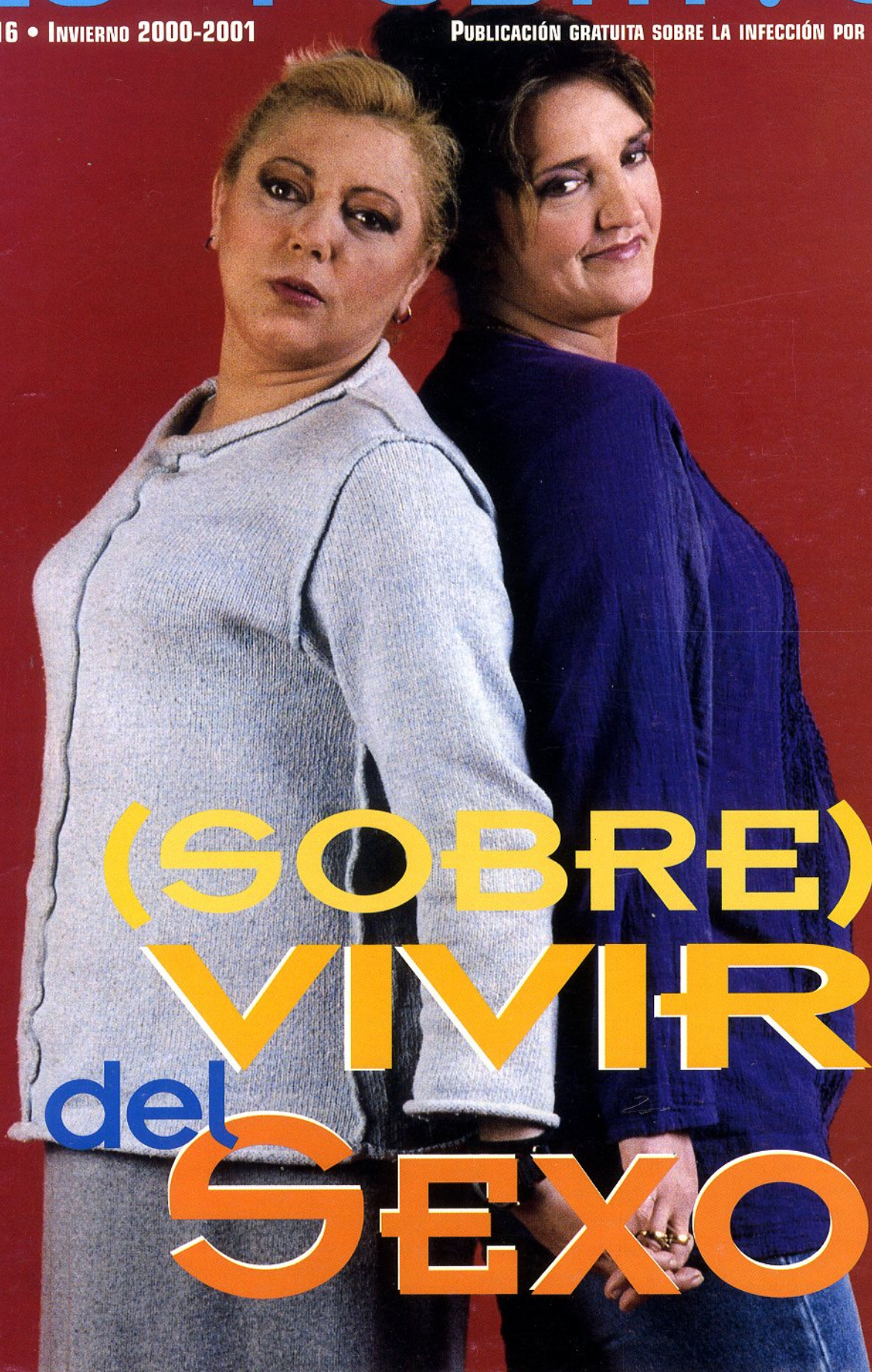


LO + POSITIVO

Núm. 16 • INVIERNO 2000-2001

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



UDI
mentació



(SOBRE)
VIVIR
del
SEXO

INVIERNO
2000-2001

CONTACTO

Para comenzar esta sección, os transcribimos fragmentos de una carta de un lector de LO+POSITIVO, en la que describe la utilidad que puede tener la sección y nos da unas recomendaciones sobre el método que emplearía para llevarla a cabo.

Lo primero que quiero indicar es que no estoy de acuerdo en que esta sección sea exclusivamente para seropositiv@s dado que creo que nos tenemos que integrar o por lo menos luchar para hacerlo y pienso que el intentar que nos relacionemos únicamente entre l@s afectad@s es dar un poco 'pan para hoy y hambre para mañana'. Por otra parte, pienso que una sección de este tipo puede resultarnos de ayuda a much@s que tenemos el sempiterno problema del Sida reflejado en las posibles relaciones sentimentales que empezamos y deberíamos quizás planteárnoslo un poco de otra manera; por todo ello os intentaré explicar cómo lo haría yo, usando los medios de comunicación de que disponéis:

1.- Abriría la sección no sólo a afectad@s, sino también a tod@s aquell@s que no les importe relacionarse con nosotr@s y nuestra situación de seropositiv@s.

2.- Debido a los problemas existentes en los lugares pequeños, donde no se dispone de anonimato y por ello conviene guardar con más celo la condición, creo imprescindible que la sección de 'ConTacto' debe mantener lo mejor posible ese anonimato y que

éste pueda ser roto sólo por las personas que decidan a dar el paso. Para estos primeros contactos directos consentidos, yo recomendaría el uso del teléfono móvil o apartados de correos, que permitirían un conocimiento de la persona en la distancia.

3.- Puesto que componemos un grupo heterogéneo donde el único punto en común es el tema VIH-Sida de una manera directa o indirecta, recomendaría especificar claramente la condición de cada uno y el tipo de gente que se desea conocer, especificando, por ejemplo: sexo, edad, orientación sexual, gustos y preferencias, persona a la que quiere conocer, teléfono de contacto y nombre o seudónimo. Y todo esto reflejarlo en el anuncio de la sección, para que la gente se sienta protegida desde su anonimato.

Por último, creo que la sección Con Tacto debería llegar a la mayor cantidad de gente posible y la vía más directa (aparte de vuestra revista) sería poner anuncios en las consultas (si nuestros amig@s l@s médicos nos lo permitieran), para que se tomara conciencia de su existencia.

Tomamos nota de las sugerencias de nuestro amigo y os animamos a emplear cualquiera de ellas para dar forma y vida a esta sección.

Para contestar a los contactos necesitaríamos vuestra respuesta en un sobre en blanco franqueado con el N° de REF escrito a lápiz (con o sin vuestro remite), la metéis en otro sobre que mandáis a : gTt c/ del Pi, 10 1º 2ª 08002 Barcelona

Aquí añadiremos a vuestro sobre la dirección de la persona con la que queréis contactar y lo depositaremos en correos. Buena suerte y hasta la próxima,

Referencia: 001

Soy un chico cubano que quiere conocer amistades VIH+ o VIH-. Soy enfermero y promotor de salud en Cuba y me he ocupado de un proyecto cubano de ayuda y orientación sobre VIH-Sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

Referencia: 002

Soy un joven universitario cubano de 21 años, VIH+ desde hace tres. Soy moreno, delgado y bien parecido, optimista, sociable y adoro la vida. Me gustaría encontrar grandes amigos y si fuera posible un amor.

Referencia: 003

Madrileño VIH+ de 62 años, pero de 50 por la apariencia. Todavía de buen ver, pasivo, busca similar que quiera compartir una vida en común.

Referencia: 004

Soy mujer heterosexual, VIH+, soltera de 36 años. Principios cristianos, cariñosa, hogareña y sincera. Deseo conocer hombre con los mismos intereses, que ni fume, ni consuma alcohol ni drogas y con deseos de vivir. Interesados envíen un e-mail a : lanena_pr36@hotmail.com

Referencia: 005

Soy José, un joven seropositivo de 34 años. Me gustaría conocer alguna chica para iniciar, en principio, una relación de amistad y si es posible, llegar a algo más serio, ya que me gustaría compartir mi vida con alguien.

Referencia: 006

Me llamo Arturo. Soy VIH+ de 42 años y me gustaría conocer alguna chica para entablar una amistad sana. Me gusta el cine, la música, pasear, pero sobre todo la vida.

Referencia: 007

Actividades en la naturaleza (senderismo, playa ...). La vida hogareña (sin 'marujeos'). Actividades culturales y sociales (conciertos, cine, salidas). Soy tranquila, 'centrá', divertida y marchosa. Busco personas afines.

Referencia: 008

Joven de 40 años, más de 18 VIH+ sin síntomas. Busco similares gay, me da igual la edad, que vivan en Alicante o cercanías como yo, o bien que puedan desplazarse.

