulina, decidimos estudiar tal efecto en diabetes no insulodependiente con 26 ratones diabéticos, moderadamente hiperglucémicos y resistentes a la insulina que se trataron durante 10 semanas: 9 animales recibían 2 mg de biotina/kg. Un total de 8 recibían 4 mg/kg y 9 recibían un placebo salino (controles). Se cuantificaron los niveles de glucosa en sangre, la tolerancia a la glucosa, la respuesta insulínica a la glucosa oral y el descenso de la glucosa en sangre como respuesta a la insulina y se encontró que, en comparación con los controles, el tratamiento con biotina condujo a un descenso de los niveles de glucosa y a la mejora de la tolerancia a la glucosa y de la resistencia a la insulina. Los niveles de insulina inmunorreactiva en suero en los ratones tratados con biotina resultaron iguales a los de los controles.

(B)

Por otra parte, un estudio en humanos parece mostrar, usando dosis altas, que la biotina puede normalizar las pruebas de tolerancia a la glucosa oral en un contexto clínico:

Koutsikos D. et al. Prueba de tolerancia a la glucosa oral tras altas dosis de biotina intravenosa administrada a pacientes de hemodiálisis normoglucémicos. *Ren Fail*, 18(1). Enero 1996.

El metabolismo anómalo de la glucosa en uremia puede ser resultado de una compleja interrelación entre una secreción disminuida de insulina y resistencia a la insulina.



Algunos estudios recientes informan del efecto benéfico de la administración de biotina para el metabolismo de la glucosa en animales diabéticos y en un pequeño número de pacientes con diabetes mellitus. El objeto de este estudio era evaluar la respuesta a la administración intravenosa de altas dosis de biotina a pacientes de hemodiálisis mediante la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO). Se estudiaron un total de 11 pacientes de hemodiálisis con una edad comprendida entre los 32 y los 76 años que habían recibido hemodiálisis regularmente tres veces a la semana durante un período de entre 1 y 7 años. Se midieron la glucosa en plasma en ayunas, la hemoglobina glucosilada y la concentración de glucosa en plasma en varios momentos diferentes. Durante el estudio se mantuvieron sin cambios la frecuencia de la diálisis, la medicación, la dieta y el peso. Un total de 4 pacientes presentaron PTGO anómalos antes de la administración de biotina, que se normalizaron en 3 de ellos tras la misma. Nuestros resultados apoyan los hallazgos de otros estudios sobre los efectos beneficiosos de la biotina en diabetes mellitus experimental o clínica y abundan en la idea de una implicación de la biotina en el metabolismo de la glucosa.

(C)

El artículo que sigue muestra un beneficio potencial de la biotina para la reducción de la neuropatía asociada a la diabetes. Quizá también pudiera ayudar con la neuropatía por VIH:

Koutsikos D, et al. Uso de biotina para la neuropatía periférica en diabetes. Biomed Pharmacother, 44(10), 1990.

Tres pacientes diabéticos que sufrían neuropatías periféricas severas recibieron altas dosis de biotina durante un período de entre 1 y 2 años. Tanto los marcadores clínicos como los de laboratorio mostraron clara mejoría ya al cabo de 4 semanas. Se ha sugerido que la diabetes puede asociarse a una deficiencia, inactividad o inexistencia de biotina, lo que resultaría en una actividad defectuosa de ambas enzimas relevantes en el metabolismo del sistema nervioso. En base a nuestros buenos resultados, sugerimos que la administración regular de biotina a todo paciente diabético podría contribuir a la prevención y manejo de la neuropatía periférica, aunque sean necesarios ensayos clínicos extensivos y randomizados.

(D)

Los médicos interesados en los aspectos nutricionales suelen prescribir la biotina a sus pacientes diabéticos a razón de 1000 mcg oral tres veces al día. El doctor Jonathan Wright es uno de los pioneros y posiblemente uno de los más creíbles, ¡yo he seguido su trabajo durante más de 15 años!

Por otra parte, tengo informes de personas con elevados niveles de colesterol que toman biotina en dosis similares y que han observado significativos descensos de sus niveles de colesterol:

Marshall MW, et al. Efectos de la biotina en los lípidos y otros constituyentes del plasma en hombres y mujeres sanos. Artery, 7(4), 1980.

Se llevó a cabo un estudio durante 71 días con 40 hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 30 y los 60 años sobre el efecto de la suplementación con biotina (0,9 mg por día) en dietas autoelaboradas en los lípidos y otros constituyentes plasmáticos. La comparación de los cambios porcentuales desde los niveles de control mostró efectos significativos del tratamiento en más constituyentes plasmáticos que la comparación entre las medianas de los niveles presentes. En un análisis de los períodos de cambio, las mayores diferencias se observaron generalmente durante las dos primeras semanas que seguían a la suplementación con biotina, caso en el que los hombres y mujeres tratados presentaban cambios pequeños pero significativos en comparación con los cambios que presentaban los sujetos placebo en cuanto a lípidos totales, fosfolípidos totales y colesterol lipoproteínico alfa + beta. Al final del estudio, estos niveles eran iguales o más bajos que los iniciales. Los niveles en plasma de biotina resultaban aumentados por la suplementación con biotina y se observó una correlación negativa entre los niveles de biotina y los niveles de lípidos totales en plasma. La respuesta de alguno de los constituyentes de los lípidos en plasma resultó mayor en aquellos voluntarios que presentaban niveles basales de lípidos elevados en comparación con aquellos que los tenían inicialmente normales. Se concluye que ha de estudiarse más a fondo la necesidad de biotina en humanos, mediante nuevas aproximaciones y técnicas modernas que permitan responder a las preguntas sobre el papel de la biotina en el metabolismo lipídico de hombres y mujeres sanos.


(E)

Además de estos usos, el equipo médico de los atletas estadounidenses de levantamiento de pesos sugiere que altas dosis de biotina (5.000 mcg por día) pueden suponer ganancia en músculo y fuerza y mejora de la recuperación muscular, dado su crítico papel en el metabolismo energético celular.

Si decides tomar altas dosis de biotina, habla con tu doctor y pídele que te ayude a controlar mediante análisis de sangre los cambios en los niveles de glucosa, colesterol, triglicéridos, etc.

Michael Mooney

**En la red te recomendamos:
«Complementary Treatments for Lipodistrophy» en
<http://www.medibolics.com/lipodistrophy2.htm>**



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

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

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

...hasta niveles

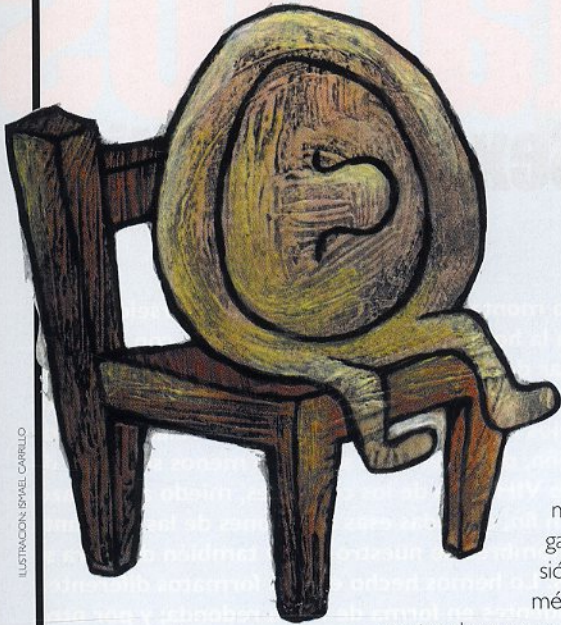
I N D E T E C T A B L E S

 **GRUPO MSD**

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

DOCTOR, DOCTOR:

Me gusta que me follen sin condón



ILUSTRACION: ISMAEL CARRILLO

La Gaceta Médica es una publicación con una gran circulación entre la comunidad médica (su credibilidad es otro asunto...) y con importantes vínculos con el Opus Dei. Hace unos meses, un artículo destacaba el siguiente texto: "...los facultativos deben informar a los pacientes homosexuales de sus opciones de tratamiento...".

Hace años que la Organización Mundial de la Salud determinó que la homosexualidad ya no se podía considerar una patología. Sin embargo, muchos gays actualmente en ejercicio de su sexualidad han conocido la terapia de aversión (lo que demuestra su inutilidad, dicho sea de paso) y la gran mayoría de los médicos actualmente en activo tuvieron que contestar durante sus estudios preguntas de examen como "¿Qué es un homosexual primario?" (Por si quieres saberlo, no se trata de un maricón poco sofisticado, sino de un hombre homosexual que nunca ha tenido relaciones sexuales con mujeres). Está claro que, hoy por hoy, la capacidad de cada profesional de la salud para escuchar sin juzgar ni patologizar la conducta sexual de los pacientes depende de su buena voluntad y experiencias personales, más que de su formación o de la opinión dominante en la profesión médica.

Antes de la aparición del VIH, la comunidad gay recurría a un reducido número de médicos que se identificaban como gays o simpatizantes, y con quien la clientela homosexual se sentía cómoda hablando de enfermedades de transmisión sexual y otros aspectos de su vida erótica en todo detalle. La introducción de los fármacos antirretrovirales redujo drásticamente el abanico de opciones disponibles, al obligar a todos los seropositivos a ser tratados por un especialista de un hospital. En cierto modo, esto ha sido una bendición, ya que, al concentrar miles de pacientes seropositivos en manos de un especialista, se asegura un cierto nivel de experiencia, que comporta a la larga el conocimiento de las costumbres de todas las comunidades afectadas. Por otra parte, un muestreo rápido revela que muchas, por no decir la mayoría, de las personas seropositivas no están cómodas hablando de su sexualidad con su especialista.

Si en nuestro entorno (Estado Español, 1999) hay dudas respecto a nuestro derecho al trabajo y la convivencia, adentrarnos en el terreno del derecho a la sexualidad seropositiva es ya una aventura. Cuando hablamos de sexualidad, no estamos hablando del deber matrimonial católico. Estamos hablando de la actividad entre personas adultas que se desean, del mismo o de diferente sexo (y no necesariamente de dos en dos) tal como sucede en la vida real, en toda su compleja diversidad.

Aunque aquí no existe un movimiento de "barebackers" (personas que optan por tener relaciones sexuales sin protección) tan visible como en EE UU, no cabe la menor duda de que cada día, en España, centenares de personas seropositivas optan por realizar prácticas sexuales que pueden comportar riesgos para su propia salud o incluso para la de los demás. Es posible que, en algunos casos, se trate de decisiones bien informadas, reflexionadas y consensuadas, y por lo tanto, perfectamente válidas. Sin embargo, lo que es casi seguro es que su médico no ha sido una parte activa e informada en esa decisión. Aparte de las obvias implicaciones para la salud pública que puede tener el hecho que una persona seropositiva decida (en base a informaciones más o menos erróneas) prescindir de las medidas de protección habituales en sus relaciones con personas supuestamente seronegativas, la aparición de cepas fármacorresistentes (algo que cabe suponer cada vez más frecuente) puede convertir el sexo sin protección entre personas seropositivas en un festival destructor de opciones de tratamiento.

Es posible que los médicos, por limitaciones de tiempo y carga de trabajo, no puedan ir nunca más allá de los mensajes simplistas de prevención, como "Usa condón siempre, aunque tu pareja sea también positiva..." (¿Siempre? ¿Cuándo paseamos el perro, por ejemplo?) En cualquier caso, es necesario que organizaciones y profesionales de la salud sean conscientes que la aparente cronificación de la infección por VIH conlleva un serio peligro de recaída en prácticas sexuales inseguras y que eso no sólo afecta a la población supuestamente seronegativa, sino también a las personas diagnosticadas VIH+. Más allá de mensajes simplistas y absolutistas (nunca, siempre...) es necesario desarrollar estrategias útiles que respondan a la compleja realidad del sexo en positivo. ■

GUILLERMO VALVERDE

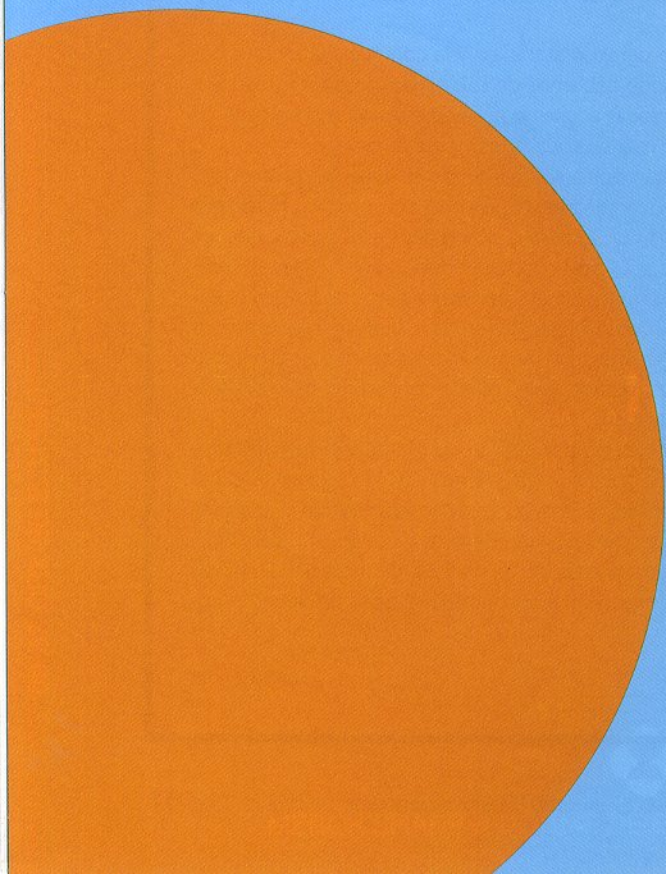
Cómo nos lo montamos

Sexo en positivo

por Maite Suárez y Joan Tallada

Hablar de sexo: ni más ni menos. De cómo montárselo antes y cómo montárselo ahora. De qué supuso el saberse portador de un virus a la hora de la negociación sexual, con la pareja regular o con el encuentro esporádico. Hablar de si decirlo o no decirlo, de qué hacer si no quieren usar preservativo, de la pérdida del apetito sexual y de problemas de erección en los hombres y de lubricación en las mujeres, de cambios en la forma de entender las relaciones y de que se espera que deparará el futuro. Y también, de hacer sexo seguro o menos seguro o de riesgo, relaciones con una pareja VIH+ o VIH-, uso de los condones, miedo al rechazo, soledad sexoafectiva y los cambios corporales. En fin, de todas esas cuestiones de las que tanta gente habla o quisiera hablar. Para ello, mujeres y hombres de nuestro país y también de fuera se desnudan y exponen sus temores y sus esperanzas. Lo hemos hecho en dos formatos diferentes: por un lado un grupo europeo discute temas candentes en forma de mesa redonda; y por otro, tres españoles nos brindan sus reflexiones personales sobre el tema.

Así podemos comparar situaciones y respirar diferentes aires. Esperamos que os sea placentero, o cuanto menos provechoso.



d

durante las horas finales de un fin de semana de trabajo del Grupo Europeo de Tratamientos del SIDA (EATG), 7 de sus miembros aceptaron entrar en generosa tertulia con nosotros para hablar de su sexualidad y su VIH en el patio de un hotel de Frankfurt (Alemania). Son seis hombres y una mujer de entre veinte y pico y cuarenta y pico años, de sexualidad homo o hetero, emparejados (con personas VIH+ o no) o solteros sin compromiso, tod@s seropositiv@s y activos en el mundo VIH tanto europeo como de sus países respectivos. Demos pues una cálida y agradecida bienvenida a: Jorma y Ritva (Finlandia), Koen (Bélgica), Maxime (Francia; ver entrevista en pág. 32), Mauro (Italia), Simon (Gran Bretaña) y Dimitri (Grecia).

Lo+Positivo: ¿Podríamos hablar de un "efecto VIH" en vuestra vida sexual?

Ritva: Estoy en una relación monógama con mi marido y el VIH no ha cambiado mi forma individual de vivir el sexo. Lo que sí es un cambio importante es que mi "poligámico" marido ya no recibe las 5 ó 10 llamadas de mujeres que recibía cada día antes de conocer su diagnóstico y está mucho más tranquilo en ese sentido.

Koen: Antes de mi diagnóstico tenía una relación con una persona seropositiva y desde mi punto de vista aquello era más fácil, porque yo sentía que podía ofrecerle apoyo, que podía estar por él. Todo empezó a ser más difícil al infectarme yo también, porque entonces ya éramos dos personas preocupándose la una de la otra. Además, mi compañero sentía una gran culpa por haberme infectado y nuestra salud evolucionaba de forma diferente. Al final tuvimos que dejarlo porque los problemas nos superaron.

Maxime: Yo no me he abierto emocionalmente a alguien en un contexto sexual desde hace años. Cuando vivía en los EEUU lo hice en varias ocasiones: si alguien me gustaba y habíamos llegado a un cierto punto de intimidad, lo decía e, indefectiblemente, este hombre desaparecía. Sin duda, esto era doloroso para mí, así que ahora voy por el sexo anónimo y no digo nada. Sé que tengo miedo de ponerme en la situación de que alguien llegue a gustarme y luego rechazarme al conocer mi VIH, así que evito implicarme emocionalmente con nadie: de momento, ésa es mi forma de lidiar con este asunto. Desde este punto de vista sí que veo ventajas a estar con una pareja VIH+, porque puedes compartir ciertas cosas mucho mejor y además, creo que una pareja VIH- a largo plazo me produciría muchos temores porque claro, por mucho que te protejas, los accidentes pasan.