3 Editorial

OPINIÓN

- 4 **Derechos, píldoras y médicos**
- 5 **Cuéntame**
- 6 **Un amplio abanico**
- 7 **Operación cigüeña**
- 8 **Ser capaz**
- 9 **Sólo una opinión**
- 11 **Vidas positivas**
- 12 **Terapia en niñ@s**
- 13 **Qué esperar**
- 14 **Nunca más**
- 15 **Sólo hay cifras**



EN PERSONA

- 17 **(Sobre)Vivir del sexo**

24



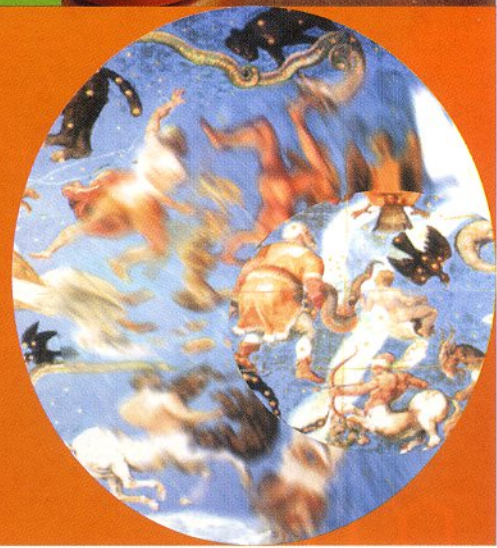
CUIDARSE

- 28 **Para absorberte mejor**
- 30 **Las infecciones en UDVP**
- 32 **Estirarse es bueno**
- 35 **Hoy salimos**



CIENCIA

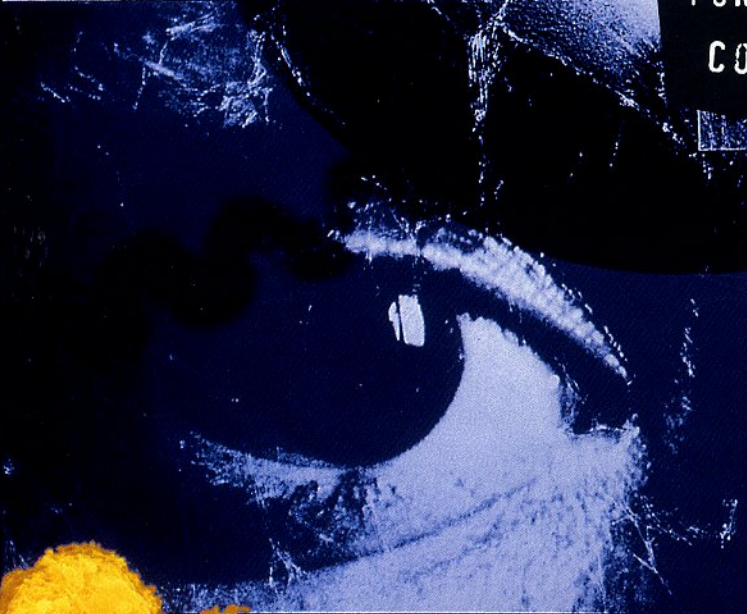
- 36 **La ruta de las pastillas**
- 38 **En dos palabras**
- 40 **Leishmania**
- 43 **Nunca os podré olvidar**
- 44 **El malestar silencioso**
- 46 **Los indeseables efectos**
- 48 **Glosario + Otros**





"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>

El equipo de LO+POSITIVO somos:

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

En este número han colaborado:

Eduardo Alonso
Eva Bellapart
Adolfo Colmenares
Paul Cummings
Juanse Hernández
Moisés Morales
Mercedes Moro

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

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

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

Redacción:

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

Preimpresión:

Jesse & James Design, S.L.

Impresión:

CLM, S.L.
Depósito Legal: B-40431-97

Con el patrocinio de:

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

Con la colaboración de:

- **Ajuntament de Barcelona**
Àrea de Serveis Personals
- **Diputació de Barcelona**
Salut Pública i Acció Social
- **Generalitat de Catalunya**
Departament de Sanitat i Seguretat Social
Programa de Drogodependències i SIDA
- **Ministerio de Sanidad y Consumo**
Plan Nacional sobre el SIDA

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

La información científica tiene una validez de tres meses.

Por el reconocimiento del trabajo sexual

Tod@s l@s que trabajamos, por gusto o por obligación, alquilamos una función de nuestro cuerpo por dinero. Algun@s la fuerza, otr@s el intelecto, hay quien, como los modelos, la imagen propia. Las personas, mujeres y hombres, que se dedican al trabajo sexual, su capacidad para dar placer. ¿Hay más diferencias?

Se ha argumentado que si bien se debe respetar a quien conscientemente elige el trabajo sexual, en muchos casos hay personas, casi siempre mujeres, que se han visto forzadas a ejercer la prostitución, y que ello es condenable. Pero, como afirmó una trabajadora sexual en la Conferencia de Durban del año pasado: "La explotación laboral siempre es explotación laboral, la esclavitud siempre es esclavitud, cualquiera que sea el trabajo que hagas; ¿por qué se hace esa distinción con l@s trabajador@s del sexo y no con otros empleos?"

Cierto es que abusar de la sexualidad de alguien puede tener consecuencias psíquicas y físicas más graves que la de otros elementos de la personalidad, pero ¿no sería precisamente el reconocimiento de quienes ejercen el comercio sexual como trabajador@s de pleno lo que les podría proteger frente a los abusos, la explotación y la esclavitud en igualdad de condiciones que al resto?

La especial vulnerabilidad de las trabajadoras del sexo frente al VIH, corroborada por los estudios que muestran una prevalencia de infecciones entre estas mujeres de hasta 10 veces superior a la de la población general femenina, está directamente conectada con su exclusión social y su falta de protección jurídica.

Otros países del continente europeo han regulado el trabajo sexual para proteger a quienes lo ejercen y reducir dicha vulnerabilidad, es decir, reducir los daños que se le asocian, y no ha habido ninguna catástrofe, antes al contrario. Si en España ni siquiera se plantea esta opción seriamente, no podremos dejar de considerar que también en este caso los criterios morales se anteponen a la salud y la calidad de vida de las personas +

Medir cantidades

Las recomendaciones oficiales francesas sobre tratamientos del VIH acaban de ser actualizadas. Una de las novedades es que el grupo de expert@s, entre los que se encontraban miembros de ONG -de lo que también llamamos la comunidad-, recomiendan (no simplemente consideran) el uso de mediciones de fármacos en sangre para todos los inhibidores de la proteasa (IP) que se estén tomando potenciados con ritonavir. En el Reino Unido, la práctica de las mediciones es ya habitual en muchos centros.

Sabia decisión. Las evidencias de que la farmacocinética (qué cantidad de medicamento llega a la sangre y cómo lo hace) de los antirretrovirales, o cuanto menos de los IP y quizá también de los no análogos de nucleósido (ITINN), es altamente variable de persona a persona son ya suficientes como para saber que hay quien puede estar tomando innecesariamente demasiadas pastillas o peligrosamente demasiado pocas.

En el primer supuesto, el exceso conduce a una exarcebación de los efectos adversos que podría evitarse y mejoraría la calidad de vida; en el segundo, un defecto hace que la combinación antirretroviral sea subóptima, no consiga inhibir la replicación viral y facilite el desarrollo de resistencias. Esto es especialmente pertinente cuando se trata de niñ@s.

En España se niega la importancia de valorar la introducción del Control Terapéutico de Fármacos (CTF) en la práctica clínica. Intenta pedir una medición en tu centro sanitario, y ya verás la cara que ponen. ¿Por qué responden como si lo que solicitamos sea caprichoso o inútil? ¿Acaso el VIH francés o británico es diferente al nuestro?

Lo que desde luego es diferente es la agilidad para responder a los nuevos retos y el interés por individualizar de veras el tratamiento antirretroviral. Y no debería ser así +

Derechos humanos «Made in China»

Según un artículo publicado en el periódico estadounidense *Washington Post* el pasado día 15 de enero, la ciudad de Chengdu, en la provincia de Sichuan (China), acaba de aprobar una nueva legislación que afecta directamente a los derechos humanos de las personas que viven con VIH.

En efecto, a partir del próximo mes de mayo, las personas VIH+ de Chengdu no estarán autorizadas a contraer matrimonio. Además, la nueva ley obliga a la policía a someter a la prueba de detección de anticuerpos del VIH a «cualquier persona arrestada perteneciente a grupos de alto riesgo» y, de dar positivo en la prueba, la persona ha de ser encarcelada separadamente del resto de internos o internas. Por otro lado, tod@s l@s habitantes de la ciudad que hayan vivido más de un año fuera de China han de someterse también a la prueba. ¡Ah!, y un refinado detalle para con aquellas mujeres VIH+ embarazadas que «no dispongan de tratamiento antirretroviral para prevenir la

transmisión vertical del VIH»: se intentará "persuadirlas" para que aborten.

Ha llovido más de una década desde la masacre de estudiantes en la plaza de Tiananmen, (¿quién se acuerda?), y, por lo poco que sabemos del gigante oriental, el sistema no hace sino abundar en su olímpico desprecio de los derechos humanos. Ahora les toca a las personas VIH+ de la capital de Sichuan, que bien pueden ser un número considerable, porque la descomunal población de China hace que, incluso con una prevalencia del VIH que todavía podemos considerar baja (0,07%), la cifra total de personas que viven con el VIH se sitúe en torno al medio millón y equivalga al total estimado para Europa (en España, sin ir más lejos, la prevalencia del VIH es 8 veces superior y la población VIH+ estimada es de unas 120.000 personas).