Dimitri: Yo soy VIH+ desde hace 7 años y hace tiempo que decidí que se lo iba a decir a mis compañeros sexuales: era un poco como un sondeo, un experimento. No suelo decirlo si se

trata de algo casual, entre otras cosas porque el sexo penetrativo no me ha interesado nunca de forma principal y menos aún si es sexo anónimo, pero sí en un contexto de mayor intimidad. Debo decir que aproximadamente en un 60% de los casos, me he encontrado con reacciones muy extrañas: desde los que se ponen muy emocionales y hasta lloran a los que te miran con conmiseración y te ofrecen su hombro para que llores tú. El resto es gente a la que no le importa mucho y que aunque no sepan muy bien qué pensar o qué hacer, siguen queriendo tener sexo conmigo. Sólo en una ocasión me han rechazado claramente y en otra un hombre me ha dicho que él también era VIH+, una vez que se aseguró que yo le estaba diciendo la verdad. Algunas personas me preguntan si no tengo miedo de que me peguen una paliza o me insulten, pero debo decir que jamás me ha ocurrido algo parecido.

Maxime: No se trata tanto de que te peguen o cosas así. El VIH ha estado en mi vida desde 1982 y nadie me ha dicho nunca cosas bestias, pero de alguna forma las cosas cambian cuando "lo dices". Sé que probablemente no se debe únicamente

modo con la persona con la que estoy para llegar a dejarme penetrar o a penetrar a alguien: conocer a la persona, tomarme mi tiempo. No tengo problemas para funcionar con los condones, a pesar de que sí que hay una diferencia de sensación, pero creo que siento



Mauro: Creo que yo sé lo que es el amor, pero pienso que incluso cuando estás loco por alguien puedes ser consciente de los riesgos y decidir racionalmente hasta donde quieres llegar

al VIH y no es sólo el rechazo físico, sino un sentimiento de exclusión más radical.

Mauro: Es cierto que con una persona VIH- es muy difícil estar al mismo nivel. En Italia, un país tan católico, resulta complicado usar los condones de forma divertida, porque están asociados a algo sucio y triste.

Maxime: Lo que ha cambiado el VIH en mi forma de hacer sexo (¡Dios, esto es tan, tan íntimo!) es que para mí es mucho más difícil follar a un tío, porque para follármelo tengo que usar condón y sé que eso para mí puede suponer perder mi erección. Aunque es cierto que la penetración tampoco ha sido nunca el no va más de mi sexualidad, si llego a estar enamorado de alguien, sí que la penetración se me hace más deseable. No quiero caer en esas distribuciones de pasivo y activo que no me gustan nada, pero digamos que si alguien me folla con condón no tengo problemas y tampoco en que me hagan o en hacer una mamada con condón, pero me afecta saber que en una posición activa es cuando tengo más probabilidades de infectar a alguien.

Koen: Yo, desde que soy VIH tengo más dificultades tanto para follar como para que me follen. Tengo que sentirme muy có-

miendo de infectar a la gente.

Jorma: Mi experiencia resulta, creo, ligeramente distinta: durante los años que he sabido que soy seropositivo, he tenido tres relaciones amorosas: una durante 6 años, otra durante 3 y la tercera durante un año: todos ellos eran negativos y por lo que sé siguen siéndolo. Puedo decir que el VIH ha supuesto toda una mejora de mi vida sexual y que el sexo se ha convertido en algo aún más precioso para mí de lo que siempre había sido. Ahora estoy soltero desde hace 4 años y durante este período he sido completamente abierto sobre mi estatus con todas las personas con las que he tenido relaciones. Ni una sola vez he experimentado rechazo por ello y todas mis experiencias en este sentido han sido positivas. Por supuesto, al principio fue muy difícil: que si encontrar el mejor momento, que si llegar a decirlo... En fin. Ahora soy completamente público en Finlandia: salgo en la tele, los periódicos... Sé que en un país tan pequeño mis posibilidades de mantener sexo anónimo se han terminado (¡excepto en un cuarto muy, pero que muy oscuro!), pero resulta que desde que me he convertido en alguien conocido, se diría que soy una persona mucho más interesante: tengo más ofertas, van mucho más detrás de mí. ¡Hasta el punto de que he llegado a decirme a mí mismo que de haberlo sabido lo habría hecho mucho antes!

Lo+P: ¿Que os sugieren las palabras riesgo y responsabilidad cuando se trata de sexo y VIH?

Koen: En Bélgica hay un debate público en estos momentos en torno a las campañas que tratan de incidir en que las perso-

Simon: Personalmente, estoy mucho más a gusto con alguien que conoce mi situación y que la comprende

nas VIH+ se responsabilicen de practicar sexo con condón. Creo que es tremendo y personalmente siento muchísimo esta presión, porque cuando practico sexo anónimo, casual, hay muchas ocasiones en las que la gente quiere practicar sexo sin condón, con lo que tú sientes que toda la responsabilidad sobre un posible contacto de riesgo recae sobre tus hombros.

Ritva: En Escandinavia, si no le dices a tu compañer@ sexual que eres positiv@, eres un/a criminal. Es una situación muy peligrosa, que ha puesto a más de un@ en la cárcel. Conozco a varias mujeres VIH+ que debido a esta ley no tienen ningún tipo de vida sexual porque están demasiado asustadas de las posibles consecuencias y no se atreven a decirlo. Incluso si lo dices, o si ambas personas estuvieran de acuerdo en practicar sexo sin protección, la otra persona siempre puede negarlo todo.

Jorma: La lógica legal de esta situación se explica cuando piensas que, por ejemplo, yo no puedo pedirte que me mates. Incluso si te lo pido de rodillas, si lo haces seguirás siendo un homicida y la ley podrá pedirte cuentas. Por eso, incluso si la otra persona está de acuerdo en practicar sexo sin protección, la ley puede actuar contra tí.

Maxime: Es un tema importantísimo. Creo que este tipo de control social es una actitud completamente represiva y contraproducente y dudo de que metiendo a la gente VIH+ en la cárcel solucionemos el problema. En mi trabajo oigo todo el tiempo cosas relacionadas con este tema: muchas personas llaman porque van a hacerse la prueba y preguntan si, en el caso de dar positivo, pueden llevar a los tribunales a quien les ha contagiado, dado que ellos "confiaron" en es@ compañer@ sexual. Creo que, en general, las campañas de prevención han puesto todo el peso de la responsabilidad en la extensión de la epidemia en las personas seropositivas sin incidir en el hecho de que todos tenemos responsabilidad y que si eres VIH-, es tú responsabilidad seguir siéndolo.

Mauro: Yo tampoco creo que podamos regular el sexo entre la gente con leyes: cada persona es responsable de sí misma. La cuestión es que cuando pensamos en practicar sexo no pensamos en si será seguro o no, sino en si será placentero o no. Personalmente, la calidad de mi placer es mejor cuando practico sexo con protección, porque me siento más relajado cuando hago lo que puedo para protegerme a mí mismo y a la otra persona. Durante algún tiempo tuve problemas con mi erección, porque cada vez que sacaba el condón era como: "OK, ahora, ¡a follar!", y claro, se destruía la espontaneidad, pero desde que he aprendido a incluir el condón en el juego erótico y ya no tengo esos problemas.

Dimitri: En todos los sitios hay conductor@s más o menos imprudentes, fumador@s más o menos empedernid@s y todo tipo de conductas de mayor o menor riesgo: el riesgo es un asunto

que se relaciona con la vida como tal, no sólo con el sexo.

Maxime: No olvidemos las palabras de Woody Allen: "La vida es una enfermedad de transmisión sexual que siempre resulta mortal". Vaya, que creo que la noción de sexo 100% seguro es completamente errónea: lo que hay es sexo más o menos seguro. La única forma de practicar sexo 100% seguro es ser VIH- y estar con en una relación absolutamente monógama con alguien VIH-. A partir de ahí, cada un@ ha de saber para sí mism@ cuales son sus límites y por qué decide que algo es seguro, menos seguro o más seguro. Por lo que yo conozco, no hay mensajes destinados específicamente a personas VIH+ y much@s piensan que el sexo se ha acabado para ell@s. Debería haber mensajes destinados a diferentes tipos de personas: para mujeres, para gays, para jóvenes... La mayor parte de la gente sigue pensando que el VIH+ es cosa de putas, yonquis y maricones, precisamente por la ausencia de mensajes específicos.

Simon: Personalmente, estoy mucho más a gusto con alguien que conoce mi situación y que la comprende, del mismo modo que me resulta más gratificante cualquier tipo de sexo con una persona con la que me siento



Dimitri: En realidad no pienso que mis cambios corporales afecten mi capacidad de estar en situaciones sexuales, si a tí te da igual a la otra persona le da igual

bien que el sexo sin protección con cualquier otra persona. Creo que no es tanto qué sexo practicas, sino con quién lo practicas y cada persona ha de tomar responsabilidad sobre sí misma, aunque lo cierto es que si eres VIH+ la respuesta de la otra persona va a cambiar cuando lo sepa y lo más probable es que la responsabilidad caiga entonces sobre la persona que es VIH+.

Yo he estado tanto con un compañero positivo como con uno que no lo es, que es mi novio actual, y puedo decir que, en mi opinión, el estatus de la otra persona en el fondo no es lo más importante. Hay dificultades en ambos casos y por diferentes razones, pero me parece que es la complejidad propia de cualquier relación de pareja en sí misma.

[Maxime, Simon y Koen deben marcharse. Han apurado hasta el último minuto con nosotr@s pero ¡los aviones no esperan!]

Lo+P: ¿Influyen los antirretrovirales y algunos de sus presumibles efectos secundarios como la lipodistrofia en vuestra sexualidad?

Dimitri: Hace unos dos años que empecé con antirretrovirales y desde hace un año aproximadamente, mi libido empezó

a descender hasta llegar prácticamente a desaparecer: No tengo duda de que se trata de los fármacos.

Jorma: Yo también he experimentado ese problema, y cuando lo comenté con mi doctor me proporcionó un tratamiento con testosterona sintética (que no afecta la producción de testosterona de tu propio cuerpo) que en 6 meses ha puesto mi libido de nuevo donde estaba. Es decir, que este problema es tratable, así como el de las disfunciones eréctiles que también pueden asociarse a los fármacos, a pesar de que mucha gente no lo sepa.

Simon: Creo que las terapias de combinación también pueden tener también el "efecto secundario" de devolverte una perspectiva más amplia y prolongada de tu vida, por que al mejorar tu salud te sientes con derecho a plantearte de nuevo opciones de placer (y por tanto de sexo) y de futuro. Cuando estuve enfermo, pasé más de un año sin interés ni energía

Dimitri:
El chiste es que ya no se pregunta por el estatus VIH de la otra persona, sino por su perfil de resistencias

para buscar o practicar sexo, algo que fue por otro lado bastante productivo porque todo el tiempo que utilizaba en buscar sexo tenía que usarlo de otra forma.

Ritva: Yo no he experimentado problemas físicos, excepto que he perdido mucho vello y pelo, posiblemente por el indinavir: ¡La ventaja es que ya no tengo que depilarme!

Mauro: Mi novia sí ha experimentado problemas a raíz del VIH. Se queja de escasa lubricación y de que sus orgasmos son más difíciles de conseguir y lo relaciona con los fármacos, porque no sucede cuando ha tenido que interrumpir el tratamiento. También ha experimentado un crecimiento anormal del vello y sus menstruaciones son irregulares, posiblemente a causa del ritonavir.

Dimitri: Es cierto que los cambios son cuestión de un puñado de meses. Un colega del trabajo me decía un día "¡Vaya! Has perdido peso, pero de los sitios equivocados!". Tampoco afecta mi vida sexual porque yo pesaba demasiado y perder unos kilos ha estado bien (aunque sea en los sitios equivocados). De todas formas, siempre he tenido que lidiar con mis imperfecciones físicas, o sea que esto no es completamente nuevo para mí. En realidad, no pienso que mis cambios corporales afecten mi capaci-

dad de estar en situaciones sexuales y en mi experiencia, si a ti mismo te da igual, a la otra persona también va a darle igual.

Jorma: Efectivamente, ¡nuestro mayor problema está entre las orejas!

Lo+P: ¿Cómo se entienden razón y corazón en los tiempos del VIH?

Ritva: Cuando empecé a salir con mi actual esposo, yo estaba perfectamente informada de lo que era el VIH y sabía que tenía muchas razones para pensar que él podía ser VIH+ pero decidí actuar como si no fuera así. Podemos calificarlo como una decisión irracional tomada racionalmente, pero fue mi decisión y no puedo culparle de nada.

Jorma: Eso me ha pasado a mí y pasa a todo el mundo. Cuando sientes una gran atracción por una persona, o si te sientes enamorado, pierdes el sentido de la realidad: es el momento de la pasión sexual y el mañana simplemente no existe. Por otra parte, no olvidemos el uso de alcohol y drogas en relación con un sexo más o menos seguro, más aún en países tan bebedores como los escandinavos. Cuando estuve en México me explicaron las 4 fases de la borrachera con tequila y creo que pueden aplicarse al sexo: después de 2 tequilas,



Koen:
Yo, desde que soy VIH tengo más dificultades tanto para follar como para que me follen

me siento inteligente; después de 4 tequilas, soy atractivo; después de 6 tequilas, estoy blindado y después de 8 tequilas, ¡soy invisible!

Mauro: Creo que yo sé lo que es el amor; pero pienso que incluso cuando estás loco por alguien puedes ser consciente de los riesgos y decidir racionalmente hasta donde quieres llegar; aunque claro que si hablamos también de alcohol, o de cualquier sustancia que te altere la cabeza, ya es otro tema.

Lo+P: ¿Y qué os parece el sexo sin protección y consensuado entre personas que no revelan su estatus VIH y que en algunos círculos hasta se organiza en forma de fiestas de "sexo a pelo"?

Jorma: El pasado invierno pasé unos meses en España y me

Ya nada es como era

Por Yoli R.

Se podría pensar que si alguien insiste en no poner medidas de prevención, es al fin y al cabo su responsabilidad, pero yo no puedo ignorarlo.

Pues sí, la realidad es que las cosas han cambiado "ligeramente" desde que me diagnosticaron, sobre todo al relacionarte con un seronegativo, es evidente. Por un lado lo del preservativo; no voy a entrar en si es lo mismo o no "hacerlo" con o sin, lo que incomoda es no poder elegir: ¿Relaciones orales? ¿Preservativo femenino? ¿Barrera de plástico o papel film?. Como no tengas una relación estable, esto es una utopía. Imagínate el cuadro: una noche de marcha, conoces a alguien, a tu casa o a la mía y tú, con las llaves y el paquete de chicles en un bolsillo y el preservativo y medio metro de papel film en el otro (sobran comentarios). Por lo demás, el preservativo femenino: absolutamente horroroso, un verdadero "alien" dentro de las medidas de prevención.

En cuento a decirlo o no decirlo, depende. Si tengo claro que sólo va a ser sexo, una historia puntual, no veo ningún motivo para hacerlo. No creo que nadie tenga por qué saber según qué cosas si eres responsable en la relación. De cualquier forma, esto para las chicas no es nada fácil. No hace mucho, casi me tengo que pegar con un tío para que se pusiera el preservativo. Lo curioso es que según él (no sabía que yo era VIH+), estaba totalmente de acuerdo conmigo, entendía mi postura porque "con los tiempos que corren... pero por favor no me hagas ponerme el preservativo". Fuerte, ¿no? Luego, imagínate con las relaciones orales, ¿qué le dices? ¿Que no te gusta? Lo siento, pero no me sale. Me daría la risa, seguro. ¿Que tienes hongos, por ejemplo? ¡Por favor! No, no es fácil. Queda una alternativa, tomar tú la iniciativa y no dejarte hacer según qué cosas, pero como por lazos del demonio topes con el "machito ibérico" de turno, estás perdida: siempre querrá demostrar sus "recursos". Se puede hacer; pero es difícil.

Cuando la cosa no se plantea así, sino que intuyes que puede ser algo serio, pues, no sé, casi que peor; porque este es un caso en el que yo personalmente sí digo lo que hay. Normalmente aquí acaba todo, o no, pero aparecen muchos miedos e inquietudes por parte de la otra persona y a veces por ti misma. La historia de siempre: falta de información, incapacidad para afrontar la percepción de riesgo que tienen, ¡qué sé yo! El miedo termina siendo más fuerte que la atracción. Yo en este caso lo comunico para evitar todo lo que decía antes que puede ocurrir en una relación sexual puntual y también porque me planteo que si estuviera en el lugar del otro, me gustaría saberlo "antes de". Estoy segura de que esto no cambiaría nada, y no porque sea seropositiva digo esto; ya me vi en una situación así hace muchos años y cuando no lo era pensaba igual que ahora. Probablemente las mujeres seamos más románticas o tal vez más valientes, no lo sé.

Se podría pensar que si alguien insiste en no poner medidas de prevención, es al fin y al cabo su responsabilidad, pero yo no puedo ignorarlo. Claro que pienso que aunque la gente no tenga la información precisa para relacionarse con un seropositivo, al menos sí saben que el VIH existe y la mayoría de la gente también sabe, al menos, que hay que utilizar el preservativo, pero insisto en que yo no puedo ignorarlo. No siento que mi responsabilidad termine en pedirle al otro que utilice el preservativo. Desde mi punto de vista hay otras muchas cosas a tener en cuenta aunque para nosotras, claro está, sea un trabajo extra, sin duda. Lo suyo sería que no hubiera necesidad de insistir; que la gente se preocupara por informarse y fuera responsable en sus relaciones, pero ya sabemos que la realidad es otra.

Si la relación es con un seropositivo, por supuesto, se eliminan muchas barreras, incluso la del preservativo. Es cierto, esto ocurre entre las parejas de afectados, no nos engañemos, aunque procuremos poner en práctica la "marcha atrás". De todas formas, en mi caso, las cosas han cambiado. Ahora me tomo esto mucho más en serio por lo de la transmisión de virus resistentes a fármacos o con resistencias primarias simplemente, ya sabéis. Me parece que esto se puede convertir en algo bastante serio. En cualquier caso, está claro que es todo mucho más fácil, aunque me niego a que ésta sea la única base de mis relaciones, como me niego a cerrarme en la posibilidad de tener como pareja a un seronegativo, y no quiero meter a todo el mundo en el mismo saco. He tenido relaciones maravillosas con seronegativos, y por descontento que se puede alcanzar una sexualidad plena, aunque es indispensable que haya confianza. En cualquier caso, han sido siempre con personas que manejaban una buena información. Está claro que ésta es la base y la clave para que una relación de serodiscordantes funcione. O para que funcione cualquier relación, al fin y al cabo. ■

Mi vida sexual ahora es parecida a la que tenía antes de ser diagnosticado, hace ya 7 años: otra vez es promiscua y mundana, pero salvando las distancias. Ahora hago el sexo con precaución y sin riesgo. Tenéis que saber que durante cuatro años después de que me dijeran que era seropositivo no tuve relaciones sexuales. Lo que tuve fue una mezcla de sentimientos de depresión y de pensar que lo podía contagiar.

Me diagnosticaron porque pasé una neumonía en el 92.

Entonces no tenía a nadie con quien compartir lo que me pasaba. Poco a poco y sin darme cuenta me fui quedando en casa viendo la televisión, comiendo, durmiendo, sin salir ni hacer nada. Me dije: "Bueno, Manuel, ahí te quedas, espera hasta morirte". Pero fueron pasando los meses y no me moría, y pensé: "¿qué voy a hacer?". Entonces recurrí a un médico que me aseguró que me encontraba bien. Pensé después que si practicaba el sexo seguro podía volver a tener una vida sexual normal después de todos esos años.

Antes de volver a tener relaciones estaba preocupado, ya que la falta de práctica me hacía sentir impotente. La solución fue instantánea. Aquí al lado hay una playa donde se practica el sexo sin más, vosotros ya me entenderéis. Bajé, y en el primer encuentro, la primera erección: problema solucionado. Fue una cosa como montar en bicicleta, que nunca se olvida. Claro que ya no soy el que era, evidentemente, por todo lo que he pasado y porque ahora ya tengo 38 años.

Una cuestión más personal es que en realidad no me gusta este tipo de sexo. Lo vivo más como una tentación, algo que me resulta fácil: tengo la playa aquí al lado, me bajo y lo que pesco, bienvenido es. Son relaciones, como comenté a mis amigos, que cada vez que las hago, me dejan más vacío, peor. Quizá en el fondo no llevo una vida sexual muy sana. Lo digo en el sentido vital: físicamente sí que la controlo. Me digo: "Bah, me apetece hacerlo" y pum, me bajo a la playa; me echo un quiqui y me subo arriba. Pero ahora quiero afecto, además de sexo. En este tiempo ha habido conatos de relaciones más duraderas, pero se han quedado en agua de borrajas.

Ahora mismo no me podría plantear una pareja para hacer sexo todas las noches. Si por ejemplo voy ahora a la playa, después tengo que descansar durante dos o tres días. En cualquier caso, la relación que busco no es básicamente sexual, si no más afectiva, de dormir abrazados, besitos, una cosa así.

De entrada, no digo que soy seropositivo en un simple encuentro sexual. A veces no conozco ni el nombre de con quien estoy haciendo algo en un momento dado. Mi conciencia está tranquila porque practico el sexo siempre con condón. Además he notado que ahora la gente está más tensa a la hora de tener un encuentro. Ya no se besa. Se lleva mucho la masturbación, unilateral o mutua. Apenas se dan ya aquellas penetraciones fogosas y maravillosas que tuve yo en mi juventud. En cualquier caso, nadie ha rechazado el uso del preservativo, en cuanto lo he sacado o he preguntado si lo llevaban.

Mi ideal sería vivir en pareja, porque creo que ya estoy en edad. He hecho mucho el pendón y he sido muy guapo, y me he llevado los tíos más atractivos, o al menos yo lo considero así. Ahora me conformo con un chiquito que esté más que menos bien pero que me quiera y que me cuide. Quizá me dé igual si mi pareja es seropositiva o no, pero en el fondo creo que para mí sería mejor que lo fuese. Creo que entendería mejor todo. Aunque tampoco se puede generalizar; porque me he encontrado gente con todo tipo de reacciones, seropositiva o no.

Antes del diagnóstico tuve algunas experiencias de vivir en pareja, y la que más me duró fue un año. Ahora es algo que sí que me gustaría: dormir con una persona, despertarte y desayunar con ella; para mí ahora mismo sería maravilloso. Además si estoy en pareja soy fiel, porque creo que es lo único que mantiene la relación. Podría entender, aunque con esfuerzo y dolor, que mi pareja tuviera otros encuentros porque necesita más caña sexual, pero no me gustaría. Para mí el amor es posesivo y celoso.

Y eso que yo al menos he tenido siempre el apoyo y el amor de mi familia. Pero también hay algo de presión ambiental conforme pasan los años: todo el mundo con la parejita, y tú solo, solete, y además seropositivo. Te deprime ser el patito feo. Yo siempre había sido rebelde: decía cosas como "odio la pareja, casarse, esas cosas, y como soy gay puedo pasar olímpicamente". Era una cosa que anteriormente había descartado por completo. Pero para el final de mis días ... ¡Qué irónico es el destino! ■

Volver a empezar

Por Manuel Rodríguez



He notado que ahora la gente está más tensa a la hora de tener un encuentro. Ya no se besa.

viene de página 22



Ritva: Cuando empecé a salir con mi actual esposo, sabía que tenía muchas razones para pensar que él podía ser VIH+ pero decidí actuar como si no fuera así.

llamó poderosamente la atención lo que vi por allí en comparación con otros muchos lugares de Europa que conozco: había gente follando sin condones en todos lados: saunas, cuartos oscuros, bares gay.. Pero es que además llevar condones no estaba bien visto y cuando los sacabas te encontrabas con que te decían que no, que condón, no. Y si tú respondías que "sin condón, no sexo", ellos decían que "vale, pues no sexo". Yo estaba tan sorprendido que no podía ni analizar lo que pasaba: era como si pensarán que estábamos de nuevo en los 70 y que el VIH no existía.

Dimitri: El chiste es que ya no se pregunta por el estatus VIH de la otra persona, sino por su perfil de resistencias. Creo que el sexo a pelo se da en todos los sitios, en unos más organizado que en otros, pero en todos los sitios. Después de todos estos años, el pánico inicial al VIH se ha calmado y, en efecto, se generan rebeliones contra el pasado. Yo no estoy muy seguro si estoy en contra o a favor y aún no me he decidido nunca a practicarlo, pero la cuestión es que no está lo bastante demostrado que la reinfección por VIH sea realmente un peligro añadido para tu salud. Hay información contradictoria en apoyo de diferentes perspectivas, pero ninguna es concluyente.

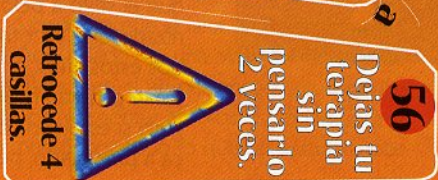
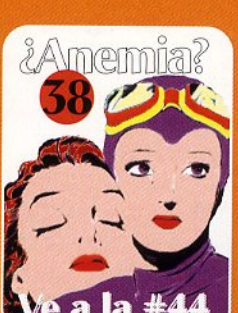
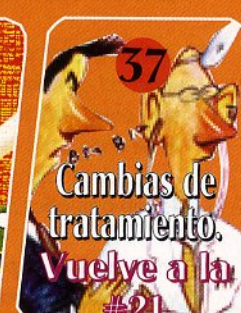
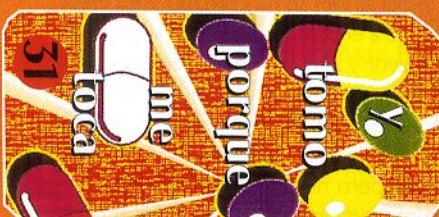
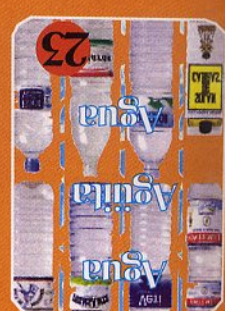
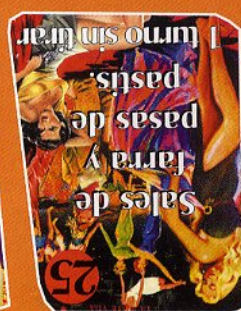
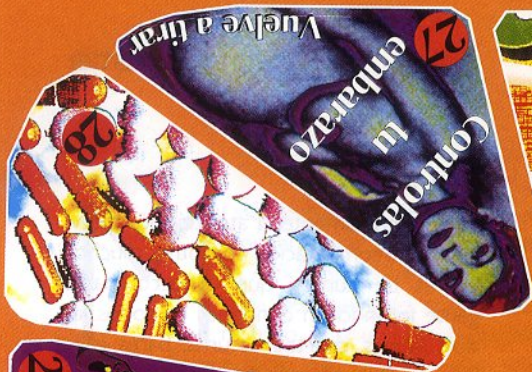
Jorma: Parece que una segunda infección puede ser al principio un poco como la primera, pero al cabo de unos meses, el virus resultante podría convertirse en un recombinante, como un hijo que se parece al padre y a la madre. Lo que no sabemos es cuántos "padres" pueden introducirse en esta ecuación. Ahora bien, hay casos documentados en los EEUU y otros lugares que nos permitirían postular que si una persona recibe dentro de su sistema renovadas cantidades de virus (incluso si es el mismo virus todo el tiempo) cada X horas ó días ó 2 veces por semana o lo que sea, su VIH progresará con mucha mayor rapidez.

Ritva: Creo que en algunos lugares del mundo occidental, el sexo a pelo es casi como una subcultura dentro del mundo gay, que intenta mostrarlo como algo terriblemente excitante, transgresor: una revuelta contra el condón. No me gusta en absoluto ver este tipo de cosas anunciadas en revistas y demás, sobre todo por su peligro para la gente más joven, más vulnerable. Yo he leído historias de chicos casi adolescentes que van con hombres VIH+ que les doblan la edad y que se meten en un rollo entre enfermizo y romántico del tipo "si me pasa su virus será como tener un hijo suyo, un regalo de amor".

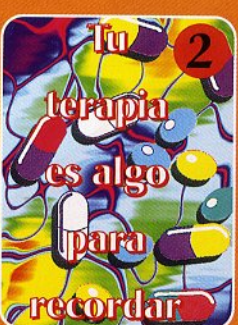
[Surgen las bromas: que si el amor perfecto como el maridaje de dos perfiles de resistencias idóneos, que si la atracción fatal de los virus mutantes.... Entre carcajadas y con prisas, disolvemos la tertulia.]

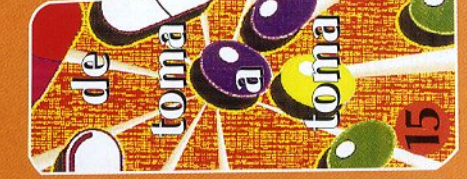
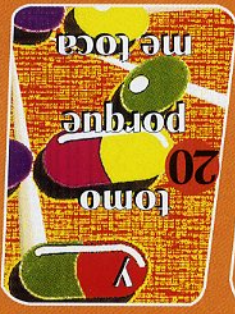
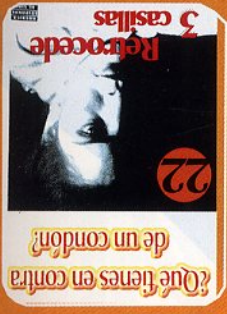
Jorma: El humor es esencial para la supervivencia. Si después de tantos miedos y tantos muertos, perdemos la sublimación que permite el humor, la vida sería demasiado insostenible.

Lo que estas horas de conversación dejan muy claro es que la gente seguirá siempre buscando y practicando sexo: no importa lo que diga la Ciencia, la Iglesia o tus padres. Incluso si el sexo se prohibiera por ley, la condición humana nos demuestra que la gente seguiría encontrando formas de practicar sexo, siempre, como sea, y al precio que sea. ■



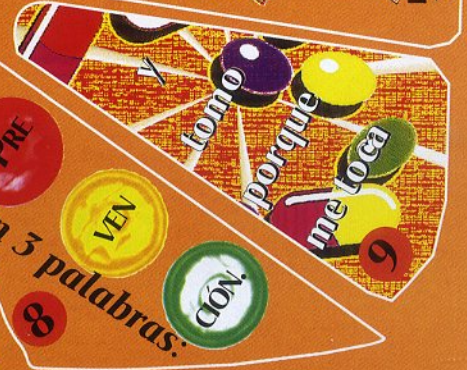
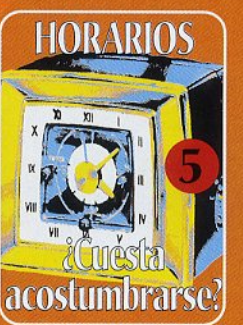
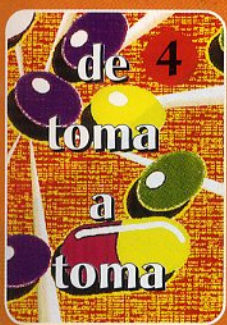
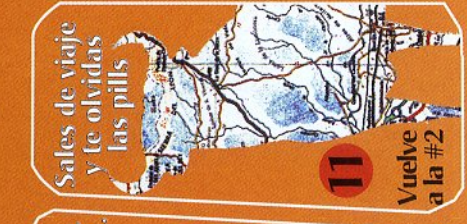
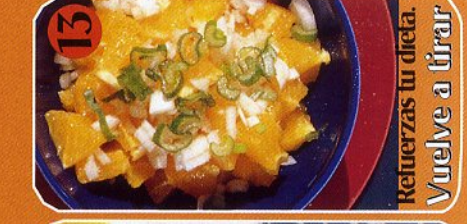
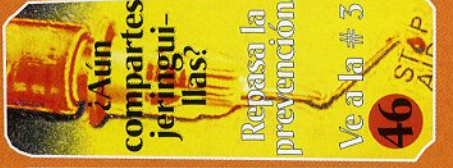
de Oca a Oca y Tomo porque me Toca





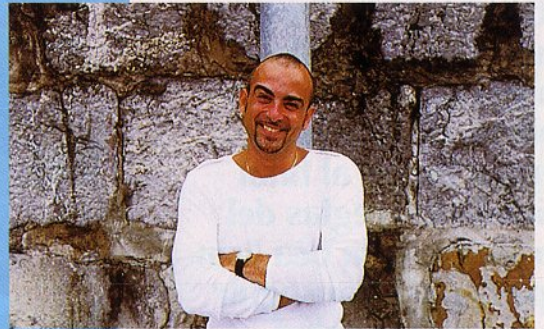
Se puede usar como un juego, pero es sobre todo un estímulo a la adhesión. Situat@s en la casilla de salida y pertrechad@s con cubilete, dado y ficha, intentad llegar al final siguiendo las reglas del clásico juego de la oca (¡sin trampas!) para conseguir la indetectabilidad.

¡Ánimo!



Algo más que SEXO

Por Enrique Rodríguez



Antes de conocer mi actual estatus serológico, en agosto de 1996, "disfrutaba" de una vida sexual que me atrevería calificar como promiscua y poco satisfactoria. De hecho puedo considerar que ese año fue el más kamikaze y salvaje que había tenido hasta entonces. Esto era debido en gran parte por la actividad laboral que desempeñaba en aquel tiempo, ya que regentaba un garito de copas nocturno, alargándose mi actividad hasta altas horas de la noche. Por consiguiente, la mayoría de las veces eran encuentros sexuales acompañados de grandes dosis de alcohol.

La infección se presentó de golpe: estuve ingresado 38 días muy grave en el hospital y en 14 días perdía 14 kilos. Poco a poco me fui recuperando y esta mejoría física era alentadora, pero aún me quedaba por delante una lenta recuperación de mi tuberculosis. Así es fácil de imaginar que con una medicación fuerte y la impotencia "psíquica" que sufría en aquellos días, no había modo alguno de "echar un buen polvo".

Tarde o temprano tenía que llegar el momento en el cual me debería enfrentar a mi primera experiencia sexual, teniendo conocimiento de mi nuevo seroestatus. Los miedos eran muchos: miedo a sentirme rechazado, miedo a no estar a la altura de las circunstancias llegado el momento, y también había dudas como la de si debería o no decir mi estatus serológico a mi pareja ocasional, o si debía limitarme a tomar todas las precauciones posibles. ¡En fin!

Así llegó por fin el gran día, que marca mi después, y el comienzo de mi nueva vida. Fue el 22 de diciembre de 1996. Esta fecha supuso para mí un paso importantísimo, dado que tuve la gran suerte de tener una relación con la persona más idónea, que me ayudó a vencer mis miedos y a resolver mis dudas. Fue como una auténtica primera experiencia de un adolescente; te sientes desprotegido y la incertidumbre te invade. Al final todo fue bien, le dije antes de nada que era seropositivo, y tuve la gran suerte de encontrar mucho cariño y comprensión. ¡Una gran suerte!

A partir de esta fecha todas mis relaciones sexuales han sido muy satisfactorias, tanto es así que puedo aseverar que mi vida sexual es mejor en la actualidad. Es mucho más viva, puesto que apenas bebo alcohol y disfruto más de ella; además no siento ningún reparo en decir a mi pareja ocasional que soy seropositivo, ya que me gusta evitar malos rollos.

Siempre revelo mi estatus serológico antes de hacer el amor, y

quizá lo hago por una razón: tiempo atrás tuve una relación con un sexo absolutamente seguro, pero sin besos, sin felación, evitando el intercambio de fluidos. Me pareció una relación nada romántica y casi lo eché de casa. Seis años más tarde me lo encontré en la consulta del hospital. Comprendí lo mal que debió pasarlo y el desprecio que se encontró por mi parte. Así que lo digo para evitar un posible malentendido, pues no quiero estar en una relación sexual con miedo.

También quiero resaltar que mis relaciones han sido mucho mejor con seronegativos que con seropositivos. Con los seronegativos he comprobado que he perdido ese pánico al SIDA, pero sin bajar la guardia. Han sido relaciones con asepsia total y con los medios de prevención oportunos. He notado que conocen mejor de lo que creemos el tema del VIH.