Referencia: *Washington Post*, 15 de enero de 2001

4 Píldoras para monjas, sí condones para evitar el VIH, no

La Iglesia Católica autoriza el uso de la píldora a las monjas misioneras en países en guerra como un método de auto-defensa ante una posible violación, y no con un criterio de anticoncepción, según declaraciones hechas por el obispo de Segorbe-Castellón, Juan Antonio Reig el 30 de enero pasado y recogidas por el diario *El País*.

Según el prelado, el uso de la píldora por las monjas «cambia la naturaleza moral del acto», ya que no es lo mismo la

prevención de las consecuencias de una violación de una monja que el acto de la anticoncepción de una seglar: lo primero sería un acto de defensa personal ante una agresión y lo segundo un acto que va contra la concepción. En la misma línea, no sería moralmente aceptable el uso del condón para evitar la transmisión del VIH.

Palabras que se califican por sí mismas.

Referencia: *El País*, 31 de enero de 2001

Un médico que mejor tener lejos

La inseminación a una paciente VIH+ o el empleo de esperma de un paciente infectado no es admisible ética ni legalmente, según Alejandro González, jefe de la Unidad de Reproducción de la Policlínica San Mauricio, de Jerez de la Frontera, en Cádiz. La noticia no es nueva, sino del 99, pero aún se puede encontrar en internet (ver la referencia).

El Sr. González asegura que en España no se está tratando la infertilidad en personas con VIH porque esas técnicas sólo se pueden ofrecer cuando hay "garantía de éxito y cuando no exista riesgo para la madre ni para el descendiente". Así, cuando la madre fuera seropositiva, la inseminación estaría descartada por el riesgo de transmisión del VIH al niño o la niña. Cuando la madre fuera seronegativa y el padre positivo, tampoco, ya que según este médico, el lavado de semen no es seguro y puede haber una transmisión del VIH a la mujer.

Lo que se debe hacer, afirma, es ofrecer consejo, que iría encaminado a persuadir a la paciente para que no se quede embarazada, explicándole los riesgos que existen de transmisión

del virus al bebé. La única solución pasaría, cuando el hombre sea seropositivo y la mujer no, la inseminación con semen de donante congelado seronegativo.

El Sr. González estaba un poco retrasadito ya en 1999 en sus conocimientos sobre transmisión materno-filial del VIH: entonces quedaba claro que el uso de terapia combinada de gran actividad, especialmente si incluía AZT, reducía muchísimo las probabilidades de transmisión al niño. Hoy sabemos que esa probabilidad es cercana al 0% en las circunstancias adecuadas.

Pero es que además el Sr. González (nos resistimos a llamarle doctor) defiende prácticas eugenésicas más propias de la Alemania de los años 30 que de un país civilizado: aquello que vaya a ser tarado o deforme, mejor evitarlo o eliminarlo.

Desconocemos si el paradero actual de Alejandro González sigue siendo el mismo, pero su calidad humana y médica no es la propia de un Jefe de Unidad hospitalaria.

Referencia:

<http://www.diariomedico.com/normativa/norm280799combis.html>



4



Basta ya

En el número 15 de la revista LO+POSITIVO, se hizo pública una reflexión del compañero y amigo Joan Tallada en contra de la querrela presentada contra los responsables de Sanidad y Justicia de la Generalitat de Cataluña por la falta de programas de intercambio de jeringuillas, a lo que me gustaría responder con la siguiente réplica:

1º Nuestra Constitución en su artículo 43 menciona: «Corresponde a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y a través de las prestaciones y de los servicios necesarios».

2º El Estatuto de Autonomía de Cataluña, artículo 11, reconoce las competencias de la Generalitat de Cataluña, en la ejecución y legislación del estado en materias Penitenciarias.

3º En el mismo marco de Competencia Autonómica, en su artículo 18, menciona: «La Generalitat tiene las competencias en la Administración de Justicia». El desenvolvimiento legislativo y la ejecución del régimen jurídico y del sistema de responsabilidades, corresponden a la Generalitat.

Dicho esto y centrando el tema, partimos de la base, que en los Centros Penitenciarios se realizan prácticas de riesgo que pueden transmitir e infectar el virus del VIH, pero es innegable

que los UDVP corren un riesgo innecesario, que debería ser tutelado e impedido por las autoridades, ya que disponen de soluciones y cuentan con recursos apropiados, pero se niegan a aplicarlos.

En la sociedad actual, cuando algún/a ciudadan@, asociación, entidad, empresa, administración, etc. no facilita los medios para evitar males mayores, incurren en responsabilidades penales. El gran problema en este contexto es que no existe un estudio riguroso que indique cuántos intern@s, tanto anteriormente como en la actualidad, han sido ingresad@s en los centros penitenciarios en condición seronegativa y pasaron a ser seropositiv@s.

Les puedo asegurar a tod@s los lectores que si este estudio se hubiera venido practicando con rigurosidad y objetividad desde hace 10 años, nos quedaríamos escandalizad@s de la cantidad de personas que han contraído el virus del VIH, a través de estos tipos de prácticas en los centros penitenciarios (...)

Lo escandaloso es que todavía hoy hacen oídos sordos. ¡BASTA YA!

JOSÉ CARBONELL

[PERTENECIENTE AL CCL DE LA CIS 2002 DE BARCELONA Y DE LA RED 2002]

Cuéntame un cuento

Mairena del Alcor, 11/10/00

Margarita tiene SIDA



¡Hola amig@s!

Me llamo Pepépérez, soy cuentacuentos y especialista en animación a la lectura. Hace tres años, el Área Municipal de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Sevilla, me encargo que realizara una actividad para niños del segundo ciclo de Educación Primaria, con motivo del Día Internacional de la lucha contra el SIDA, del 1 de diciembre.

Como no había nada escrito o yo no lo encontré, entre mi mujer y yo escribimos un cuento titulado MARGARITA TIENE SIDA, el cuento no tiene un final determinado sino que se proponen tres finales diferentes y la idea principal es que los niños escojan uno de los finales o escriban su propio final, además de ilustrarlo.

La actividad resultó muy bonita e interesante, porque pudimos descubrir las lagunas y la falta de información que tienen los chicos, por lo que al año siguiente se repitió la experiencia durante más días y con más grupos.

Por diferentes razones, entre ellas, la separación del Área de Salud de la de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Sevilla, no se va a llevar a cabo por ahora el proyecto. Sin embargo, he pedido permiso para ceder los derechos de autor.

A mis manos ha llegado un ejemplar de vuestra revista (...). Me gusta el enfoque que le dais y pensé que tal vez, os gustaría trabajar mi cuento en los centros escolares o donde creáis conveniente.

Un besote muy fuerte desde el corazón.

PEPEPÉREZ



5



José
CARBONELL

PRESIDENTE
DE
A.U.M.M.O.

un amplio abanico



Dentro de las asociaciones de usuari@s formadas por UDVP, conformamos un amplio abanico de personas con unos problemas o situaciones diferentes. Por ejemplo: con o sin VIH/SIDA, participantes o no del Programa de Mantenimiento con Metadona, con VHB o C, tuberculosis, cirrosis, etc. Sin embargo, de una o otra manera, casi tod@s padecemos los mismos efectos indeseables de las enfermedades asociadas al consumo de drogas debido al hábito creado durante muchos años.

Normalmente, las asociaciones como la nuestra actúan gracias al desempeño del voluntariado, que desde un punto de vista altruista trabajan sin percibir remuneración alguna por las actividades que realizan, lo que sin duda es admirable. No obstante, como la gran mayoría depende de una paga asistencial sea contributiva o no, les impide en muchos casos acceder a un contrato de trabajo normalizado. El trabajo del voluntari@ se basa esencialmente en asesorar y acompañar a l@s afectad@s, así como recuperarles y reforzarles la autoestima, a través de actividades de tipo

ocupacional, de formación o deportivas, entre otras, ya que el colectivo de l@s UDVP se encuentra muy desestructurado en los aspectos psicológicos, familiares, sociales y económicos.

Pero la participación de est@s voluntari@s, l@s cuales se podrían clasificar como mano de obra barata, beneficia también a otras organizaciones que de una u otra forma no plantan cara al problema, es decir, a las administraciones gubernamentales en general, ya que estas son las que deberían prestar este tipo de servicios a nuestro colectivo, además de facilitar la creación de centros que cumplan con el propósito básico de atención, tal como se hace con otros colectivos sociales (tercera edad, salud mental, etc.), en los que se realizan actividades apropiadas a su realidad y necesidades.

Otra problemática a la que nos enfrentamos cada día, es la de los Centros de Asistencia y Seguimiento (CAS, centros en Cataluña que atienden a l@s UDVP y cuya competencia corresponde a la Generalitat de Catalunya), ya que normalmente están gestionados por empresas privadas, las cuales tienen concertada y adjudicada la prestación de estos servicios. En ellas, aunque no en todas, prevalece más el sentido de gestión empresarial respecto al resultado final del ejercicio, que la prestación de calidad en los servicios.

Actualmente, a l@s usuari@s que accedemos a estos servicios de atención, se nos llama "clientes", pues en realidad ha dejado de ser un servicio de atención a pacientes o usuari@s, para convertirse en una cuestión meramente de clientelismo.