En cambio con los seropositivos no he tenido tanta suerte y he tenido sólo cuatro oportunidades de haber tenido una relación sexual y sólo en dos ocasiones he tenido una relación óptima; en las otras dos ocasiones he descubierto que se les escapa el apetito sexual por la boca, y luego a la hora de la verdad están castrados "psíquicamente".

Cambiando de tercio, tengo que decir que no me siento para nada un elemento contaminador. Creo que no se debe echar la culpa de un contagio a la persona que "infecta", y que la responsabilidad debe ser compartida por ambas partes: tanta es la del que "folla" sin goma como el que se deja "follar" sin ella.

Mis relaciones sexuales son más frecuentes que antes y más intensas, y aunque esto denota cierta promiscuidad en mi comportamiento sexual, lo cierto es que me gustaría tener una pareja estable: ¿por mi estatus serológico? Es posible, aunque creo que influye más mi edad.

Lo que me da absolutamente igual es el formar una pareja serodiscordante o no. Me interesa más cómo pueda ser esa persona, me gustan las personas con calidad humana, que sean tolerantes, progresistas y que sean consecuentes con lo que hacen. Desde luego si mi pareja fuera seronegativa, mejor para él que está sano y mejor para mí, porque seguramente será una persona con una amplia visión de las cosas.

Finalmente, sólo me queda decir que los seropositivos debemos dejar de asumir el papel de víctimas en las relaciones de pareja, puesto que muchas veces somos nosotros mismos con nuestra actitud los que terminamos por joderlas. ■

Los seropositivos debemos dejar de asumir el papel de víctimas en las relaciones de pareja

barcelona 2002

Barcelona acogerá el próximo año 2002 la XIV Conferencia Mundial del SIDA, una macroreunión internacional de carácter bianual que sirve para hacer balance periódico de la situación del VIH/SIDA. En ella se encuentran, junt@s y nada revuelt@s, investigadores, médicos, científic@s, representantes de la industria farmacéutica y de los gobiernos, miembros de ONG, activistas y personas VIH+. La importancia de que esta reunión se celebre en España y el reto que supone para el mundo de la 'Comunidad' es evidente. Es de esperar y desear que surjan diversas y contradictorias propuestas de cómo la Conferencia puede afectar a nuestro trabajo en las ONG como activistas o como personas afectadas por el VIH/SIDA y de cómo sacarle el máximo partido al hecho de que juguemos en casa. Lo+Positivo intentará reflejar todas las opiniones y fomentar el debate, con un único objetivo: la máxima participación de tod@s nosotr@s en un acontecimiento que nos es del todo menos ajeno. Un debate que quisiéramos plural y en el que tod@s, estemos o no trabajando en una organización, tenemos algo que decir. Para empezar, nos ha parecido importante ofrecer unos pocos datos de qué es una Conferencia, pero las personas interesadas pueden ampliar la información y contrastarla en los sitios oficiales de las Conferencias de Ginebra y Durban en internet:

Ginebra 1998: <<http://www.aids98.ch>>
Durban 2000: <<http://www.aids2000.com>>

¿Quién organiza la Conferencia?

La Conferencia está impulsada principalmente por la Sociedad Internacional del SIDA (IAS, en sus siglas en inglés), que es, asimismo, la encargada de seleccionar la ciudad sede.

Barcelona será la sede de la XIV edición de la Conferencia, según la propuesta presentada por Josep M^a Gatell, jefe de la unidad de enfermedades infecciosas del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, y por Jordi Casabona, epidemiólogo que dirige el CEESCAT (siglas en catalán del Centro de Estudios Epidemiológicos de Cataluña), organismo dependiente de la Generalitat de Cataluña. Ambos son los co-chairs (o co-presidentes) de la Conferencia de Barcelona, que se celebrará en julio del 2002, dos años después de la que se celebrará en el 2000 en Durban (Sudáfrica)

¿Cuánta gente asistirá?

Para Barcelona 2002 se espera la asistencia de unas 12.000 personas, aunque es posible que se llegue a las 15.000. La organización de cada Conferencia concede un número limitado de becas (totales, incluyendo todos los gastos, o parciales), a través de un Comité de Becas, en el que está representada la Comunidad. Es necesario pedir las becas con mucha antelación y su concesión, claro está, no está garantizada.



Qué entendemos por Comunidad?

Por influencia del inglés se utiliza este término para designar al conjunto de las personas con VIH, sus familiares y amig@s, l@s defensores de sus derechos, l@s activistas de tratamientos y a l@s voluntari@s y profesionales de las ONG. El papel de la Comunidad en estas Conferencias ha sido una conquista histórica de l@s activistas, de las ONG y, sobre todo, de las personas VIH+. Como cualquier conquista histórica, hay que defenderla permanentemente para que no nos la arrebaten.

Dos días antes de la Ceremonia Oficial de Bienvenida tiene lugar el Plenario de Apertura de la Cita de la Comunidad, o Community Rendez-vous (CRV, en siglas). Con lo cual, los 4 días oficiales de la Conferencia pueden alargarse hasta los 7 o los 10 días.

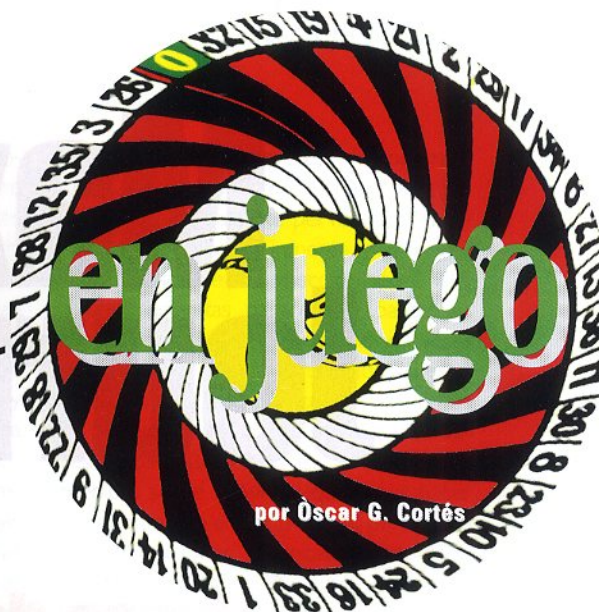
El CRV es un programa previo y paralelo que busca formar a las personas de la Comunidad para que sepan orientarse y satisfacer sus intereses en la complejidad y extensión del Programa oficial. También ofrece talleres para mejorar conocimientos técnicos, creativos o de gestión, espacios de encuentro e intercambio, etc.

La Conferencia oficial

La de Durban tiene cinco grandes ejes, llamados itinerarios o tracks, que son los que siguen. A: Ciencia Básica. B: Ciencia Clínica. C: Epidemiología, Prevención y Salud Pública. D: Ciencias Sociales y del Comportamiento. E: Comunitario.

En torno al programa oficial, se desarrollan decenas de sesiones paralelas en forma de simposios satélites, desayunos de trabajo, actividades de la comunidad, acciones de visibilidad, talleres, etc. Finalmente existe un programa cultural paralelo.

lo que está



¿Quién es quién en la Conferencia?

El máximo nivel de decisión lo componen el/la Chair o Co-chairs de la Conferencia y el/la Manager de la Conferencia. Además, cada uno de los itinerarios descritos cuentan con su propio comité y su propio chair: La composición de esos Comités es decidida por el Comité Organizador de la Conferencia (COC), que es el máximo órgano decisorio. A sus reuniones asisten todos los chairs, más el/la manager; un/a representante de la IAS y un@ de ONUSIDA.

Estructura comunitaria

Hasta ahora, la estructura del Comité Comunitario de la Conferencia era la siguiente:

- **Chair comunitario**, un/a representante de cada una de estas organizaciones:
- **IAS: Sociedad Internacional del SIDA.**
- **ONUSIDA: Organización de Naciones Unidas para el SIDA (UNAIDS, en inglés).**
- **GNP+: Red global de personas que viven con VIH.**
- **ICW: Consejo Internacional de mujeres con VIH.**
- **ICASO: Consejo Internacional de ONG SIDA.**

A las reuniones de este Comité se invita a participar al chair científico. El/la chair comunitario/a (o chairs, porque a veces son dos) lo/la designa la IAS a propuesta de los chairs de la Conferencia. Su trabajo no consiste tanto en hacer propuestas propias, que también lo puede hacer; sino en vehicular y ordenar las propuestas surgidas de las redes comunicativas que ligan la comunidad local y la comunidad internacional. Técnicamente, coordina los trabajos del Comité Comunitario y hace desarrollar las decisiones de éste. Debe defender los puntos de vista y las opiniones de los grupos comunitarios respecto al programa oficial y el contenido de los itinerarios.

En Ginebra 1998 el chair no surgió de la comunidad local sino de la entidad *The Terrence Higgins Trust* de Londres. En la Conferencia de Durban del próximo año, por el contrario, cuentan con dos chairs comunitarios: uno en nombre de la Asociación Nacional de Personas con VIH y el otro de la Federación Nacional de ONG, ambos sudafricanos.

Comité comunitario local

Hace aportaciones sobre el contenido y la estructura del programa. También se convierte en un comité logístico de apoyo para la comunidad internacional, y entre sus funciones está identificar espacios para actos, organizar recepciones, rastrear las posibilidades de alojamiento, etc.

En cuanto a su composición, varía según la Conferencia. En Durban, por ejemplo, se ha ideado un sistema de participación doble: el Comité propiamente local, que lo es de la región cuya capital es Durban, y al que se le encargan las tareas más logísticas, y el Comité virtual en el que a través de un sistema de comunicación por internet participan miembros de la comunidad de varios países del Sur de África.

¿Y en Barcelona?

Por lo que respecta a Barcelona 2002, la estructura de participación de la Comunidad así como el/la chair comunitario/a aún no han sido concretados. La Comunidad, por su parte, va lanzando propuestas en la más absoluta descoordinación por el momento. Por un lado, se ha constituido un Comité Comunitario en Barcelona, ampliamente representativo de las ONG de Cataluña, que ha realizado una propuesta con nombres y apellidos para chair comunitario y que ha establecido un programa de trabajo para influir decididamente en la elaboración del programa de la Conferencia. Por otro lado, un grupo de ONG, básicamente de fuera del ámbito catalán, han propuesto otra persona para co-chair.

Finalmente, existe una tercera propuesta, lanzada por otras ONG: realizar una Conferencia paralela a la oficial en Sitges y en las mismas fechas, dado que se considera que la Conferencia oficial no puede recoger convenientemente las preocupaciones de la Comunidad. En medio de esta pluralidad de opiniones no es descabellado pensar que la Conferencia de Barcelona pueda suponer un retroceso en cuanto a la presencia y la incidencia de la Comunidad respecto a otras ediciones, acusando recibo, por otro lado, de una cierta tendencia que ya se insinúa en la Conferencia de Durban: algunos médicos y políticos piensan que ya está bien de activistas y personas VIH+ compartiendo pasillo y micrófono con ell@s. ◀

Maxime Journiac,

respuestas y dudas de un activista

por Maite Suárez

En España, la figura del activista en VIH/SIDA y, especialmente, en tratamientos es desgraciadamente escasa. En otros países europeos, la realidad es bien diferente. Para ofrecer una muestra personal de ello, nos hemos ido al otro lado de los Pirineos para hablar con Maxime Journiac, francés, hombre, homosexual seropositivo y como se define él mismo- y activista. Maxime vive en París, donde trabaja en la línea telefónica de soporte e información de InfoSida, la mayor organización VIH de su país. Además, es un muy dinámico miembro del Grupo Europeo de Tratamientos del VIH/SIDA (EATG) que trabaja codo a codo con farmacéuticas, científic@s e instituciones con el objetivo de intervenir en los procesos de investigación, producción y acceso a terapias anti-VIH.

Lo+Positivo: ¿Cómo recuerdas la entrada del VIH en tu vida y cómo llegaste al activismo?

Maxime Journiac: Una ruptura amorosa me llevó a Nueva York en 1980. Viví allí hasta 1991. Lo que empezó como una broma entre nosotros sobre esa "enfermedad gay" de la que hablaba la prensa, se convirtió poco a poco en una pesadilla real. Mi compañero de entonces, Bob, empezó a enfermar en 1983 y murió tres años más tarde. A partir de ese momento, las muertes en mi entorno se sucedían sin parar: Un año después de la muerte de mi compañero, decidí hacerme la prueba. No hubo el milagro que yo esperaba y dió positivo. Ya había iniciado mi colaboración con varias asociaciones pioneras en aquel estado de crisis, casi de pánico: *Guys Men's Health Crisis* (GMHC), *Body Positive*... En 1988 conocí *Act-Up*. Desde aquel momento decidí que, al igual que años antes había decidido que no iba a ser un marica despreciado por el mundo, ahora tampoco no iba a ser una marica más dejándome morir de SIDA.

Finalmente, la atmosfera en Nueva York se me hizo insostenible, parecía que todo el mundo estaba enfermo. Decidí volver a París en 1991 y en dos meses ya estaba inmerso en varios proyectos de lucha contra el VIH, incluida la creación de la línea telefónica de InfoSida... ¡Hasta hoy!

Lo+Positivo: ¿Cómo combinas tu activismo en tratamientos del VIH

con tus decisiones personales sobre el tema?

M. J.: Mi interés por los tratamientos comenzó en mis últimos años en Nueva York. Estaba claro que había que saber cada vez más sobre la forma de combatir al VIH, porque creo firmemente que el conocimiento era, y es, poder. Es posible que mi activismo en tratamientos sea una forma sublimada de intelectualizar el

tema, de lidiar con mi propio VIH, pero lo cierto es que en mi trabajo como activista, mi seropositividad pasa a un segundo plano y no me siento cómodo si otras personas ponen su caso particular por delante de las discusiones generales.

Por lo que respecta a mi propia historia de tratamientos, durante mucho tiempo me he considerado algo así como un "no progresor", porque tanto mis marcadores virológicos como mi historia clínica han sido durante años bastante estables, con o sin fármacos [Maxime tomó AZT en monoterapia durante más de 4 años y AZT y 3TC (Epiriv®) entre 1996 y 1997, al tiempo que seguía, sin éxito, un tratamiento con interferón para su hepatitis C]. Ahora estoy a punto de empezar de nuevo un tratamiento para mi hepatitis, esta vez con interferón y ribavirina. También estoy esperando los resultados de mis últimas analíticas. Hace tiempo que mi doctora me está diciendo que es hora de iniciar un tratamiento triple, que mi carga viral está subiendo, lenta pero segura y soy consciente de que el virus está haciendo progresos en mi organismo y que los marcadores virológicos indican que debería tratarme. No es que simplemente me diga a mí mismo que no quiero tomar antirretrovirales y punto. No. Es algo mucho más meditado y complejo: para empezar, mi prioridad en estos momentos es tratar mi hepatitis C, y sé que es un tratamiento muy duro, por lo que prefiero hacerlo sin antirretrovirales, para no castigar tanto al hígado. Por otra parte, no reúno las mejores condiciones para tomar inhibidores de la proteasa: somos una familia de gorditos; tengo los triglicéridos un tanto altos por naturaleza; mi edad es otro factor de riesgo añadido y mi hígado está ya bastante machacado por la hepatitis. Por último, aunque ya no soy 'virgen' a todos los antirretrovirales, tampoco he 'quemado' tantos fármacos. Escucho a

mi cuerpo, sigo mis controles rigurosamente y sé muy bien lo que hay pero nadie me ha demostrado de manera concluyente que empezar algo más tarde, con una carga viral mayor y quizá menos CD4 implique resultados realmente peores que si se empieza antes, con una carga viral más baja y más CD4. Cada una de mis decisiones es el resultado de largas y complicadas reflexiones que siempre discuto

con mi doctora, que tiene un estilo muy accesible y a quién le gusta compartir sus decisiones conmigo.

Lo+Positivo: ¿Cómo encaja en este contexto tu uso de terapias no convencionales?

M: Creo en la salud como algo integral y el problema con los antirretrovirales es que se cuidan de tu carga viral, y punto, mientras que las terapias complementarias no van a eliminar el virus pero sí pueden ayudarte con otros aspectos de tu salud: es una cuestión de equilibrio. Un estudio bastante reciente indica que al menos un 50% de las seropositivas usan algún tipo de terapia alternativa. Además, con cosas como la lipodistrofia o la neuropatía, últimamente cada vez más personas están abiertas a hablar de estos temas, incluidos médicos y farmacéuticos. Éstas ponen en el mercado fármacos cuya toxicidad quizá se viera aliviada o suprimida gracias al uso de ciertas terapias complementarias y creo que es su responsabilidad investigarlo. Yo tomo mis vitaminas y alguna otra cosita desde hace muchos años y quizá me ha ayudado a mantenerme estable durante todo este tiempo, aunque no puedo probar que sea cierto. Lo hago un poco "por si las moscas" y también por el valor ritual que mis pastilleros siempre han tenido para mí: es como jugar a la tiendecita de caramelos.

Sea como sea, sí creo que vivir con el VIH requiere un estilo de vida muy cuidado en relación con la dieta, con el consumo de drogas, de alcohol, de tabaco.

Lo+Positivo: ¿Qué es para ti un activista en tratamientos del VIH?

MJ: Alguien que no pierde de vista las necesidades de las personas VIH+, que no olvida que nuestra legitimidad viene de

aquellos cuyos intereses defendemos. Creo que en los últimos tiempos está sucediendo algo bastante perverso en el activismo VIH: con la inmensa y creciente complejidad de la infección por VIH, algún@s activistas parecen atrapad@s en una especie de juego intelectual y a veces pierden el sentido de la realidad ¡No estamos aquí porque vayamos a convertirnos en premios Nobel o algo por el estilo! Necesitamos más conocimientos científicos y médicos sobre el VIH si queremos hacer nuestro trabajo en condiciones, pero nuestras obligaciones principales son hacia nuestra comunidad. A veces siento que hay personas que casi utilizan su activismo para resarcirse del hecho de no haber podido o no haber sabido tener éxito con sus carreras académicas como doctores o científicos o lo que sea.

Me preocupa que terminemos como una elite alejada de la realidad de las personas afectadas que están ahí, tomando sus tratamientos cada día. Creo en el activismo desde abajo y sé que muchas personas tienen miedo de saber y que otras muchas prefieren no saber; pero por eso mismo nosotros hemos de ser capaces de hacer llegar los temas relevantes a la gente sin sofisticaciones que les hagan alejarse por miedo a su complejidad.

Lo+Positivo: ¿Qué recomendarías a una persona que lea esta entrevista y quiera iniciarse en el activismo VIH?

M.J.: Primero, que no se asuste, que no deje que el lenguaje científico le tire para atrás, Much@s de nosotr@s no tenemos una formación científica y hemos ido, muy poco a poco, entendiendo cada vez más sobre el VIH. Le diría que no deje su vida en las manos de su médico, porque el médico es un compañero importantísimo, y

es fundamental encontrar un@ en el que sientas confianza, pero no debería ser quien lo decidiera todo. Que encuentre otras personas VIH+, que hable con ellas, que intente comprender

lo que significan sus analíticas, que explore sus sentimientos, que comparta sus experiencias, porque seguro que hay cosas que hace que están muy bien. En fin, que se abra, a su propio ritmo, pero que se abra y que no se quede en casa hundido. Y si quiere sentarse pasivamente y no hacer nada, vale, es su decisión, pero entonces, que no se queje después. ■

Es posible que mi activismo en tratamientos sea una forma sublimada de intelectualizar el tema, de lidiar con mi propio VIH

¿Doble terapia triple para coinfectad@s pretratad@s?

Se han presentado los datos provisionales de un estudio piloto de una terapia triple para el tratamiento de la hepatitis C crónica en personas que no han respondido al tratamiento con interferón. Dicha triterapia combina interferón (IFN)+ribavarina (RBV)+amantadina (ATD). El primero de los fármacos, el interferón alfa, era hasta ahora el tratamiento estándar para la hepatitis C, pero su porcentaje de éxito era muy escaso, sobre todo en personas con un virus de genotipo 1. Recientemente se ha introducido el tratamiento doble, IFN+RBV, que parece mejorar los resultados significativamente.

Ahora, el Dr. Brillanti y colaboradores, del Policlínico S. Orsola, de la Universidad de Bolonia, en Italia, nos ofrecen los primeros resultados de la combinación de estos dos con una nueva sustancia, la amantadina. El estudio se llevó a cabo en 20 adultos que no habían respondido a un tratamiento clásico con interferón alfa durante 6 meses, y que fueron aleatoriamente dividid@s en dos grupos: al primero se le administró una combinación de IFN+RBV (terapia doble) y al segundo lo mismo más ATD oral (terapia triple), durante 6 meses.

Al final del periodo, se obtuvieron niveles normales de transaminasas alaninas (la llamada respuesta bioquímica) en 2 de las 10 pacientes en doble terapia y en 7 de las 10 en triple terapia y niveles negativos de ARN del VHC en suero (la respuesta virológica) en 1 de terapia doble y en 7 de terapia triple. Seis meses después de haber interrumpido el tratamiento, la respuesta bioquímica se mantenía en 1 del primer grupo y en 4 del segundo, y la respuesta virológica en ningún paciente en terapia doble y en 3 de la triple.

Estos datos, sin embargo, corresponden a personas que no presentaban coinfección con el VIH, por lo que deben ser interpretados con precaución. Ahora bien, si se llegan a confirmar, podría dar lugar a dos tratamientos triples diferenciados en personas coinfectadas, uno para tratar el VIH y otro para tratar el VHC. Urgen estudios que nos muestren si la terapia triple para la hepatitis C también funciona y en qué grado en personas coinfectadas, que nos indiquen si es posible que ambas terapias triples puedan ser administradas de forma concomitante (al mismo tiempo) o bien consecutivas (una detrás de otra) y bajo qué circunstancias, qué tipo de interacciones pueden darse entre las diversas familias de fármacos y qué efectos secundarios (este estudio, por ejemplo, no dice nada sobre la eventual toxicidad de la amantadina oral, algo que nos daría pistas para su posible uso con antirretrovirales para el VIH). ▲

Empezar de cero: nueva monoterapia para hepatitis C no pretratada

Infergen es el nombre con el se conoce un nuevo tipo de interferón, llamado interferón de consenso (curioso nombre), que ha sido evaluado en un estudio dirigido por el Dr. Carl Jones, del Hospital General Allegheny, en Pittsburg, Pennsylvania, EE UU.

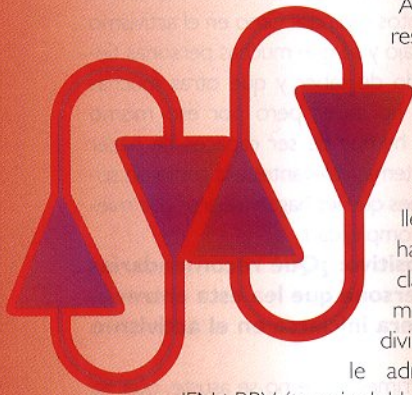
Dicho estudio consistía en la administración en monoterapia de altas dosis de Infergen en pacientes no tratad@s previamente (es decir, que no habían recibido el interferón alfa convencional) y que además tenían la particularidad de presentar el genotipo 1 del virus de la hepatitis C (VHC), considerado el más difícil de erradicar. El tratamiento distinguió dos grupos: en el primero la dosis era de 15 microgramos al día cinco veces por semana, y en el segundo la misma dosis pero tres veces por semana.

En su conjunto, el 62% de las pacientes ha dado negativo para ARN del VHC, pero por separado la diferencia es grande: el 72% de las pacientes randomizadas a recibir 15 microgramos del fármaco cinco veces por semana eliminó el virus de su sangre después de doce semanas de terapia, en comparación con el 38% de pacientes en el programa de 3 veces por semana, siempre según el chequeo del ARN del VHC.

Hay que recordar que las personas con HC del genotipo 1 sólo responden de forma mantenida en una proporción del 5-10% con el uso del tratamiento convencional con interferón alfa. Incluso los mejores datos de la respuesta en estas personas con la terapia combinada de interferón alfa y ribavarina muestran un máximo de un 21% de respuesta sostenida. En cuanto a los efectos secundarios podría ser que los 15 microgramos del interferón de consenso serán menos tóxicos que los 5 o 10 millones de unidades del interferón convencional, aunque esto está todavía por demostrar. Hasta ahora, por ejemplo, la monoterapia con 15 microgramos con interferón de consenso no presenta uno de los efectos adversos de la terapia combinada con ribavarina, que es la anemia hemolítica.

Ahora bien, en el estudio hubo varios casos de efectos secundarios hematológicos en el brazo de 5 veces a la semana, tales como trombocitopenia y neutropenia. Estas personas fueron pasadas al grupo de 3 veces a la semana, los efectos desaparecieron y siguieron el tratamiento.

Una vez más, hay que leer estos datos con prudencia, pues no se refieren a personas coinfectadas. Las observaciones respecto al estudio anterior son también aplicables a este caso. ▲



Un leucocito de verdad

El médico opina

por Dr. Emilio Ledesma

Peticio : 504608	Data Pet. : 06/07/1999
Num.Reg : 0000	Nom : CORTES;OLIVER, OSCAR
Num.His.Cli.: 0000 000	
Procedencia : HDIN - HOSP.DE DIA INFECCIOSAS	
Doctor :	Servei : INF

Prova	Res.	Unitat	Int. Referencia
POBLACIONS CEL.LULARS			
POBLACIONS CEL.LULARS			
CD3	: 75.1	%	69.5 +/- 6.4
CD4	: 30.5	%	43.4 +/- 4.9
CD8	: 45.6	%	30.2 +/- 3.4
COCIENT CD4/CD8	: 0.67		1.47 +/- 0.28

Hospital Clinic : 13/07/1999

por Òscar G. Cortés

Papeles, papeles y papeles. Es uno de los efectos secundarios menos descritos de nuestra enfermedad. Entre ellos, multitud de analíticas, "nuestro historial". Los documentos que tendrá cada un@ dependerán de muchos factores. De si estamos o no en un ensayo, del médico que nos atiende, del tiempo que tiene, del hospital al que nos hemos apuntado (a veces por fuerza: ¡no hay otro!), del ordenador del médico, de la impresora del ordenador y de, si a pesar de tod@s, todo funciona. En mi caso, estoy en un estudio, el ATLANTIC, un estudio que busca comparar la eficacia de un medicamento concreto, Nevirapina /Miramune®, con otros medicamentos de otra clase (Indinavir/ Crixivan® y 3TC/Epivir®). Estar en un estudio permite un seguimiento más continuado por parte del hospital pero también te obliga a dejarte sacar sangre con más frecuencia y a vivir tu enfermedad de una forma más "intensa". Cuestión de balance, como todo.

Hoy hablamos de 'mis defensas'. En forma de CD3, CD4 y CD8. Emilio Ledesma, que es mi doctor invitado en este caso, nos explica al lado de qué se trata. Veréis que las cifras están en términos relativos (de porcentaje), a partir de las cuales mi doctora me facilita siempre los valores absolutos. Aunque aquí no estén descritos, en todas las ocasiones me voy de la consulta, dos o tres semanas después de haberme hecho los análisis, con esos valores. Así pues, el documento que reproducimos es más bien de trabajo pero muchas veces es así como se me facilitan los resultados (uno de los inconvenientes de los estudios es que comportan mucho papeleo, a veces burocrático).

¿Y qué pienso de mis defensas? Nada. Intento no obsesionarme con las cifras y hasta el día en que no bajen por debajo de un límite crítico, ¿200?, ¿150?, pienso tratarlas como las de un vecino casi desconocido. ▼

Se trata de un análisis de "subpoblaciones linfocitarias" (diferentes tipos de linfocitos) cuyos resultados se expresan en porcentajes sobre el total de linfocitos analizados. Es más habitual realizar además la determinación de valores absolutos (el recuento típico expresado en número de células -CD4 por ejemplo- por mL de plasma), que se calcula a partir de estos porcentajes y el número total de linfocitos.

El CD3 es un marcador de células T. El análisis indica que un 75% de los linfocitos son células T. Es un marcador inhabitual en la enfermedad por VIH. Tanto CD4 como CD8 son, en general, sus poblaciones de linfocitos T (que son CD3+).

El porcentaje de CD4, sobre el que centraremos la atención, oscila en sujetos sanos alrededor del 51 +/- 5%, y corresponde fisiológicamente a aproximadamente a cifras absolutas de entre 600 y 1200 CD4/mL.

Òscar presenta un porcentaje de un 30,5%, que se corresponde, aproximadamente (dependiendo de su número total de leucocitos y el porcentaje de linfocitos), a algo más de 500 CD4: unos 600 CD4/mL. En la enfermedad por VIH se considera inmunosupresión grave cuando el recuento baja de 200 CD4/mL, que corresponde a un porcentaje por debajo del 14%.

Las cifras de linfocitos y poblaciones linfocitarias son variables de centro a centro, de una hora del día a otra, y varían por factores como tabaquismo, ejercicio físico intenso, toma de corticoides, etc.

Por último se calcula el porcentaje de CD8 para analizar esta subpoblación pero especialmente para calcular otro de los más tradicionales marcadores de progresión: el cociente CD4/CD8. En situaciones normales es mayor que 1 (hay más CD4 que CD8), pero en el VIH "se invierte" y se hace menor que 1 (por la pérdida de CD4). Un cociente por debajo de 0,3 se considera inmunosupresión grave (equivaldría a un porcentaje de CD4 menor que 14% o un recuento de menos de 200 CD4/mL). ▼

Devórame



La relación entre la comida y el sexo y el estudio de las virtudes estimulantes de ciertos alimentos han estado presentes en todas las formas culturales que en el mundo han sido. Un alimento afrodisíaco (el que se considera puede estimular nuestro deseo erótico y nuestras capacidades amorosas) podría ser cualquier manjar natural, fresco, sano y atractivo a la vista, al olfato y, por supuesto, al gusto, aunque todo esto no signifique que sus efectos hayan de ser iguales para todo el mundo. Personalmente, siento que el mejor afrodisíaco es el amor a la comida y a la persona (o personas) para la que cocines, siempre bien aderezado con imaginación y mucho sentido del humor.

La palabra proviene de Afrodita, la diosa griega del amor que surge de las olas encaramada a una concha marina, símbolo de los genitales femeninos y representante de una notoria familia de alimentos sensuales: los mariscos y, en general, los animales marinos protegidos por sus sugerentes conchas, como las ostras, los mejillones o las almejas. Ten presente que estos alimentos han de estar siempre muy frescos, por que de lo contrario pueden producir alergias o intoxicaciones graves.

También las hierbas y las especias pueden ser estimulantes de los sentidos y su variedad va pareja con la enorme riqueza de matices que ofrecen al cocinero imaginativo: albahaca, menta, eneldo, orégano, tomillo, laurel, perejil, anís, canela, estragón, clavo, azafrán, curry, pimienta, mostaza, clavo, comino, cardamomo... ¡La lista completa sería casi interminable, pero puedes intentarlo!

Por otra parte, alimentos tan cotidianos como las frutas pueden investirse de sensualidad si así lo desean sus consumidores. La femenina pera, el vulvar higo o el fálico plátano son algunos de los ejemplos más notables, pero también en esta familia las opciones que ofrece la naturaleza son muy variadas; ¡date un paseo por un mercado bien surtido y déjate seducir por formas y colores!

En cuanto a los vegetales, son muchas las culturas que aprecian las cualidades estimulantes del ajo y de la cebolla, alimentos ambos que, preferentemente, consumirán los dos amantes (o tres, o cuatro, o los que sean), puesto que su olor es tan penetrante que impregna hasta la piel. Además, el humilde nabo combinado con ajo y cebolla goza de considerable prestigio como vegetal afrodisíaco y el tomate, para los españoles que lo introdujeron en Europa desde el Nuevo Mundo, era la "manzana del amor".

Por lo que toca a las carnes, digamos que el cordero y el cerdo no suelen considerarse estimulantes, pero que un buen pollo (de granja, no de factoría), cocinado con mimo y aderezado con su vino, sus especias y demás, puede resultar un alimento muy sugerente.

¿Y los huevos? Son pocas las culturas que no han atribuido a estos proteínicos alimentos poderes eróticos y reconstituyentes, desde los minúsculos huevecillos de esturión (el prohibitivo caviar) hasta los descomunales huevos de avestruz. Recuerda que la proteína del huevo está en su clara, mientras que la yema es rica en colesterol y por ello quizá no tan saludable.

Si deseas un punto de dulzura para completar tu excitante menú, piensa que la miel es el néctar de Afrodita y que el chocolate,

en muchas de sus formas, también se puede untar y chupar en las parcelas favoritas de la piel de los amantes.

Por último, el café, el té, los vinos y los licores poseen propiedades excitantes o embriagadoras por todos conocidas, pero también pueden resultar nocivos para la salud. En todo caso, su consumo sería siempre moderado y es deseable que estés bien informado de lo que te conviene o no te conviene hacer.

No olvides que en el juego de Eros y Afrodita la imaginación y el humor son ingredientes fundamentales de un ágape seductor: prepara el espacio del festín de una forma transgresora: un mantel directamente en el suelo, cojines mullidos y abundantes para los comensales, flores y frutas adornando el espacio, que estará tenuemente iluminado con luces cálidas, quizá con velas. Permítete también la libertad de arreglarte como desees: medio vestid@, cubiert@ tan sólo por transparencias, con ropa suelta y flotante o simplemente, como Marilyn, con Chanel N° 5. Refresca tu aliento con semillas de cardamomo, esparce un poco de esencia de rosas o violetas en el ambiente y elige una música que convenga a la ocasión... ¡estás preparad@ para deslumbrar!

Cuando bebas, hazlo lentamente mirando a los ojos del amante que deseas, como si fueras a bebértel@ a lentos sorbitos. Olvídate de los cubiertos y hasta de los platos individuales: utiliza los dedos para comer y dar de comer a tu amante y vuestros cuerpos a la manera de platos, chupando y saboreando directamente de la piel los alimentos que vas colocando en la palma de la mano, el ombligo, el pecho... ¿Podrás encargarte del resto? ■

Otra vez

recetas calientes

Ensalada de peras

Se pelan las peras, se les quita el corazón y se cortan en láminas finas. Después se ponen las nueces en trozos no muy pequeños y los berros alrededor adornando la ensalada. Por último, se aliña al gusto del comensal.

Habanera de langostinos

Se corta el pomelo o la naranja por la mitad y se saca la pulpa. Se mezclan los langostinos pelados y cortados con los gajos pelados del otro pomelo o naranja, las nueces y las hierbas. Con esta mezcla se rellenan las dos mitades del pomelo o la naranja y se ponen en el frigorífico. Antes de servir, se ponen todos los ingredientes de la salsa en un bol y se batien bien. Con la salsa resultante se aliña la ensalada y para terminar se pone un poco de pimienta negra.

Curry rápido

Frie el ajo y el curry en la sartén durante unos dos minutos. Añade el jerez o el vino blanco y el limón y retira del fuego. Sazona la mezcla con sal, pimienta y comino y por último, vierte lentamente la crema, sin que hierva pero guardando el calor. Esta salsa puede acompañar a cualquier carne, pescado o vegetales y un poco de arroz blanco es una buena garnición para el conjunto. Si usas arroz basmati, añade unos clavos al agua de cocción y obtendrás un plato afrodisíaco además de exótico.

Fondue de chocolate con frutas

Se mezclan en una cazuelita el chocolate con la mantequilla (y el licor y la crema de leche si es que los utilizas) y se deshacen lentamente al baño de maría (tienes que ponerlo al fuego suave dentro de una cazuela con agua). Cuando la mezcla esté preparada la pasas al recipiente de la fondue (que ya estará encendida) y vas pinchando trozos de fruta que bañarás en el chocolate líquido y calentito.