Toda esta red de empresas entra en conflicto directo con el trabajo de las asociaciones de usuari@s que sólo buscamos la calidad del sistema sanitario público, al que tenemos derecho, tal como se establece en la ley sanitaria (capítulo II, artículo 92)



que señala: «La administración sanitaria facilitará la libre actividad de las asociaciones de usuari@s de la sanidad, sin ánimo de lucro y cooperativas de tipo sanitario, de acuerdo con la legislación aplicable, propiciando su actuación coordinada con el sistema sanitario público».

L@s agentes de salud que trabajamos en dichas asociaciones hacemos nuestro trabajo con el corazón y la empatía correspondiente, cosa de la que nos sentimos orgullos@s; pero nos indigna y nos frustra personal y profesionalmente, cuando vemos que la administración que aprueba los proyectos de continuidad de los siguientes años nos dice textualmente: «debemos optar por una línea de cooperación con estas empresas y no de reivindicación de carencias y de calidad de servicios», pues según la Generalitat a través del "Órgano Técnico de Drogodependencias y SIDA" las dos líneas son incompatibles.

¡Creo que ni nos entienden ni nos entenderán el porqué hacemos este trabajo y lo que significa para nuestro colectivo la calidad de servicios sanitarios!

Un saludo a tod@s l@s lector@s de LO+POSITIVO, recordando que estoy a vuestra disposición, para cualquier contraste o replica +

6



Operación cigüeña: chica VIH+, chico no

Cuando, hace unos pocos años, se hablaba de derechos reproductivos de la mujer VIH+, casi siempre, era para referirse al derecho a tener acceso a los servicios de interrupción del embarazo. Plantear siquiera que tuviéramos derecho a pensar en la maternidad como posible elección era considerado no sólo una irresponsabilidad sino que había quien iba más lejos y lo consideraba incluso un delito susceptible de castigo penal. [Lamentablemente, esta actitud criminalizadora hacia la mujer VIH+ que desea ser madre sigue contando con expertos paladines, y para ilustrar esto podéis echar un vistazo a la sección Lo más negativo de este mismo número.]

A partir de la Conferencia Mundial de Ginebra en 1998, la presentación de diversos estudios que demostraban que existía la posibilidad de reducir el riesgo de transmisión materno-fetal hasta niveles muy bajos abrió nuevas perspectivas en la vida de muchas mujeres, que volvieron a contemplar la posibilidad de plantearse la maternidad como opción.

A pesar de que el derecho a tener hij@s está reconocido por la ley, la mayor parte de las veces las mujeres seropositivas se encuentran con una discriminación, encubierta en ocasiones y no tan encubierta en otras, cuando se les niega la información libre de prejuicios y la atención sanitaria que precisan para llevar adelante la concepción, el embarazo y el parto en las mejores condiciones, es decir, en condiciones que les permitan proteger su propia salud y reducir en lo posible el riesgo de transmisión para su bebé y su pareja. (En nuestro próximo número hablaremos de las últimas directrices para el tratamiento de la mujer VIH+ embarazada y para la reducción del riesgo de transmisión vertical.)

Si te estás planteando la posibilidad de quedarte embarazada, tener una extensa charla con tu médico de VIH y con tu ginecólog@, en la que puedas exponerles todas las dudas que necesites aclarar antes de tomar una decisión, puede ser una manera de prepararte para ello.

Es muy probable que primero te informe de que tu situación virológica y tu estado inmunológico son importantes a la hora de decidir un embarazo, y si no están controlados (carga viral alta y CD4 por debajo de 200), te aconsejará esperar hasta que tu situación mejore. También te sugerirá que tanto tú como tu pareja os hagáis unas pruebas de fertilidad, para asegurar las

probabilidades de éxito. A continuación, es importante que, si estás tomando tratamiento antirretroviral, estudiéis si es el más adecuado tanto para ti como para tu bebé, ya que algunos fármacos (por ejemplo, Sustiva) están contraindicados durante el embarazo.

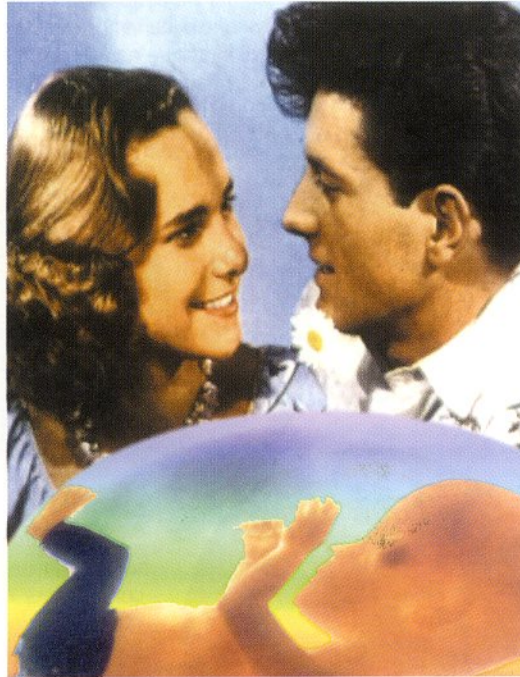
A continuación, debéis elegir la forma de llevar a cabo la concepción. Es probable que el/la médico os proponga acudir a una Clínica de Reproducción Asistida especializada en la utilización de este tipo de técnicas entre personas con VIH. La inseminación artificial puede constituir una buena opción para evitar la realización de un coito no protegido, que podría provocar cierta ansiedad ante el riesgo de una posible transmisión del VIH a la pareja.

Aunque también se han abordado otros sistemas menos medicalizados, como puede ser la autoinseminación, en la que es la propia pareja quien realiza la inseminación recogiendo el semen del hombre en una jeringa y depositándolo en la vagina de la mujer, o incluso intentar realizar el coito utilizando un condón femenino al que se le ha practicado un agujero para permitir la salida del semen a la vagina. Si ésta es tu opción, consulta con tu ginecólog@ para que te dé información sobre cómo hacerlo para que resulte lo más eficaz posible.

A la hora de tomar decisiones no podemos dejar de lado un aspecto tan importante como es el económico. Aunque la inseminación artificial está cubierta por la Seguridad Social y cualquier mujer VIH+ debería poder acceder a ella, en la realidad esta opción se ve seriamente limitada por la existencia de unas listas de espera que ya en sí mismas resultan interminables. Este hecho, que puede ser frustrante para cualquier mujer, reviste especial gravedad en el caso de una mujer con infección por VIH, ya que ésta ha de aprovechar el momento en

que su situación clínica y virológica sea óptima. Por eso, hay que contar con el desembolso económico que ello supone, aunque el hecho de que las clínicas privadas que realizan este servicio trabajen en colaboración con servicios hospitalarios de ginecología especializados en VIH favorece el que muchas de las pruebas requeridas puedan ser realizadas en los propios centros de seguimiento del VIH.

Pero recuerda que, en cualquier caso, la decisión última es tuya. La obligación de médicos y ginecólog@s es ofrecerte las explicaciones que necesites para que puedas realizar una decisión informada +



FCC

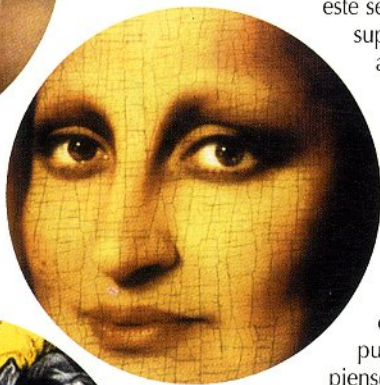
7



Ser capaz

Tod@s sabemos lo que significa ser positiv@, pues imaginad lo poco que deben entender algun@s de l@s niñ@s positiv@s o hij@s de madres y padres positiv@s, que todavía no han tenido tiempo de comprender las desavenencias de la vida y ya se encuentran con una que nos supera hasta nosotr@s mism@s. De ell@s tendría que decir que se habla poco, y yo, como madre positiva, no sé a veces cómo enfocar el tema de cara a mi hijo y su ámbito social, y poco he hecho hasta ahora en cuanto a su protección y aceptación en el colegio, nada más que esconderme.

Suelo pensar que si soy capaz de proporcionarle un entorno familiar y una relación afectiva y vital, buena y constructiva, que le aporte seguridad, le ayudaré a ser una persona sólida y consistente capaz de enfrentarse a ello. Pero a veces me resulta difícil mantener ese ambiente con todas las dificultades y presiones que me encuentro diariamente: inquietudes sociales, problemas médicos, económicos, sentimentales Tengo que hacer gala de una gran convicción y serenidad para que todo esto no le afecte. Me digo a mí misma: «si un día se enteran en el colegio me enfrentaré a ello convencida y habré hecho de él una persona tan formada que sabrá lucharlo conmigo, y además, me seguirá queriendo a pesar de haberle enfrentado a este mogollón». Pero hay días en que no me lo creo ni yo y tengo miedo, miedo por él, miedo por mí y miedo a tirar la toalla de la lucha; y temo también que el desconsuelo y el desconsuelo que me causa su situación, la lipodistrofia, las resistencias, la soledad que siento en



el plano sentimental desde hace tiempo y que no me ayuda a romper con este panorama, y por último, los problemas físicos diarios me puedan, aunque intento luchar para que no suceda.