PILAR ZUBIAGA

Ensalada de peras

(para 2 personas)

- ▶ 2 peras
- ▶ 1 taza de berros
- ▶ 7 nueces peladas
- ▶ sal, aceite y limón
- ▶ las hierbas o especias que prefieras

Habanera de langostinos

- ▶ 1 taza de langostinos medianos cocidos
- ▶ 1 manzana cortada a cuadritos
- ▶ 1 pomelo o una naranja en gajos
- ▶ 1 pomelo o una naranja enteros
- ▶ 1 cucharada de nueces picadas
- ▶ 2 cucharadas de cilantro, perifollo y menta picada

para la salsa

- ▶ 2 cucharadas de yogur natural
- ▶ 2 cucharadas de zumo de limón
- ▶ 1 cucharada de miel
- ▶ Una pizca de mostaza
- ▶ 1 cucharada de aceite vegetal
- ▶ pimienta negra recién molida

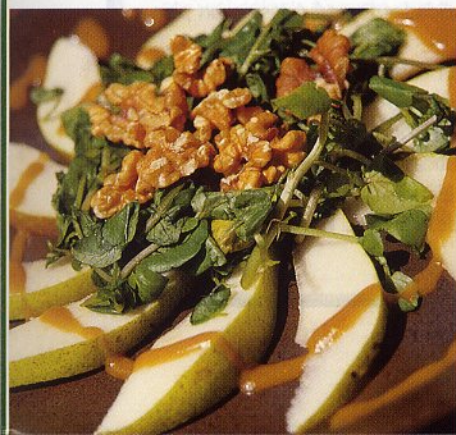
Curry rápido

(para 4 personas)

- ▶ 1 taza de crema de leche
- ▶ 1 cucharada de aceite
- ▶ 1 diente de ajo machacado
- ▶ 1 cucharadita de curry en polvo
- ▶ 1 cucharada de jerez o vino blanco
- ▶ 1 cucharadita de jugo de limón
- ▶ sal, pimienta
- ▶ y una pizca de comino

Fondue de chocolate

- ▶ 250 gr de chocolate sin leche
- ▶ 150 gr de mantequilla
- ▶ 1/2 copita de tu licor preferido
- ▶ Frutas variadas cortadas en cuadritos



EMPEZAR DESDE EL PRINCIPIO

Terapias complementarias

De la visualización a las vitaminas, del Tai-Chi al gimnasio, de la musicoterapia a los grupos de soporte reales o virtuales, cada de vez son más las personas que se acercan a las terapias no convencionales para aprender a vivir mejor con el VIH. Según varios estudios recientes, hasta un 75% de personas VIH+ utilizan alguna terapia o técnica terapéutica "complementaria" para mejorar su salud física, psíquica o espiritual, en lo que algun@s iniciad@s llamarían una "aproximación holística" a la salud (del griego "holo"= entero, total).

Los cambios producidos por el VIH no son únicamente físicos (como las deficiencias en micronutrientes, por ejemplo) sino también mentales, emocionales y espirituales. La Psiconeuroinmunología, ciencia que estudia las complejas interrelaciones entre lo mental y lo físico, ya ha demostrado que sentimientos como el miedo, la depresión, la rabia desatada, la soledad o la desesperanza pueden debilitar componentes clave de nuestro sistema inmunológico y, en última instancia, facilitar la progresión del VIH. La buena noticia es que lo contrario también es posible: podemos tomar decisiones que mejoren nuestra salud global, que dificulten y frenen la progresión del VIH y que nos ayuden a contrarrestar los efectos tóxicos de muchos de los fármacos anti-VIH para así poder utilizarlos con éxito durante períodos de tiempo más prolongados.

Ahora bien, el mundo de las terapias no convencionales para el VIH no ha hecho más que crecer en los últimos años y si no tienes experiencia en estos temas, es posible que te agobies ante la inmensa gama de opciones terapéuticas calificadas de "complementarias". En esto, como en todo, conviene no acelerarse o pretender que los cambios se produzcan de hoy para mañana: ve poco a poco, busca información, pregunta, comparte tus dudas (quizá en tu propia ONG local) y recuerda que el primer e imprescindible paso es asumir que tenemos la capacidad para controlar cada vez mejor nuestra salud física, mental, emocional y espiritual.

Ahora bien, tal aproximación global a la salud pasa necesariamente por una "limpieza general" y todos sabemos que las costumbres son difíciles de cambiar, especialmente si son adictivas. Recuerda que la idea va más allá que un simple "no darte gustos": se trata de reemplazar los hábitos indeseables (de pensamiento o de hecho) por otros que tú eliges como deseables. Así, mientras consideras el uso de alguna terapia complementaria, intenta concentrarte en lo más básico: beber mucha agua pura, practicar regularmente algún tipo de ejercicio físico, dormir cuanto necesites, aprender a relajarte y cortar los hábitos adictivos (desde cigarrillos, alcohol, café o "drogas recreativas" hasta las dietas basura o los pensamientos autodemoledores).

Por último, si deseas encontrar la técnica o terapia complementaria que mejor te convenga estas sugerencias pueden resultar-te de utilidad:

Crea tu propio programa: nadie puede hacerlo todo. Busca apoyo profesional y decide qué es lo que puede funcionar para ti.

Evita la "envidia de tratamiento": ("Mira lo que está haciendo fulanito, yo también quiero probarlo") y las "aguafiestas de tratamientos" ("ya sabes que a mí no me funcionó, ¿para qué pierdes el tiempo?")

Encuentra un/a médico cooperativ@: lo ideal es encontrar un/a buen/a especialista médico en VIH abiert@ e informad@ que, al menos, respete tus opciones terapéuticas no convencionales.

Estate alerta ante posibles fraudes: desconfía de tratamientos que se anuncian como "curas", como promociones "sólo disponibles fuera del país" o con fórmulas "secretas" o "efectivas para el cáncer, la artritis, el SIDA o el envejecimiento". Intenta consumir de forma prudente e informada.

No te limites al uso de una sola terapia: un tratamiento no ha de excluir cualquier otra aproximación terapéutica, a no ser que estés en un ensayo clínico con restricciones específicas. Algun@s médicos pueden desanimarte a que uses modalidades terapéuticas no convencionales simplemente porque ell@s no las conocen. De igual forma, un/a terapeuta no convencional puede transmitirte rechazo hacia la medicina estándar por no ser holística o porque los fármacos son tóxicos y químicos. Intenta prevenirte ante los dogmatismos de cualquier signo y ten en cuenta que son muchísimas las personas VIH+ que combinan diferentes modalidades terapéuticas en un plan individual de salud.

Mantén la esperanza viva: Hace ya bastantes años, un conocido activista estadounidense declaró que el único rasgo común a tod@s las VIH+ no progresores a largo plazo que había conocido era su esperanza. Hoy en día, con el mayor conocimiento de la infección por VIH y el número creciente de posibilidades terapéuticas (convencionales o no) podemos afirmar de modo realista que hay razones para el optimismo. ¡La desesperación infundada y la indefensión pueden ser patógenos muy destructivos! ■

MAITE SUÁREZ



ILUSTRACION: ISMAEL CABRILLO

LA ALEGRÍA DE LA HUERTA

El sexo en mi vida tiene que ver con el hecho de sentirme viva. Si siento placer -el sexo para mí es sobre todo placer- sé que estoy viva. Incluso cuando paso temporadas que el VIH me hace no estar muy bien físicamente, tener relaciones sexuales con una amante o conmigo misma me hace llevar mejor las molestias que pueda tener; me disminuye la ansiedad de no estar bien además de subirme las defensas, pero si hay algo que realmente me hace sentir es que estoy viva.

Cuando practicamos sexo nuestro cuerpo produce más endorfinas, que es una sustancia que hace que tengamos una mayor sensación de bienestar; por tanto, al encontrarnos mejor nuestro sistema inmunológico también está más contento y pueden aumentarnos las defensas.

El sexo requiere tiempo, grandes dosis de fantasía, ganas de jugar, estar abierta a introducir cosas nuevas, entre ellas objetos que nos ayuden a obtener más placer. En el sexo todo puede ser válido, sólo hay que pactar hasta dónde quieres llegar. Va bien experimentar y probar las cosas que nos pueden sugerir, es la manera de saber si algo nos gusta o no.

En este mismo número de la revista encontraréis recetas y algunas sugerencias culinarias que pueden estimular nuestra libido o hacemos más agradable la vida sexual. Yo como soy murciana os comentaré cómo sacarle otro tipo de partido a algunos productos de la huerta, como convertirlos en juguetitos sexuales y cómo divertirse con ellos.

Al sexo hay que darle una buena inyección de risa, simpatía y buen humor; forma parte del juego. ¡No te quedes con las ganas de dar rienda suelta a tus fantasías!

Para empezar puedes ir a tu verdulería preferida, o a una que no te conozcan si te resulta más fácil. Eliges un calabacín apropiado en tamaño y grosor para tí y otro para tu amante (si es que en estos momentos tienes). Si no puedes elegirlo tú porque te lo tiene que servir la dependienta, se lo pides: es muy divertido ir inventándote que ese calabacín no lo quieres porque es demasiado grande o demasiado pequeño, que lo vas a cocinar de una manera especial y que por eso necesitas otro. La verdulera te irá poniendo unas caras raras, interesantes de observar; a la vez que no entenderá tanto rollo por un simple calabacín. Pero tú insistes hasta conseguir lo que has ido a buscar. Porque, ¡claro!, no le vas a decir que quieres el calabacín para follar! O sí... ¡Tú misma! Puede que te sientas nerviosa y que te dé vergüenza, pero a la vez sentirás una gran excitación y no te quepa duda que luego, cuando lo recuerdes o se lo cuentes a tu amante te reirás mucho.

Quizá sea más divertido que te atienda alguien a quien ya conoces, será más excitante y dará más morbo explicar toda la vida. Depende de las ganas de juego que tengas.

Una vez que ya tienes tus calabacines, lo pones en una olla con agua fría y le das un hervor; es decir cuando el agua arranca a hervir apagas y lo sacas. Puedes dejarlo enfriar o usarlo calentito. Es importante cortar la parte de atrás ya que puede raspar y hacer alguna lesión. De esta forma hemos convertido un calabacín en un juguetito sexual, blando, suave y agradable. Por último, le colocas un condón y... ¡a jugar!

Otro producto de la huerta que ofrece grandes posibilidades es la berenjena. Procura que sea lo más alargada posible, el grosor y el color a tu gusto, aunque las de color liláceo son más bonitas que las negras. La berenjena tiene una textura más suave y esponjosa que el calabacín, por lo tanto no necesita darle un hervor. El pepino también tiene sus grandes cualidades como juguetito. Yo personalmente lo encuentro excesivamente duro y demasiado rugoso. Pero ya sabéis, estas cosas son al gusto de cada uno y nada como probarlo para saberlo.

Como veis la huerta nos da algunos de sus productos ofreciéndonos la posibilidad de convertirlos en objetos sexuales sin tener que ir a un sex shop y gastarnos un montón de pasta.

Cuidáos y a ver si producís muchas endorfinas. ■



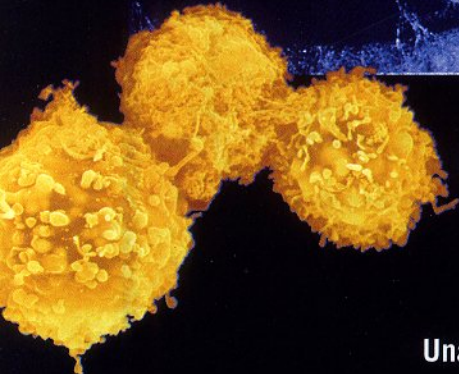
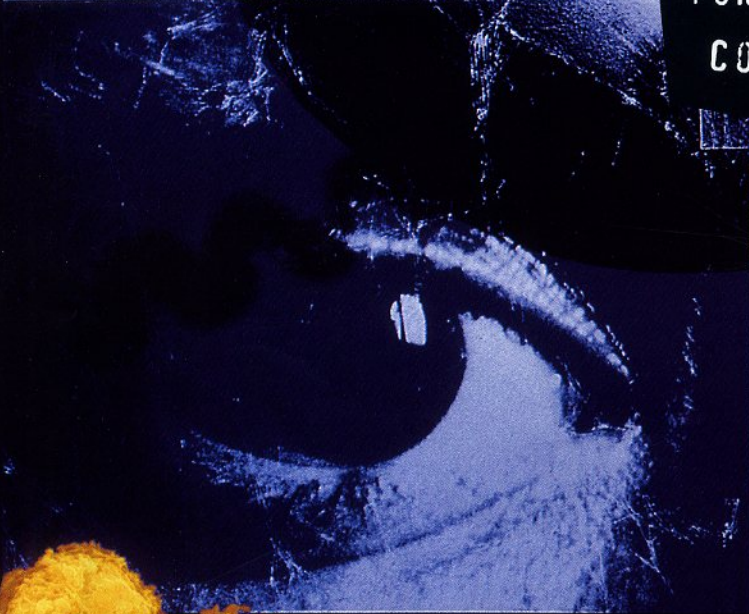
ILUSTRACION ISMAEL CABRILLO

MILI GARCÍA



"NO POR EL PENSAMIENTO, SINO
POR LOS SENTIDOS, NOS LLEGA TODO
CONOCIMIENTO DECISIVO"

E. Ludwig



El primer inhibidor de la Transcriptasa Inversa
no análogo de los Nucleósidos.

Una nueva opción potente y cómoda para cualquier terapia antirretroviral.



Boehringer
Ingelheim 

<http://www.boehringer-ingelheim.es>

ETS y VIH: COMPAÑER@S DE FATIGAS

por M^a José Vázquez

Paralelamente a la infección por VIH se está solapando otra epidemia a la que no se había prestado mucha atención y que cada vez muestra con mayor claridad la gran incidencia que tiene en la salud de las personas seropositivas, principalmente en mujeres y adolescentes, así como su importancia en la expansión del VIH en todo el mundo.

Estoy hablando de las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) que, como el herpes, la clamidia, el Papilomavirus humano o las verrugas genitales, se están extendiendo de manera inquietante. En los últimos años se han llevado a cabo diversos estudios que han puesto de manifiesto el hecho de que estas infecciones facilitan la transmisión del VIH por diversos motivos.

Uno de los primeros puntos a tener en cuenta es el hecho de que muchas personas no son conscientes de haber estado expuestas a una ETS debido a que en muchos casos no se manifiestan con síntomas visibles y resultan difíciles de detectar si no se realiza un examen médico específico.

Como una de las principales consecuencias del VIH es el deterioro del sistema inmunológico, las personas seropositivas suelen disponer de menos mecanismos propios de defensa ante las infecciones y las ETS se hacen más difíciles de tratar; con lo cual acaban dando lugar a infecciones crónicas que se vuelven resistentes a los tratamientos convencionales.

Cuando una mujer contrae una infección genital, tiene una mayor cantidad de linfocitos CD4 (las células diana del VIH) en las secreciones cervicovaginales, lo cual aumenta la posibilidad de que se infecte con el VIH si no se protege adecuadamente. Además, las úlceras genitales provocadas por bacterias o virus responsables de algunas ETS constituyen una incuestionable vía de entrada al VIH. También hay datos que corroboran el hecho de que hombres seropositivos con una ETS al mismo tiempo tienen ocho veces más cantidad de VIH en semen que cuando no existe coinfección.

En este sentido, los CDC (Centros para el Control de las Enfermedades, en Estados Unidos) recomiendan la necesidad de elaborar programas de prevención del VIH que pongan en marcha acciones conjuntas con programas de detección y tratamiento de ETS, ya que hay evidencias que demuestran que los esfuerzos que se realicen en cuanto a tratamiento y prevención de las ETS contribuirán a reducir las infecciones por VIH, especialmente en mujeres jóvenes.

Las autoridades sanitarias estadounidenses aseguran que:

Hay suficientes datos epidemiológicos, biológicos y de estudios específicos que relacionan al VIH con otras ETS.

Está demostrado que el aumento de las transmisiones por vía heterosexual entre mujeres jóvenes también está asociado con la prevalencia de otras ETS.

La transmisión heterosexual del VIH está aumentando a un ritmo más rápido que cualquier otra vía, y las mujeres son especialmente vulnerables a esta vía de transmisión.

Estos datos demuestran la necesidad de que se realicen chequeos a fondo para detectar y tratar las ETS como parte de los cuidados habituales de las personas seropositivas, sin olvidar que las recomendaciones de prevención deben ser realistas y adaptarse a las necesidades específicas de las personas.

Al condón masculino, que actualmente es el método más conocido y utilizado, deberían sumarse ya otros métodos que las mujeres pudieran utilizar por sí mismas, incluso (si fuera necesario) sin el conocimiento o la colaboración de sus parejas.

Aunque de momento el precio del condón femenino lo pone fuera del alcance de la mayoría de mujeres, existen varios estudios en marcha sobre su lavado y reutilización que, de confirmarse sus resultados positivos, podrían significar un descenso considerable de su coste. A pesar de todo, las autoridades sanitarias deberían hacer un esfuerzo en este sentido para facilitar el acceso de las mujeres a su propia protección frente a las ETS en general y al VIH en particular.

Se están realizando estudios con hidrogeles vaginales microbicidas que puede que ofrezcan protección contra el VIH y otras ETS. Parece ser que el gel contiene un lípido simple que hasta el momento no ha demostrado tener efectos secundarios adversos. Anteriormente se habían hecho algunos estudios con otros microbicidas, como nonoxynol-9, que habían demostrado ser activos contra el VIH y otros patógenos, pero cuando se administraban a dosis altas podían provocar lesiones vaginales y del cuello uterino. Por el contrario, los hidrogeles parecen ofrecer una esperanza razonable de éxito como microbicidas. Además, otro aspecto positivo para muchísimas mujeres que desean protegerse del VIH y otras ETS al tiempo que preservan su fertilidad, es que estos hidrogeles no destruyen el esperma, con lo que permiten la concepción al mismo tiempo que ofrecen protección. Lo ideal, claro, sería obtener también microbicidas con poder anticonceptivo para las mujeres que quieran evitar tanto un embarazo como el VIH y otras ETS.

¿Para cuándo los microbicidas tanto vaginales como anales? Esperemos que no los dejen olvidados en un rincón mientras las mujeres (y los hombres) luchamos por vivir y sobre todo por vivir mejor:



Doctor, mis medicamentos

(o un asunto de adhesión)



Uno de los temas de moda actualmente en el mundo de los tratamientos VIH/SIDA es el de la adhesión o adherencia (cumplimiento hasta hace poco). A diferencia de otros problemas a los que nos enfrentamos (la aparición de resistencias o los efectos secundarios de los medicamentos, por ejemplo), en este caso parece ser que los pacientes tenemos la responsabilidad en el fracaso de un tratamiento. Últimamente, médicos y administración están siempre con un ojo puesto en el coste del tratamiento, e incluso compañías farmacéuticas insisten una y otra vez en la necesidad de una buena adhesión. El presupuesto lógico de tales campañas es que la buena o mala adhesión se trata de una simple cuestión de voluntad por parte del paciente. Muy al contrario, todos los agentes implicados en el proceso terapéutico tienen su papel y se necesitan propuestas más imaginativas que los simples cuestionarios psicológicos para fomentar la adhesión.

Somos diferentes, somos iguales...

Hace poco tiempo, el titular de un periódico destacaba que «el 40% de los pacientes incumple su tratamiento antirretroviral». ¡Un 40% de suicidas! Al menos es lo que deben pensar algunos profesionales de la salud cuando escriben lo siguiente:

«...No

todo en el ser humano responde al cálculo del sentido común; así, nos encontramos con que estos pacientes sin ser degenerados morales ni locos, no escapan a la condición humana y optan por elegir como su bien algo que les hace daño, alejándose de la satisfacción de vivir. Me refiero a los pacientes no cumplidores de tratamiento. Lo anterior se define como pulsión de muerte, o sea una satisfacción más allá del principio de placer. Por otro lado, nada nuevo nos enseñan dado que la mayoría de los pacientes no cumplidores de tratamiento según los datos recogidos en nuestro medio son aquellos que mantuvieron prácticas de riesgo que sostenían la lógica de obtener satisfacción con sustancias que les hacían daño.»¹

Pero las cifras de no adhesión en otras enfermedades crónicas (con tratamientos muchas veces menos severos) son, por ejemplo, de un 31-39% en el caso de diabéticos insulino-dependientes, un 36% en el caso de los hipertensos, entre un 40 y un 60% en el de los aquejados de artritis, entre un 57 y un 85% en el caso de trasplantes, etc.²

Es decir, los seropositivos no somos tan diferentes del resto de enfermos crónicos, al menos en cuanto a la adhesión. Y ello a pesar de perlas "científicas" como la cita anterior:

La vida...





no se adhieren, ¿QUÉ LES PASA?

por Óscar G. Cortés

Adhesión, ¿una noción científica o ideológica?

«Coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud o prescripciones que ha recibido» (Epstein y Cluss, 1982). Tal es la definición académica

de adhesión y la que utilizan los profesionales. Nos puede resultar de ayuda porque introduce dos términos importantes: Coincidencia y comportamiento. Coincidir, en definición académica, significa «estar de acuerdo en una idea, opinión o parecer sobre una cosa»; «Están de acuerdo médico y paciente cuando a éste/a se le prescribe una Terapia Altamente Activa contra su Modo de Vida? Posiblemente no, y bastante tiene el segundo con entender el nombre de los medicamentos, acordarse de las horas de las tomas, intentar no leer los efectos secundarios para no asustarse y valorar, nunca lo suficientemente, las repercusiones que el tratamiento va a tener en su vida cotidiana. Por otro lado, las opiniones de los pacientes, e incluso sus deseos, son muchas veces rechazados (véase el caso de Combivir®, un medicamento aprobado oficialmente pero que en muchos hospitales se niegan a facilitar; a pesar de las peticiones expresadas de los afectados, por razones económicas).

Lo que entendemos por adhesión es pues más bien adecuación, más o menos forzosa, de nuestro estilo de vida al que imponen los medicamentos. Cualquier cosa menos 'coincidencia'.

Cambio de perspectiva

Al margen de innumerables acciones concretas que podrían pensarse para reforzar la adhesión (desde una mayor información directa al paciente por parte de los laboratorios, dispensación en farmacia comunitaria, formación de agentes de adhesión que también sean seropositivos en tratamiento, etc.) y de la asunción de que la investigación en el apartado de los efectos secundarios y en la posología son los temas clave para evitar el incumplimiento generalizado, debería producirse un cierto cambio de perspectiva: no hacer recaer el peso de la adhesión en el eslabón más débil de todos los que componen la cadena del tratamiento, el paciente. Y, quizá, una buena fórmula sería que hablaran directamente con nosotros -aunque no para rellenar cuestionarios psicológicos estándar y presentar sus conclusiones en una u otra reunión- en vez de hablar, tanto y tan desacertadamente, de nosotros. ▲

¹ Quien firma estas líneas es M^o. A. Landa Lizarralde, del Hospital Ntra. Sra. de Aranzazu de San Sebastián, dentro de una comunicación para una mesa redonda en el pasado Congreso Nacional sobre el Sida en Santiago de Compostela.

² Datos extraídos de *Infotraitements*, núm. 64-65, París, 1999

...continúa

tratamientos



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

algo de qué hablar

por Ita Maragall y Josep M. Tomàs



«...hay muchas cosas que aprender pero sólo podré hacerles frente si lo hacemos juntos...» , de un niño de 12 años VIH+.

Hablar con *l@s* niños sobre la realidad que supone vivir con el VIH, tanto si se trata de su propio diagnóstico como si es el de algún miembro de su familia o núcleo afectivo, resulta uno de los temas más duros que han de afrontar madres, padres o cuidadores/as. En muchos casos, éste es uno más de los problemas que se les plantean y sabemos que es habitual que 'el tema' no se toque hasta que las circunstancias no permiten ocultarlo por más tiempo. El objeto de este artículo es alentar a quienes viven esta realidad a que abran un proceso de comunicación intrafamiliar para empezar a aprender a vivir con el VIH sin sentirse estigmatizad@s.

Los adult@s del núcleo afectivo

Seguro que si alguna vez te has planteado hablar con tus niños del VIH te han venido a la mente muchas dudas y preocupaciones. ¿Te suena alguna de las que siguen?

- Å ¿Están mis hij@s preparados para afrontar la información? ¿Lo entenderán? ¿Sufrirán?
- β ¿Lo irán diciendo por ahí? Y si lo hacen, ¿Qué pensará la gente? ¿Cambiará el trato que recibimos? ¿Nos marginarán?
- ⊙ Preguntarán muchas cosas: ¿Seré capaz de responder a todo?
- z ¿Y si se enteran por alguien que no sea yo?
- È ¿Cambiarán sus sentimientos hacia mí? ¿Dejarán de quererme? ¿Pensarán que yo tengo la culpa?
- f Mis hij@s ya han empezado a hacerme preguntas. ¿Hasta cuándo las podré esquivar?
- ¶ Ocultarles la información me hace estar muy tens@. ¿Hasta cuándo podré soportarlo?

Estos temores son lógicos, la mayoría de *l@s* adult@s los sienten en algún momento y a menudo son tan fuertes que no se sabe cómo manejarlos.

La experiencia demuestra que para *l@s* niños es muy beneficioso saber qué está pasando en su vida y a su alrededor; pero para padres, madres o cuidadores/as es importante sentirse preparad@s para empezar a hablarlo. Como primer paso, quizá necesites explorar lo que tú mism@ vives y sientes ante el VIH. En todo caso, sabemos que lo más importante que desean transmitir la gran mayoría de padres y madres a sus hij@s es que les quieren y que nunca dejarán de cuidarles.

Los menores

A menudo, *l@s* niños saben más de lo que expresan y aprenden que de según qué cosas no deben hablar. Esto les puede llevar a formarse ideas equivocadas de lo que está pasando, a dejarse llevar por su imaginación o a mostrarse preocupad@s o confundid@s. Hablar con ell@s del VIH puede resultarles de mucha ayuda para:

- Å Tranquilizarse.
- β Ser más conscientes de lo que está pasando a su alrededor.
- ⊙ Dejar de sentirse culpables de que tú o él/ella estéis enferm@s.
- z Dejar de sentirse confundid@s por cosas que hayan visto u oído.
- È Sentirse menos sol@s y más capaces de compartir aquello que les inquieta.
- f Sentir que se les tiene en cuenta en la toma de decisiones que afecten su vida cotidiana.
- ¶ Tener tiempo para encontrar su manera de hacer frente a las situaciones.

En el caso de niños infectad@s, les puede ayudar además a:

- Å Entender por qué a veces no se encuentran bien.
- β Entender por qué van al hospital, les hacen análisis de sangre u otras pruebas.
- ⊙ Afrontar mejor los tratamientos y la adhesión a éstos.
- z Pedir ayuda si sienten que las cosas se ponen difíciles.

El entorno

Si bien en nuestro país la sensibilización social deja mucho que desear, sí existen algunas organizaciones de soporte para personas que vivimos con el VIH. Recurre a ellas en busca de la ayuda que creas necesitar y para compartir tus problemas con otras personas que estén viviendo o hayan vivido situaciones parecidas.

Por otro lado, si miras a tu alrededor es muy probable que encuentres personas en las que podrías confiar; con las que puedas hablar sobre tus miedos o preocupaciones, lo que supone una buena manera de empezar a trabajártelos.

Quizás tras leer este artículo, te sientas capaz de elaborar una lista con los 'pros' y los 'contras' que te vienen a la cabeza cuando te planteas hablar con tu hij@ del VIH. Es posible que los 'contras' se te ocurran con mucha más facilidad, pero es importante que incluyas también los 'pros' por difícil que parezca: tómate todo el tiempo que necesites. El siguiente paso podría ser elaborar un plan sobre qué decirles y cómo, cuándo y dónde hacerlo. Volvemos a ello en próximos números.

Nos sería francamente útil que quisieras compartir tus experiencias sobre este tema con nosotr@s. Puedes hacerlo a través del correo electrónico: <mmaragall@interactua.net> ó <jmtomas@interactua.net>, o por la tradicional carta a la revista. Cuenta con nuestra respuesta.

Luchar por lo evidente

La situación actual de las seropositivas en México

por Jorge R. Huerto Siqueiros

En México, 9 de cada 10 casos nuevos de VIH/SIDA son por transmisión sexual y el 67% se concentra entre hombres que tienen sexo con otros hombres. A día 1 de enero de 1999 se habían notificado 38.390 casos de SIDA, estimando que estarán vivas 26.800 personas con VIH/SIDA (PVIH+) de las cuales el 48,7% no cuentan con ningún tipo de seguridad social.

La gran mayoría de PVIH+ son jóvenes y adultas sin seguridad social que no tienen acceso a ningún tipo de antirretrovirales, a excepción de quienes participan en algún

protocolo, lo que no garantiza de por vida su tratamiento. A finales de 1997 la Secretaría de Salud -equivalente al Ministerio español- creó FONSIDA, que proporcionó inicialmente tratamientos a las niñas, que representan el 2,6% del total de casos acumulados. Posteriormente, en 1998 se dio cobertura a las mujeres embarazadas. Recientemente, el Secretario de Salud anunció el incremento de la cobertura para mil jóvenes y adultas con VIH/SIDA. Sin embargo, la descentralización del gobierno federal comporta que cada uno de los estados de la república mexicana debe proveer su parte correspondiente de recursos, es decir los que afectan a la asistencia médica especializada y a los estudios de laboratorio, a fin de que FONSIDA proporcione los antirretrovirales.

La mayor parte de los gastos de las PVIH+ sin seguridad social son asumidos por las afectadas, familiares y amigos. El salario mínimo promedio es de 344 dólares, esto significa que adquirir mensualmente una triterapia estandar, que tiene un costo de 732.50 dólares en 1999, supone 213 días de salario mínimo.

Las PVIH+ con acceso a alguno de los sistemas de seguridad social reciben "gratuitamente" antirretrovirales y pruebas de laboratorio (CD4 /Carga Viral). Sin embargo, tienen que enfrentar el constante y terrible desabastecimiento de medicamentos, los complicados procesos burocráticos, las deficiencias en la atención sanitaria y, por supuesto, los malos tratos y discriminación, lo cual se debe en gran parte a la homofobia institucional.

LAS ORGANIZACIONES EN MÉXICO

En México, existen tres organizaciones de PVIH+ visibles. La Red Mexicana de Personas viviendo con VIH/SIDA, que se dedica principalmente a realizar talleres y cursos para las PVIH+ sobre cuidados de salud; El Frente Nacional de Personas que Viven con VIH/SIDA (FRENPAVIH), que se dedica a ejercer presión social y política y PoSitHIVos, que principalmente hace actividades de presión y sensibilización dirigidas a quienes toman las decisiones gubernamentales y legislativas y difunde información práctica para las PVIH+.

PoSitHIVos presentó, durante los últimos meses de 1998, una propuesta al Gobierno y al Congreso para la compra de antirretrovirales, la cual se basa en la estimación de que en 1999 estarán vivas alrededor de 13,400 PVIH+ y se necesitarán un total de 73,4 millones de dólares para proporcionar tratamientos estandar en triterapia al 60% y en biterapia para el 40%, invirtiendo para ello

65.97 millones de dólares, 3,3 millones para estudios de laboratorio, 1,3 millones para capacitación al personal de salud y asegurar la calidad de la atención y 2 millones para garantizar el abastecimiento de fármacos antirretrovirales y profilácticos. Los montos incorporan descuentos por compras consolidadas; se propone que el monto se cu-

bra de manera tripartita: por el gobierno federal, los gobiernos estatales (montos que podrían obtenerse de pequeños recortes presupuestarios en secretarías de estado con gastos no prioritarios como defensa y marina nacional); y un 5% de co-pago directo por parte de las PVIH+. La respuesta tácita de las autoridades y legisladores a esta propuesta fue que, debido a la caída en los precios del petróleo, se hacía imposible asignar una mayor partida presupuestaria para salud en 1999. PoSitHIVos volverá a presentar la propuesta de acceso de antirretrovirales para las personas sin seguridad social en el 2000.

El desarrollo médico presenta una dolorosa paradoja, cuanto más avanza la investigación clínica, mayor es la brecha entre quienes pueden acceder al mejor tratamiento y quienes no tienen acceso a ningún tipo de terapia. Lo que nos recuerda que los individuos, sin importar su género, sexualidad, clase, credo o estatus social, tienen derechos humanos básicos que incluyen el derecho a la salud. El énfasis no debe darse en la búsqueda tardía de la solución perfecta, sino en actuar ahora para reducir las desigualdades que alimentan al SIDA y las injusticias que éste provoca. La voluntad política sin presupuesto es demagogia.

El desarrollo médico presenta una dolorosa paradoja, cuanto más avanza la investigación clínica, mayor es la brecha entre quienes pueden acceder al mejor tratamiento y quienes no tienen acceso a ningún tipo de terapia



Páginas Web que se recomiendan:

- Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC/FUNSALUD). Información técnico-científica para la toma de decisiones en salud pública en materia de SIDA: <http://www.sidalac.org.mx>
- Amigos Contra el SIDA, A.C. Información variada sobre VIH/SIDA de ONGs: <http://www.aids-sida.org>

La sífilis

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual producida por una espiroqueta (un tipo especial de bacteria) muy pequeña que sólo se puede ver mediante análisis especiales (tinciones de plata), y que recibe el nombre de *Treponema Pallidum*. Esta dolencia es muy contagiosa y en nuestro país es de declaración obligatoria.

Nos podemos contagiar mediante contacto sexual, por contacto directo con las lesiones o, excepcionalmente en la actualidad, a través de transfusiones de sangre contaminada. Una vez se ha producido la infección, se multiplica muy lentamente y se localiza en el punto de entrada, donde se puede observar una mancha que, normalmente, pasa inadvertida. En posteriores fases de la enfermedad, los síntomas dermatológicos son muy acusados y las lesiones cutáneas se extienden por todo el cuerpo.

A finales de la década de los 80 una parte de la profesión médica se alertó al comprobar que, un historial previo de sífilis daba como resultado una mayor probabilidad de contraer la infección por VIH. Es decir, que la sífilis sería un cofactor de la enfermedad por el retrovirus VIH. Lo que sí es cierto es que la unión de ambas enfermedades genera un cuadro clínico absolutamente distinto en cuanto a síntomas y a desarrollo. Posiblemente el VIH y la lucha que el cuerpo mantiene con él producen una mutación en la historia natural de la sífilis.

¿Cómo podemos saber que estamos infectados?

Existen unos tests sanguíneos que estimulan la producción de anticuerpos pero en los enfermos por VIH, como el sistema defensivo del cuerpo se halla deprimido, se pueden dar muchos falsos negativos y, a su vez, falsos positivos. Ello hace que la valoración médica haya de ser muy cuidadosa. Recordemos que la sífilis en su tercera fase puede atacar el sistema nervioso y producir alteraciones que se confunden con otras dolencias.

Pero remitámonos al pasado. A principios de siglo el tratamiento que se descubrió fue la célebre penicilina, aunque ésta no curaba la enfermedad sino que tan sólo terminaba con los síntomas y la persona afectada debía pasar periódicos exámenes.

En los años sesenta, la sífilis reapareció con fuerza ante la revolución sexual que en aquellos momentos movía el mundo. En los setenta, la más afectada fue la comunidad homosexual pero la aparición del SIDA, en los 80, dio paso a una concienciación por parte de los gays y, en la actualidad, los heterosexuales pertenecientes a sectores marginados son el colectivo más relacionado con esta dolencia.

¿Cómo nos podemos contagiar?