El tema de la lipodistrofia creo que es uno especialmente difícil para las mujeres, pues los hombres, como dice el dicho «cuanto más feos más hermosos», y eso es gracias a nuestra comprensión femenina que en la mayoría de los casos suele ser excesiva (¿o no?). Si al principio te sientes un poco regular, la has fastidiado, a no ser que seas capaz de progresar personalmente y encuentres estabilidad y a alguien muy especial que en muchos casos puede llegar a ser nuestra compensación. Por supuesto, hay gente de todo tipo y también en mi vida he encontrado a gente negativa de la que no he percibido ni media "reserva" en cuanto a mi condición; pero en general es un problema. Pienso que deberíamos esforzarnos mucho en paliar algo esta situación que nos afecta especialmente a la hora de establecer una relación nueva con un hombre (respetando a las mujeres homosexuales, cuya situación en este sentido no conozco pero presupongo que será mejor por lo antes dicho sobre la comprensión femenina), e incluso a la hora de enfrentarnos a nuestro@s hij@s a l@s que tiene que afectar ver una madre deteriorada físicamente aunque no digan nada.

Sé que lo que voy a decir es triste y algun@ se me puede echar encima, pero pienso que la solución de nuestros problemas, en parte, irá acompañada de la propia evolución a mejor de nuestra condición, y es por lo que siempre insisto en la necesidad de mejorar cada día más. También pienso que deberíamos esforzarnos más negociando medidas de contratación, protección y apoyo para l@s seropositiv@s, empezando, por ejemplo, en los ámbitos laborales oficiales, que no deberían negarse.

Por todo esto seguiré deseando e intentando ese sueño de integración e igualación, esforzándome por expresar con mi propia trayectoria que NO tenemos por qué ser discriminad@s en nada, que somos gente igual de válida, atractiva y capaz que otr@s. Aunque desgraciadamente no sé si voy a ser yo quien lo consiga, empiezo a pensar que por lo menos en lo de ser capaz no me desanimaré. Me sucede de todo: pero confío en que según avancemos todas estas diferencias se superen y terminen +



8



Sólo una opinión

Ha vuelto a salir, por lo menos en mi comunidad (Canarias). Me refiero a esas espectaculares noticias, que los medios de comunicación (gustosamente) recogían durante la campaña del 1 de Diciembre: «Los afectad@s de VIH/SIDA, dejan la medicación para no perder sus pensiones», «L@s enferm@s de Sida, abandonan su tratamiento antirretroviral por 40.000 ptas. al mes», etc, etc, etc.

Hace algunos meses tuve conocimiento de noticias de este tipo, poco antes del inicio de las movilizaciones de la MEM (Mesa Estatal de Minusvalías). Una importante cadena de televisión se hacía eco de ellas y también la prensa escrita, no recuerdo muy bien. Mi opinión al respecto era y sigue siendo la misma, pero en aquella ocasión, sólo esperaba que pasaran por alto, que se diluyeran sin hacer demasiado ruido. Esta vez empieza a fastidiarme, porque preocupante, me pareció desde el principio.

¿Qué nos pasa, no aprendemos? No me vale lo de que los medios se aferran al sensacionalismo, que tergiversan las cosas, eso ya lo sabemos. Por eso, en esta ocasión no me voy a centrar en ellos, lo raro sería que no lo hicieran.

Sé que no es un comentario generalizado, que son opiniones puntuales, personales, como la mía tal vez, seguramente producto de la desesperación, de la impotencia de soportar una situación injusta y lo entiendo, lo que no entiendo es que tiremos piedras sobre nuestro propio tejado.

En alguna de esas noticias encontré algún matiz diferente. En las recogidas durante el Día Mundial lo que se expresaba era algo así como el temor de que esto ocurriera, que la gente dejara la medicación para provocar un cambio en las cifras analíticas y no quedar así excluida de los criterios para acceder o mantener una PNC (Pensión No Contributiva). Todavía esto, dentro de lo malo, lo menos malo; aun así, sigo pensando que ésta no es la mejor forma de defender la no retirada o revisión de las PNC, no creo que sea la manera de presionar más acertada.

Para empezar, el planteamiento me parece irresponsable, no creo que esto se lo proponga nadie realmente, en cualquier caso, por supuesto, allá cada uno; pero, ¿nos hemos parado a pensar siquiera por un momento cuál es el mensaje que le llega a la sociedad? al contribuyente que sabe de cifras, de la cuantiosa partida del presupuesto anual de Sanidad que se invierte exclusivamente en tratamiento antirretroviral, bueno a la sociedad en general, l@s que siempre se sintieron/sienten al margen de esto porque no pertenecen a ningún "grupo de riesgo" (da grima hasta escribirlo), o l@s que siempre pensaron/piensan: «Ell@s se lo han buscado, algo habrán hecho». Pues sólo faltaba darles el tremendo gustazo, ponerles en bandeja, nuevos argumentos para juzgar.

¿Me paso? Puede ser. Seguro que lo que he escrito no le gustará a más de un@, pero sólo es una percepción sobre algo que como mujer seropositiva me afecta.

Creo que la autocritica nos enriquece, aunque moleste, no todo van a ser paños calientes. Es sólo una opinión+

¡Gracias por colaborar!

Tras el sorteo, las 25 suscripciones gratuitas para 2001 irán a: Barcelona, Benidorm, Córdoba, Dueñas, Fabero, Gandia, La Palma, Las Palmas de Gran Canaria, Lleida, Llíria, Madrid, Martorell, Mataró, Mora de Toledo, Ocaña, Palma de Mallorca, Pontevedra, Rubí, Santander, Suances, Tarragona, Torre del Mar, Valencia, Vigo y Zaragoza.

¡Ayúdanos a conocerte mejor! Tu opinión cuenta. Responde.

1-Sexo

- Hombre Mujer
 Transgénero

2-Edad

- Menor de 20 20-30
 31-40 41-50
 51-60 Mayor de 60

3-Estatus VIH

- VIH+ VIH-
 Desconocido

4-¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

- Sexo no seguro:
 Hombre-hombre
 Mujer-mujer
 Hombre-mujer
 Por compartir jeringuillas
 Transfusión sanguínea
 Accidente laboral
 Otros

5-¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí No

6-¿Tomas tratamientos complementarios o alternativos?

- Sí No

7-¿En qué localidad/comunidad vives?

8-¿Dónde encontraste Lo+Positivo?

9-Valora Lo+Positivo de 1 a 10

- Contenido
 Diseño
 En general

10-¿Qué temas te han gustado más?

11-¿Qué temas te gustaría encontrar en los próximos números de Lo+Positivo?

Roche

Farma

Soluciones
Integrales de Salud

**Trabajamos
por un mundo sin
VIH**

Vidas positivas

VP es un proyecto internacional conjunto de *Network Photographers* y la organización *Terrence Higgins Trust* de Londres (Reino Unido) para documentar el impacto social y mundial de la pandemia del VIH/SIDA e iluminar las respuestas humanas positivas ante esta crisis planetaria.

Por medio de exposiciones y de programas comunitarios y con medios de comunicación electrónicos, impresos y audiovisuales, VP promociona la concienciación entre líderes de

opinión, políticos y la sociedad. VP provoca la acción y desafía el miedo, el prejuicio y los malentendidos que rodean el VIH/SIDA.

En la foto: Nesta Mcquanaze se despide con cariño de su hermana Samkelisive después de una visita en el pabellón de tuberculosis del Hospital de Nquelezana, en KwuaZulu Natal, Sudáfrica.

Samkelisive se ha declarado una persona que vive con VIH y espera poder ser agente de salud en su propia comunidad +



Terapia antirretroviral en niñ@s

En octubre de 2000 se celebró el V Congreso sobre Terapia Farmacológica del VIH en Glasgow (Escocia). Gracias a la participación de activistas comunitarios en el Comité Organizador, el programa incluyó una sesión dedicada a poblaciones específicas: mujeres, usuarios de drogas y niñ@s. Éste es un resumen de la intervención centrada en la infancia y la terapia antirretroviral en dicho encuentro.

El ponente fue Carlo Giaquinto de Italia, quien ofreció una presentación extraordinaria en torno al tema «Terapia antiviral en niñ@s: Análisis de los problemas». Su intervención empezó con las buenas noticias de que varios estudios reflejan el progreso extraordinario que se ha experimentado en el tratamiento de niñ@s infectad@s por VIH, con un descenso de las tasas de mortalidad de un 5,4% en 1995 a un 1% en 1998 [1]. Además, mientras que todavía no está claro si los niñ@s pueden tener algún defecto en la presentación antigénica y en la producción de citoquinas, sí está más claro que los niñ@s muestran una habilidad superior para recuperarse inmunológicamente del daño causado por el VIH. En un estudio, los niñ@s tratados con HAART mostraron aumentos significativamente más altos de células naive CD4+ y CD8+ que los observados normalmente en adult@s, lo que está probablemente relacionado con la presencia de un timo funcional.

No obstante, el Dr. Giaquinto, explicó que otros estudios, incluido el PENTA 7, no han resultado tan alentadores. En concreto, en el PENTA 7 sólo el 25% de los niñ@s naive recién infectad@s que empezaron con TARGA consiguieron niveles por debajo de 50 copias/mL al acabo de 24 semanas. Giaquinto afirmó que, aunque las razones de esta tasa tan baja de éxito eran ciertamente multifactoriales, se observó una pobre adhesión y una también pobre farmacocinética, especialmente en el caso de nelfinavir. El mínimo aceptable para niñ@s es el mismo que para adult@s: la recuperación inmunológica y el control virológico dependen de la adhesión a un régimen antirretroviral potente que consiga y mantenga niveles de fármaco adecuados para una supresión virológica perdurable.

La farmacocinética es un problema crítico en estas poblaciones, pues la mayoría de las dosis están pensadas para adult@s. En este sentido, el Dr. Giaquinto afirmó que urge obtener más información sobre los efectos de la edad, el área de superficie, el peso, la absorción, el metabolismo y otros aspectos relacionados con la consecución de niveles de fármaco adecuados. Los datos indican claramente que los niveles insuficientes de fármaco, especialmente debido a la variabilidad de los niveles de los IP, podría ser la razón por la que much@s pacientes fracasan en su terapia, lo que parece ser realmente cierto en el caso de los niñ@s.

La adhesión es un problema particularmente difícil en los niñ@s. No sólo depende de que los niñ@s se tomen la medicación, sino de que sus padres o cuidador@s se la administren. A los niñ@s no les gusta tomar medicinas y sus cuidador@s se cansan con frecuencia de bregar con el/la niñ@ para que las tome. El Dr. Giaquinto subrayó varios de los factores que pueden influir en la adhesión de los niñ@s a las terapias TARGA como, por ejemplo, las características mismas del fármaco administrado, el horario de las dosis, el número y el tamaño de las pastillas, el sabor de las formulaciones líquidas y en polvo, las interacciones con comida, la duración de la terapia, la edad del/de la niñ@, el miedo a ser descubiert@s, el conocimiento del diagnóstico y el estado clínico.

Así, Giaquinto propuso que hasta que no se hayan realizado más investigaciones sobre farmacocinética, toxicidad y tolerabilidad de los antirretrovirales en niñ@s, los médicos deberían empezar con el régimen más fácil y más simple de los potencialmente efectivos, el cual debe facilitar un amplio margen en su farmacocinética para cubrir la posibilidad de dosis perdidas o administradas más tarde. Además, el/la médico debería trabajar en la educación tanto del niñ@ como de los padres o cuidador@s respecto a la necesidad de la terapia antirretroviral y colaborar con ell@s para maximizar la adhesión. Como idea final, mencionó la posibilidad de considerar una interrupción estructurada del tratamiento, aunque a menos que el/la niñ@ esté recién infectad@, las probabilidades de éxito en infección crónica, tal como reflejan la mayoría de ensayos realizados en adult@s, son pocas +

Ref: Doctor Fax 61
www.foro-vih.org/gtt



Qué esperar

de una Conferencia Internacional

La Conferencia Internacional sobre el SIDA es una iniciativa de la Sociedad Internacional del SIDA, para promover el encuentro bianual entre todos los actores que intervienen en este tema. La finalidad es poner al día en materia de investigación científica a tod@s les participantes, favorecer una interacción e intercambio entre las comunidades y las personas, al igual que identificar los retos sociales y científicos de cara al futuro. En principio, este encuentro no conlleva compromisos o decisiones ejecutivas para l@s asistentes, lo que favorece la idea lanzada por l@s escéptic@s de que «los grandes eventos no hablan realmente del problema sino que es una excusa para especular con las divergencias y pasarlo bien con los amigos». La diferencia entre los gastos y los resultados sin duda endurecerá aun más las críticas de que esta conferencia es una burla y una falta de respeto a todas las personas que viven en la pobreza y están afectadas por esta enfermedad directa e indirectamente y que esperan de este encuentro algún resultado positivo.

Visto desde esta perspectiva escéptica, el análisis parece correcto porque se limita a lo que es en sí el acto de la reunión y no evalúa el impacto global. Si tomamos en cuenta el presupuesto estimado para llevar a cabo un evento como la conferencia, puede ser que éste sirva para cubrir el coste total del tratamiento por un año de un país, además de todas las necesidades de ciertos Estados africanos. Pero al ver la situación en África, podemos decir que los resultados de esta conferencia son más interesantes de lo que parece, ya que ha propiciado un movimiento de reflexión y de nuevas consideraciones políticas que seguramente darán mayores frutos a lo largo del tiempo que el de costear los tratamientos por dos años.

En el aspecto político

La polémica planteada por las dudas del Presidente Thabo Mbeki sobre la verdadera causa del SIDA, ha logrado que el tema haya sido discutido por primera vez en la Conferencia de la Organización de la Unidad Africana. Esto es mucho más importante si tenemos en cuenta que los puntos a tratar durante la reunión eran la creación de la unión africana y las guerras que asolan el continente.

Los Estados se han dado cuenta del impacto del SIDA en sus países, ya que de no implicarse más a fondo corren el riesgo de no tener éxito en todas sus políticas económicas y sociales, debido a los costes sociales que representa la enfermedad y que

conlleva una baja demografía, principalmente en el sector productivo de la población. Por ende, el impacto del VIH va en detrimento del crecimiento económico, reduce la producción por falta de mano de obra e incrementa la pobreza en general.

Todo esto ha generado nuevas acciones reales que introducen el SIDA dentro de un contexto fundamental en las políticas de salud, ya que no se limita como lo venía haciendo hasta ahora a la prevención, sino que también se está planteando financiar los tratamientos de las personas afectadas. Un ejemplo es Senegal, donde el Estado ha encontrado la manera de subvencionar el tratamiento de manera proporcional a los recursos familiares de la persona infectada, pero es totalmente gratuito en el caso de las mujeres embarazadas. Después de negociar con la industria farmacéutica, la participación de las familias se reduce hasta en un 75% del precio original.

En cuanto a movilización

Las comunidades africanas se están movilizando sin esperar las subvenciones para intentar encontrar soluciones que dejen de ver la enfermedad como un asunto exclusivamente médico y sanitario.

El Foro 2000 para el desarrollo de África, que tuvo lugar en Addis Abeba (Etiopía) tuvo como lema «El SIDA: un reto sin precedente para los gobiernos». Con la participación de altas personalidades del ámbito político, se propuso llegar a un plan para detener el impacto catastrófico del VIH/SIDA sobre el desarrollo. Esto quiere decir que ha habido un nuevo planteamiento de los Estados sobre la enfermedad.

La otra forma de movilización es la financiación interna de los Estados a sus colectivos científicos para que aporten respuestas a las cuestiones jurídicas, socioeconómicas, demográficas y profesionales que el SIDA induce. Esta nueva implicación de las ciencias sociales contribuye de manera dinámica a un mejor conocimiento de la enfermedad. También, da más peso en la lucha contra la banalización. Por ello, la solución de los efectos del SIDA deja de ser una cosa alejada de las poblaciones y de las instituciones.

Finalmente, debemos aceptar que este tipo de conferencias en las que se acoge a un número elevado de participantes, se convierta en una máquina de presión y de sensibilización, y logre de una u otra forma, que las organizaciones en el tercer mundo lleguen a mejores resultados en la lucha contra la enfermedad+



Nunca más una sola voz

El lema *Nunca más una sola voz* tuvo su origen en una conferencia sobre SIDA en México. Muchas organizaciones comunitarias habíamos trabajado arduamente en el diseño, organización, financiación y realización de un Foro Comunitario. Durante el desarrollo del evento, una organización en particular hizo de lado el trabajo conjunto con el resto de las organizaciones y decidió promover su propia agenda, aislándose del resto de las actividades y autoproclamándose como el único grupo de interlocución con el gobierno.

La frase fue un reclamo a las autoridades mexicanas de salud: en México, la respuesta al VIH es diversa, somos muchas las voces y es imposible escuchar sólo a una. La respuesta comunitaria no está compuesta por una visión unívoca y absoluta. Existen muchas visiones que contemplan temas diversos, todos ellos prioritarios, complementarios y necesarios para responder de manera articulada ante el desafío que representa el VIH.

Las lecciones aprendidas a lo largo de los años nos han enseñado que la epidemia de VIH plantea una serie de problemas cuya complejidad nos ha obligado a que se le aborde desde una variedad de perspectivas y enfoques complementarios que van de lo clínico a lo científico y epidemiológico; que tocan aspectos económicos, de desarrollo, éticos, legislativos y de derechos humanos; que obligan a una articulación formal de la respuesta multisectorial donde el papel de las comunidades, de las personas que vivimos con el VIH, de la iniciativa privada, del gobierno o las iglesias, es indispensable.

Para enfrentar los cambios hemos debido armonizar experiencias divergentes, integrar y compartir saberes, conocimientos, empeños, pasiones, inteligencias y corazones. La respuesta al SIDA debe ser multidisciplinaria. En este camino de difícil tránsito hemos empezado a encontrar mejores maneras de abordar un problema que ha adquirido dimensiones extraordinarias.

En **América Latina** el proceso ha sido lento y en ocasiones doloroso, dividido. Algunos países han obtenido mayores logros al encontrar mejores formas de colaboración, en otros esta experiencia apenas comienza.

Estamos familiarizados con el autoritarismo, la dictadura, el abuso, el conservadurismo, las grandes brechas entre ricos y pobres, la corrupción, la injusticia, la dictadura moral de la iglesia y otros grupos de poder. Sin duda, en nuestras incipientes democracias no ha sido tarea fácil hacer escuchar nuestras voces.

América Latina es una región diversa. Sin embargo, compartimos raíces profundas, culturas ancestrales, lenguas neolatinas, problemas de migración y una historia común de colonialismo, abuso, neoliberalismo y globalización.