El *Treponema* no sobrevive a la temperatura ambiente, por lo cual su contagio se hace a través de lesiones microscópicas durante las relaciones sexuales. Ocasiona una primera lesión y se propaga por todo el cuerpo mediante los ganglios y el torrente sanguíneo. En ese punto por el cual ha penetrado en el organismo, destruye los vasos capilares y provoca una úlcera que llamamos chancro. Sin embargo, aún tardaremos un mes en dar positivo a un test y esa pequeña mancha desaparecerá tan deprisa como ha aparecido.

¿Cómo se desarrolla esta enfermedad?

Si nos ha pasado desapercibida la aparición del chancro, que ocurre a menudo, no tendremos constancia de que padecemos la sífilis y, en consecuencia, no nos habremos tratado. Por ello, un día podemos despertar con una erupción generalizada en la piel, incluso en las palmas de las manos y en las plantas de los pies (que es la llamada roseola sífilítica) y con unas pequeñas verrugas llamadas condilomas que florecen en la zona genital (por su humedad y la cantidad de pliegues cutáneos que allí existen). Estas lesiones son tremendamente contagiosas y se acompañan de cansancio, fiebre no muy alta, pérdida de peso, poco apetito y malestar general.

Entre ocho y veinte años más tarde, el paciente evoluciona hacia la tercera fase de la sífilis en que la espiroqueta, que ha atravesado la barrera hematoencefálica, produce lesiones de tipo neurológico y puede, asimismo, atacar al sistema cardiovascular con los gomias (lesiones granulosas destructivas de órganos).

Los condilomas (lesiones en forma de pápula) se concentran en las axilas, ingles y zonas genitales, y pueden aparecer de manera prematura entre los tres y seis meses de infección. La roseola sífilítica también puede aparecer muy pronto pero las manchas que produce, de color cobre y localizadas en el tórax y en los brazos, no molestan y pueden pasar perfectamente desapercibidas. Con relación a las lesiones de las manos y los pies, son simétricas y se amontonan, unas encima de las otras, queratinizando con el tiempo (solidificándose). En la lengua y en las comisuras de los labios se puede hacer evidente, pero es menos corriente.

Los gomias son tumores que aparecen cuando existe una sífilis muy avanzada y crecen bajo la piel. Se concentran en la cara, el cuero cabelludo y el tronco. Las lesiones neurológicas son serias porque los gomias pueden presionar las estructuras cerebrales y producir parálisis, meningitis y demencia.

sigue aquí

Por Susanna Salillas

¿Cómo seropositivos, a qué pruebas debemos someternos para saber si estamos o no infectados?

Pues, como los tests convencionales nos ocasionan problemas, lo que harán los médicos es analizar directamente las lesiones mediante una técnica que se llama fluorescencia. Es una prueba rápida, barata y fiable. En caso de que demos negativo pero se tengan sospechas de estar infectado, nos someteremos a pruebas serológicas más complicadas en las que se intentará descubrir los daños que el Treponema puede haber causado en el cuerpo y su concentración en sangre.

¿Qué tipo de tratamiento seguiremos?

Entre los VIH+, el tratamiento no es tan efectivo. La sífilis se trata usualmente con 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatina, en una sola toma, vía muscular.

En las mujeres embarazadas se aconsejará eritromicina (500 mg 4 veces al día vía oral, dos semanas) y en las personas alérgicas se administrará doxiciclina (100 mg 2 veces al día, dos semanas). Como la sífilis se puede transmitir de madre a hijo, en las mujeres embarazadas se tendrá un cuidado especial y cuando nazca el niño se le dará penicilina y a la madre, doxiciclina.

¿Qué tratamiento hay para la sífilis tardía?

La sífilis tardía se considera, generalmente, neurosífilis y se trata con tres dosis de 2,4 millones de unidades por semana, durante tres semanas seguidas. En los alérgicos, la doxiciclina se tomará oralmente durante cuatro semanas, 100 mg dos veces al día. Si se trata de mujeres embarazadas o personas con problemas gastrointestinales, eritromicina, 500 mg, 4 veces al día, durante un mes, por vía oral.

¿Después de tratarnos debemos olvidarnos de la sífilis?

No, nos someteremos controles exhaustivos a las dos semanas de tratamiento y al cabo de un, tres, seis, nueve y doce meses posteriores a la recuperación. Si nuestra recuperación ha sido lenta, seguiremos los controles hasta dos años después de haber concluido el tratamiento.

¿Existe prevención?

La prevención es la utilización del famoso condón. Ya sabemos que debe utilizarlos para evitar reinfectarnos con el virus del VIH, de manera que si lo usamos podemos estar tranquilos. Si estamos infectados o nuestro compañer@ los está, nos abstendremos de relaciones sexuales de cualquier tipo hasta después del tratamiento.

En definitiva, la sífilis es difícil de diagnosticar pero podemos controlar sus síntomas y evitar las recaídas siguiendo el tratamiento correctamente. Si pensamos que tenemos alguno de estos síntomas, acudiremos al médico porque nuestro sistema inmunodeprimido puede enmascarar aun más la enfermedad y la neurosífilis, que es la etapa terciaria, evoluciona muy rápidamente en personas seropositivas. Por tanto, una vez más: cuidémonos, seamos conscientes de nuestro cuerpo, escuchémoslo y vivamos nuestra salud. ●

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

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

Localidad:

Teléfono:

Autorizo una donación anual de:

2.000 pts

5.000 pts

_____ pts

Banco o Caja:

Agencia:

Dirección:

Código y población:

Nº de cuenta (20 dígitos) _____

Fecha:

Firma

Envía esta autorización a gTt, calle Pi, 10, 1º 2º, 08002 Barcelona.

¿Cómo has conocido la revista?

¿Podrías dar una puntuación del 1 al 5 de los siguientes aspectos?

- Selección de temas:
- Contenidos:
- Diseño:
- En general:

Desde tu punto de vista, ¿qué temas faltan?

¿Y qué temas sobran?

¿Qué sección o artículo te ha interesado más?

¿Qué te gustaría encontrar en el próximo número de Lo+Positivo?

Enróllate y envíanos esta breve encuesta a

gTt
C/ Pi, 10 1º 2ª
08002 Barcelona

Responde, nos ayuda a mejorar



¿NO has conseguido los números anteriores de Lo+Positivo? ¿Se los quedó el exnovio tras el divorcio? ¿Quieres que conozca la revista una querida amiga de habla hispana que vive lejos?



No te preocupes:

**¡Lo+Positivo
está en la red!**

Desde el completamente agotado número 1 en adelante, se puede acceder a todas las ediciones, los textos de los artículos y sus ilustraciones en:

www.foro-vih.org/gtt.html

DOCTOR FAX

¡ENTÉRATE MÁS!

Si quieres acceder a información adicional sobre tratamientos a través de internet, **Doctor Fax** es tu boletín.

Con información rigurosa y constantemente actualizada, **Doctor Fax** es la publicación quincenal que te permitirá saber más sobre los fármacos que tomas -o quizá tomarás-, su eficacia y sus efectos secundarios.

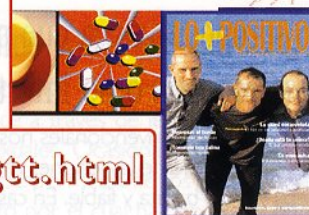
Lo encontrarás en:

www.foro-vih.org/gtt.html

También puedes solicitar recibirlo por correo electrónico o por fax a:

gtt. tel. 933020411

correo electrónico: gtt@foro-vih.org



Los vecinos se espabilan

El Ministerio de Sanidad de Francia acaba de publicar la última revisión de sus pautas de tratamiento antirretroviral de la infección por VIH-1, en una edición en rústica de 230 páginas. El comité encargado de su elaboración estaba constituido por unos 30 expertos, entre los mejores especialistas franceses en la arena del VIH y varios representantes de organizaciones de la comunidad que trabajan en tratamientos anti-VIH.

La versión revisada está escrita en un lenguaje sencillo (si sabes francés, claro), va más allá de las estrictas evidencias médicas y "se moja" en temas controvertidos, por razones diversas, como las terapias inmunológicas, el uso de los tests de resistencias o la adhesión. Por ejemplo, las pautas consideran que, dado el éxito reciente de varios estudios con interleukina-2 (IL-2), aquellos pacientes que han controlado su virus pero apenas muestran indicios de recuperación inmune (<200 células CD4), serían candidatos prioritarios para un tratamiento con IL-2. Además recomiendan que éste se inicie con el ó la paciente ingresado en un hospital, para controlar los fuertes efectos secundarios de la IL-2. En distintos apartados y entre otras inclusiones, se recomienda que las pruebas de resistencias estén disponibles cuanto antes (particularmente para tratamientos de 2ª línea en adelante), que los controles de niveles de fármacos sean rutinarios en casos de respuesta virológica mínima o para descartar un nivel inadecuado de fármaco en sangre antes de cambiar un régimen con un IP y se dedican capítulos dedicados a niños, embarazo, VIH-2, inmunoterapia, adhesión o hepatitis.

Por otro lado, las pautas sugieren a los facultativos que no minusvaloren el efecto de la lipodistrofia en la adhesión e incluyen una perla: la recomendación explícita a los médicos de que "desarrollen sus capacidades de escucha al paciente" de cara a facilitar la adhesión al tratamiento.

Por lo demás, las pautas nos recuerdan que ya es ley en Francia el registro (anónimo) de nuevas infecciones por VIH y recomiendan llevar a cabo estudios epidemiológicos que revelen y expliquen las relaciones entre estatus social y cantidad y calidad de tratamiento.

Todo esto y más lo puedes consultar en Internet:

http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sidahop/index_delfra.htm

Glosario

Beta bloqueador:

Es un fármaco que alivia el esfuerzo cardíaco mediante el bloqueo de la adrenalina en las células del corazón y los vasos sanguíneos. Es útil para reducir la posibilidad de repetición de un ataque cardíaco en personas que ya hayan tenido un episodio previo y también se recetan a paciente con hipertensión, angina de pecho, hipertiroidismo y glaucoma. Son desaconsejables en personas con asma o problemas bronquiales ya que contraen las vías respiratorias y deben usarse con precaución en personas con diabetes mellitus.

Biotina:

También conocida como vitamina H, es una de las vitaminas del complejo B. Se encuentra en muchos alimentos, como hígado, riñones, leche, yema de huevo y levaduras. El déficit de biotina sólo se produce cuando coexiste una deficiencia de otras vitaminas del grupo B.

Clamidia:

Se trata de una clase de microorganismos que viven como parásitos y son causantes de enfermedades. La más conocida es la variedad de transmisión sexual, *Chlamydia trachomatis*, que en el hombre provoca inflamación de la uretra o hinchazón del epidídimo (conducto que transporta el esperma desde los testículos hasta el pene). En las mujeres puede causar lesiones uterinas y desencadenar una enfermedad pélvica inflamatoria (salpingitis).

Chlamydia trachomatis también puede provocar conjuntivitis que en el recién nacido es causa de ceguera.

Otra importante variedad de este microorganismo es *Chlamydia psittaci*, responsable de un tipo de neumonía.

Colesterol:

Es una sustancia grasa que se encuentra en los tejidos de todos los animales, formando parte importante de las membranas celulares del organismo humano.

El hígado utiliza el colesterol para elaborar los ácidos biliares que favorecen la digestión, y también se usan en la producción de ciertas hormonas, entre ellas las sexuales.

Existen tres tipos de moléculas específicas llamadas lipoproteínas que se usan para el transporte del colesterol desde el hígado hasta el resto del cuerpo a través del torrente sanguíneo: HDL o lipoproteínas de alta densidad; LDL o lipoproteínas de baja densidad, y VLDL o lipoproteínas de muy alta densidad. Niveles altos del colesterol asociado a los dos últimos tipos (LDL y VLDL) están relacionados con ciertas enfermedades vasculares como la arteriosclerosis o endurecimiento de las arterias.

El de tipo HDL es el que habitualmente se denomina "colesterol bueno" debido a que altos niveles de este colesterol ofrecen protección contra el ataque cardíaco. El ejercicio y la dieta rica en pescado azul mejoran los niveles de HDL.

Libido:

Deseo sexual. Según algunos autores, motor de las más variadas manifestaciones psíquicas.

Microbicida:

En su sentido más amplio, se dice de una sustancia que se utiliza para la destrucción de microbios, es decir, de cualquier ser vivo de tamaño microscópico, como bacterias, hongos, protozoos o virus. En el contexto del VIH, un microbicida sería una sustancia de uso tópico que, aplicada a las superficies mucosas de la vagina o el ano, actuaría como una barrera química capaz de prevenir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH. Actualmente, varias sustancias potencialmente microbicidas están siendo investigadas para su uso como bloqueadores de la transmisión de la infección por VIH. Por otro lado, un microbicida puede ser también espermicida (mata el esperma) y utilizarse por tanto como anticonceptivo, o no espermicida.

Papillomavirus humano (PVH):

El PVH es un virus que se transmite por contacto sexual y que es el responsable de la aparición de verrugas genitales y anales, aunque en ocasiones se puede detectar el virus en los tejidos genitales o anales sin que hagan su aparición las verrugas. También se ha señalado la relación existente entre la presencia de este virus y la aparición de cáncer cervical (u otros cánceres de la zona genital femenina) o anal, aunque no se conoce exactamente la forma en que actúa.

Trombocitopenia:

Consiste en un descenso del número de plaquetas (trombocitos), que son esenciales para la coagulación de la sangre. Puede deberse a un descenso de la producción de plaquetas por leucemia, cáncer; fármacos o radiación, o a la destrucción de las mismas debido al uso de algunos fármacos como sulfonamidas. Ciertas lesiones o quemaduras también pueden hacer que el cuerpo consuma plaquetas con mayor rapidez que su producción.

Testosterona:

Hormona androgénica producida en los testículos. Si se administra como un fármaco puede ayudar a aumentar la masa corporal magra y la libido (y quizá también el comportamiento agresivo). Muchos hombres VIH+ presentan bajos niveles de testosterona.

Roche

Farma

Soluciones
Integrales de Salud

**Trabajamos
por un mundo sin
VIH**



DuPont Pharma

A large graphic on a purple background. It features a bright yellow sun with rays rising over a curved horizon line. Above and below this central graphic are several smaller, identical yellow suns, each with a curved line underneath it, resembling birds in flight or a pattern of suns.

COMPROMETIDOS CON
LA INVESTIGACIÓN EN
CALIDAD DE VIDA EN

VIH

Albacete: Alvas 967508860 **Alicante:** Colectivo Gays-Lesbianas 965132610 ACOSPA 965923939 **Benidorm:** AMIGOS 966804444 **Almería:** C.C.Anti-SIDA 950254192 **Asturias:** Gijón: C.C. Anti-SIDA 985338832 **Oviedo:** XEGA 985224029 **Badajoz:** Plataforma Diversidad 924259358 **Bizkaia:** Bermeo: Txo-Hiesa 946179171 **Bilbo:** T-4 944221240 **Barcelona:** Actúa 934185000 Coordinadora Gai-Lesbiana 933097997 ACAS Catalunya 933170505 Projecte dels Noms 933182056 **Sabadell:** Actúa Vallès 937271900 **Burgos:** C.C.Anti-SIDA 947240277 **Cádiz:** A.Anti-SIDA 956252981 **Algeciras:** C.C.Anti-SIDA 956634828 **La Línea:** C.C.Anti-SIDA 956176090 **Cáceres:** C.C.Anti-SIDA 927227613 **Castellón:** Centro de Información y Prevención del SIDA 964239922 A.C.contra el SIDA 964213106 **Córdoba:** COLEGA 957485917 Convihda 957430392 Prevención y Solidaridad del SIDA 957430392 **A Coruña:** C. C.Anti-SIDA 981226167 **Santiago de Compostela:** C.C. Anti-SIDA 981573401 **Girona:** ACAS 972219282 **Granada:** NOS 958200602 C.C. Anti-SIDA 958521352 **Las Palmas de Gran Canaria:** Amigos contra el SIDA 928764849 AIDAS 928291684 **León:** C.C. Anti-SIDA 987235634 **Ponferrada:** Asociación Caracol 987402551 **Logroño:** C.C. Anti-SIDA 941255550 **Lugo:** C.C. Anti-SIDA 982244560



Todas las comodidades y seguridad



Modelo del futuro



Placer por los aires

CON PRESERVATIVOS VIAJA AL PLACER

Madrid: Apoyo Positivo 913581444 COGAM GayInform 915230070 FASE 900111000 FIT 913513682 **Málaga:** A.C.Anti-SIDA 952601780 COLEGA 952217199 **Mallorca:** Ben Amics 971723058 **ALAS** 971715566 **Murcia:** C.C.Anti-SIDA 968298831 **Cartagena:** C.C.Anti-SIDA 968521841 **Ourense:** C.C. Anti-SIDA 988233000 **Palencia:** C.C. Anti-SIDA 979749451 **Pamplona:** C.C. Anti-SIDA 948212257 SARE 948177244 **Pontevedra:** Vilagarcía Arousa: 986508901 **Salamanca:** C.C.Anti-SIDA 923123002 **San Sebastián-Donosti:** A.C. Anti-SIDA 943472036 Harri Beltza Oiartzun 943493544 **Santander:** A.C. Cantabria Anti-SIDA 942313232 **Sevilla:** COLEGA 954563366 C.C.Anti-SIDA 954371958 **Tenerife:** UNAPRO 922259654 **Valencia:** Collectiu Lambda 963912084 AVACOS 963800737 C.C.Anti-SIDA Comunidad Valenciana 963676911 **Gandia:** Servicio Información y Ayuda al/la Infectad@ 962877371 **Valladolid:** C.C. Anti-SIDA 983358948 **Vitoria-Gasteiz:** GAYTASUNA 945257766 Comisión Ciudadana Anti-SIDA 945257766 **Zamora:** C.C. Anti-SIDA 980534382 **Zaragoza:** C.C. Anti-SIDA 976438135 LYGA 976395577 OM-SIDA 976370197*

Sentirás en tu piel los espacios siderales

Para conocer más amigos

Frio y calor

gl stop sida
coordinadora gai-lesbiana

900 ROSA 900 601 601