Por ello, muy probablemente, nuestros destinos continuarán fuertemente vinculados durante mucho tiempo.

Nuestras voces también son diversas, como diversas son las iniciativas que han surgido para enfrentar las múltiples epidemias del VIH (hombres que tienen sexo con hombres, mujeres, usuari@s de drogas, migrantes, hombres heterosexuales, niñ@s, etc.). Voces que se han traducido en respuestas a necesidades específicas: las de nuestr@s migrantes en las grandes ciudades del norte del continente; las de quienes se concentran en las regiones fronterizas del sur y norte de México; las de l@s pobladores de la Patagonia, la Amazonia, el mágico Caribe –multicultural y multilingüístico–, los Andes, las Pampas o las grandes y maravillosas ciudades del Cono Sur.

Volviendo al contexto del mencionado Foro Comunitario, éste fue reflejo de lo que se puede obtener cuando no se hace escuchar una sola voz. Cuando distintos intereses comunitarios se unen para abrir espacios de discusión, planificación y acción, a través del trabajo cooperativo, la unión, la sinergia, la construcción colectiva, el trabajo en equipo y el sentido de apropiación. Unidos, trabajando para hacer frente al desafío de ganar espacios y relaciones igualitarias y de respeto con cada uno de los actores involucrados.

Nunca más una sola voz, ante todo porque somos divers@s, como diversa es la epidemia del VIH.

Nunca más sólo las voces de l@s tomadores de decisiones, de l@s académic@s, l@s médicos, l@s científicos y demás "expert@s".

Nunca más una sola voz, la de aquéll@s que se autodenominan como únic@s portavoces. Siempre la voz del consenso.

Nunca más sólo la voz del SIDA al abordar temas de salud y acceso a medicamentos. Siempre los gritos que claman justicia social para aquéll@s que enfrentan cualquier enfermedad, injusticia, discriminación o rechazo.

Nunca más una sola voz, la de los laboratorios en términos de acceso a medicamentos, protocolos, reducción de precios y programas humanitarios. Siempre la voz de la negociación, los acuerdos, la justicia, el humanismo y el altruismo.

Nunca más una sola voz, la de la iglesia, cuando emite juicios sobre el uso del condón, la diversidad sexual y el aborto. Siempre su consuelo, esperanza, sensibilidad, tolerancia, respeto y amor.

Nunca más una sola voz, la de los medios, cuando su mensaje es compasivo, segregante, morboso, estigmatizante. Siempre la sensibilización, el apoyo y la solidaridad.

Nunca más una sola voz. Siempre un coro rico de matices, armonioso y desafiante, generador del cambio +



14



El 1º de diciembre sólo hay cifras

Como todos los años, con motivo del 1 de diciembre, los medios de comunicación en todo el mundo nos bombardean con porcentajes de nuevos casos de personas infectadas, nos hablan de los millones de afectad@s y nos recuerdan detalladamente el número de personas fallecidas. Este despliegue minucioso de información se ha incrementado en los últimos años gracias a los datos aportados por los países en vías de desarrollo, donde los medios

de comunicación no sólo han fijado especialmente su atención, sino también han encontrado un filón informativo para este rutinario desfile anual de cifras y porcentajes.

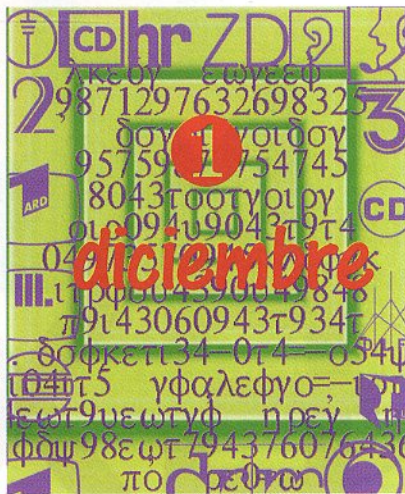
En esta ocasión, hemos recopilado fragmentos de algunos artículos publicados por la prensa española el 1 de diciembre, con la finalidad de observar el enfoque y la interpretación unánimes que todos ellos dan al tema.

«El Día Mundial del SIDA, que hoy se celebra, sólo tiene sentido si existe una toma de conciencia». De esta manera comienza el editorial «El SIDA, la epidemia que cierra el siglo XX» del diario leonés *La Crónica-EL Mundo*. Ante un inicio tan estimulante, el artículo no cumple las expectativas deseadas, pues su contenido no es más que un índice detallado de casos de infectad@s y cifras de mortandad en todo el mundo. Como fuente, el diario utiliza «los datos del último informe de UNICEF que indican que cada seis minutos se registra un nuevo contagio [sic] por VIH en los jóvenes de entre 15 y 24 años». Y para finalizar, un lugar común, el VIH-SIDA en el tercer mundo: «Los países subdesarrollados se llevan la peor parte. Más del 90% de los casos se producen en naciones con escasos recursos».

Tampoco aporta nada nuevo el periódico *La Vanguardia*. El rotativo catalán optó por un enfoque sin originalidad y enormemente trillado; en su sección de religión publicó la posición de la iglesia católica prohibiendo el uso del preservativo en la prevención del SIDA: «No es lícito y tampoco soluciona el problema», en palabras de Monseñor Javier Lozano Barragán. Además, añade: «No es moralmente aceptable el uso del preservativo, ni siquiera en el supuesto matrimonial de uno de los cónyuges para evitar el contagiar a la pareja». Como vemos, nada nuevo bajo el sol.

Los ejemplos no acaban. *El Heraldo de Aragón*, en su edición electrónica, se hace eco de los datos de la OMS y afirma: «Más de 20 millones de personas han muerto a causa del SIDA». El enfoque cuantificador continúa a lo largo del artículo: «Según las cifras de la ONU y la OMS, más de 36 millones de personas son seropositivas en todo el mundo». Y ahí se queda la historia.

«El 21% de los 316 enferm@s de SIDA son heterosexuales». Con este titular comienza su artículo el *Diario de León*, titular que puede despertar ante el/la lector@ heterosexual alerta ante el aumento de casos o tranquilidad respecto al porcentaje total.



Las incógnitas se van dilucidando a lo largo de un artículo prolijo en datos y cifras: «Siete afectados registrados en la provincia tienen menos de 12 años de edad». Gracias al "completo informe" elaborado por la *Junta de Castilla y León* conocemos que en el año 2000 la transmisión homosexual representa el 4% de la transmisión en la Comunidad, la heterosexual el 7% y el uso de jeringuillas contaminadas el 78%. ¿No es propio de la labor periodística buscar o por lo menos preguntarse las causas del aumento de casos entre los heterosexuales y de la persistencia o incremento entre los drogodependientes?. Tendremos que esperar al próximo año.

Y de nuevo las dudas: ¿por qué una información basada en datos y porcentajes y sólo un día al año? ¿Es que las personas positivas son sólo números? ¿Acaso a la sociedad no le interesa conocer cómo viven, qué piensan, cómo es el día a día con la familia, los amig@s, el trabajo? Si existe un día para conmemorar el VIH-SIDA, ¿por qué no ofrecer a la opinión pública el testimonio de las personas que conviven con él?

La ausencia de este tipo de información por parte de los medios de comunicación sólo se podría justificar en el caso de que tod@s, la sociedad en general, conocieran de antemano que la situación en la que viven las personas positivas en gran parte del mundo, es todavía difícil y precaria. Sin embargo, no es así. Recordemos que much@s compañeres además de padecer los problemas políticos, económicos y sociales de sus países, deben enfrentarse al rechazo de sus propias comunidades por el hecho de ser positiv@s. Parece que, en general, los medios de comunicación se olvidan de ello y que el VIH-SIDA no sea más que un problema que invade su calendario una vez al año. La toma de conciencia de la que hablaba el diario *La Crónica-El Mundo* para un día como éste sólo será posible cuando la sociedad disponga toda la información sobre el tema, y en especial la información de primera mano, la de los protagonistas.

Hasta entonces, porcentajes y estadísticas +



15





Fotos: Eva Bellapart Maquillaje: Sharonne para Div@s on Stage

16

+ del

(SOBRE) VIVIR SEXO

Hay algo común a quien se dedica al sexo comercial, lo que hemos conocido tradicionalmente como prostitución: el dinero. Se quiera o se necesite, dinero es lo que se cambia por sexo, o amor, o comprensión o posesión.

A partir de aquí, las historias pueden tomar senderos muy diversos. La figura de la trabajadora sexual de nuestro imaginario popular más rancio, la prostituta de esquina, persiste pero en franca minoría. La que lió uso de drogas con dinero fácil y rápido del mercado sexual ha pertenecido y pertenece a nuestra compleja comunidad: unas personas marcadas por el estigma y la discriminación por partida doble.

Los tiempos que corren muestran ahora las grietas de esa globalización que está en boca de todos: la inmigración sin documentos aumenta la vulnerabilidad de estas mujeres – no lo olvidemos – en una profesión que carece de aceptación y de protección. Con los hombres chaperos, ya se sabe, es otra historia.

Hay, no obstante, una segunda cosa en común: el VIH. Se trate de prevención o de asistencia, se hable o se silencie, el VIH está también ahí, con los cuerpos y con el dinero.

El reportaje que sigue ha interpelado sobre todo a mujeres que trabajaron o trabajan con el sexo para que sean narradoras de su propia historia y se expresen sin intermediarios. Te invitamos a escucharlas.

La okupación de Lola

Lola es el nombre supuesto de esta catalana de 28 años de edad y 3 de infección por VIH, que prefirió no salir en las fotos ante la idea de que su hermano se la encontrara "a toda página" contando sus experiencias con la prostitución, pero que nos abrió sin reservas las puertas de su casa barcelonesa recién okupada y también las de su historia, que aquí os servimos 'contada por ella misma'.

«A día de hoy, ya no me dedico 'a ello' como me dedicaba, pero sé que soy mujer y que puedo prostituirme para sacar dinero y, de vez en cuando, me hago algún servicio. Si lo hice por vicio, ¿por qué no voy a hacerlo ahora, que es por necesidad?. Vivo en esta casa okupada con mi mejor colega, y a ella le ayuda bastante su hermano, pero a veces no nos da para vivir y de algún sitio hay que sacarlo...

A los 16 años conocí a 'mi primer amor', que fue quien me metió en el mundo de las drogas. Al principio todo iba bien, pero pronto empezamos a necesitar más y más dinero, y fue él mismo quien me dio la idea de meterme en la prostitución. Nunca me obligó, pero sí que me dio la idea... Con 18 años escasos yo era joven, guapa, no me faltaban los dientes, ni me había tocado todavía las venas: estaba perfecta. Me fui a visitar una casa y ese mismo día me puse a trabajar. Al principio no estás muy segura y te preguntas incluso si serás capaz de que el tipo se corra, pero la verdad es que la mayor parte de ellos son tan simples que con ponerse encima en plan conejo tienen más que suficiente. Yo sólo me lo he hecho a gusto en la prostitución antes de estar profundamente metida en la droga y con algunos tíos concretos que he pensado: 'joder, encima que me vas a pagar, no veas como estás de bueno...'. En esos casos te preguntas: ¿pero qué hace este tío aquí? Y ves que es la comodidad, el no dar explicaciones, el ir a lo directo: tú sabes lo que yo quiero y yo sé que tú quieres, los billetes y ya está, se acabó.»

Casas de citas, meublés y campos de fútbol

«En la primera casa aprendí mucho y muy rápido, pero joder, ¡darles un 50% del pastón que nos hacíamos cada una, simplemente por ponerte un techo, era una exageración!.

Pronto me fui a una casa mucho mejor y de ahí a un meublé del barrio que cerraron cuando las Olimpiadas y que estaba de coña: todo limpio, nadie se te llevaba nada, funcionaba todo el día y yo podía ir o no ir, largarme cuando tenía lo que necesitaba, estar a mi aire... Por aquel entonces ya tengo el rollo de la prostitución 'pillado' y a partir del 92 empiezo a hacérmelo en 'el Campo' [los alrededores del Camp Nou son, desde principios de los 90, zona destacada de la prostitución de calle de mujeres y travestís en Barcelona].

Yo nunca he tenido un hombre detrás. Siempre me he sentido orgullosa de ir por libre. Si alguno me preguntaba, yo les decía: '¿Tú te crees que yo voy a hacer esto no por mí, sino por uno de esos tipos con llavero y con palos que se ven en el Campo? ¡Vamos hombre, de eso nada!'. En Can Tunis [el barrio de compraventa de drogas por excelencia en Barcelona] me envidiaban porque yo siempre era autosuficiente y tenía cantidad de billetes, para mí y para enrollarme con la gente que estaba colgada, que eso también lo hacía. Me han pasado cosas muy fuertes con la prostitución. Han intentado secuestrarme dos veces, he estado en situaciones de peligro muy real y he salido sola y gracias a mis propias fuerzas. Es que vamos, se me pueden subir a la chepa, pero no taconear...».

¿Dónde he metido la goma?

«La verdad es que los condones se usan cada vez más; yo ahora llevo todo en el bolso y ya no sólo por la prostitución, sino por la vida. [Lola muestra el contenido de su bolso: unos papeles, un manojo de llaves, un paquete de kleenex, algunos sobres de lubricante, dos o tres condones...]. Es poquita cosa, pero hay de todo. Nunca me ha gustado hacerlo sin goma, pero según las circunstancias de cada una, es algo que puede pasar en cualquier momento. Pero si les acostumbras mal se te suben a la chepa y son ellos los que acaban decidiendo y hasta poniendo las normas. Y eso no puede ser. En el mundo de hoy, follarse con condón, ¿no? Eso lo sabe todo el mundo, pero algunos tíos son muy lerdos o se piensan que la cosa no va con ellos o yo qué sé... Antes, las mujeres del Campo éramos yonquis en su mayoría, pero ahora son extranjeras que tienen que mantener



→ a una familia o mandarles dinero donde sea, o pagar al chulo o la mafia que las tiene puteando. ¿Cómo van a decir que no a un tío, si tienen que pagar todo ese montón de cosas? En otros países aceptan a los extranjeros y les dan las cosas básicas, pero aquí no, aquí en vez de solucionar el problema lo empeoran y la gente acaba como en campos de concentración. Muchas emigrantes van tan a saco que ya ni lo hacen bien. Vale más hacer menos y hacerlo bien, para que luego repitan. A mí, mogollón de hombres, y no sólo en la prostitución, me han dicho que nunca les habían hecho un francés como el mío. Sin ir más lejos, la semana pasada me dieron 14 papeles por uno. ¡Y eso con condón!».



Una mañana gris, al despertarnos...

«Yo no dejo de ganar dinero de verdad hasta mi última etapa, en que estoy tan deteriorada físicamente que ya me cuesta hacerme el primer cliente y no se me quita el mono ni metiéndome. En 1998 empiezo a ver que tengo que dejarlo, que es una ruina, que no me quiero morir así... El mismo día que fui a una visita que me habían arreglado desde Àmbit [ver *Desayuno en Àmbit*, en este mismo reportaje], me dio un ataque y tuvieron que ingresarme. Cuando me dieron el diagnóstico del VIH no me gustó, pero tampoco me sorprendí, aunque no era la primera vez que me hacía la prueba del VIH y siempre me había dado negativa. Yo ahora estoy recuperada, ya ni siquiera me acuerdo de la metadona y no tomo antirretrovirales porque mis defensas están muy bien. Ahora tengo otro control [analíticas], que ya me lo han recordado también los de Àmbit... Cuando echo un polvo, profesional o no, lo tengo en cuenta [el VIH] especialmente por mí, no por el tipo. Si él lo tiene puede ponerme peor a mí, y eso no. ¿Y si tiene cualquier otra enfermedad y me la pasa?. La única situación de sexo en la que yo diría que soy VIH+ es a una pareja, porque ahí sí que la historia puede volverse contra ti.

Si me hago un servicio ahora, me cuesta mucho aguantar el tipo y aguantar al tipo, pero me hago uno y ya está, para casa. Hasta que no acabe de arreglarme la boca no tengo otra opción, porque sin dientes yo no puedo estar de cara al público. Esto me reprime un montón y más ahora que he recuperado el deseo sexual y si un hombre me gusta, quiero que me vea mona.

Si alguien me llama puta, yo digo: 'Sí bonita, lo que tu quieras, ¡pero tu padre se acaba de ir de un a gusto!' De eso hay mucho, te insultan los mismos que luego pagan para estar contigo. El rollo de 'yo tengo a mi mujer en casa y luego me voy a follar con una puta' es de esta sociedad. Aquí la prostitución es ilegal, pero esta permitida. Te dejan hacer, te tienen ahí como una mierda y cuando se cansan te meten el palo. A las que no tienen papeles hasta se las folla la policía a cambio de no meterlas presas. Aquí cada uno a su rollo, ellos van por libre...» +

Soledad,

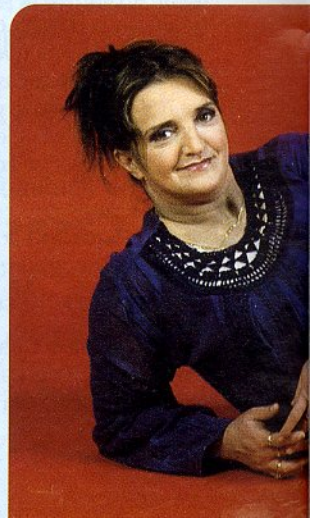
Soledad es una extremeña de 40 años con bastantes de residencia en la capital catalana. Calcula que contra-jo la infección por VIH hacia 1986 y, a día de hoy, vive junto con su actual pareja en un piso compartido mientras se afanan por encontrar el suyo propio. Entre charlas de restaurante y sesiones de fotos con juegos de maquillaje incluidos, Soledad reveló generosamente ante nuestros ojos y objetivos, su propia película.

«Hace ya más de un año que estoy pagando mis causas pendientes con medidas alternativas en la calle. El contrato que yo tengo con el juez es pasar controles analíticos semanales y estar en contacto regular con la gente del juzgado. No puedo ni delinquir, ni consumir, de lo contrario volvería a prisión. Todas mis causas han sido por nada, por tres pastillas, por tonterías. Pero ellos lo consideran tráfico, ya ves. Hace poco tuve que revocar una de las causas porque me querían meter p'arriba [meter en prisión]. Yo llevo más de un año sin dar positivos ni nada y empiezo a estar bien. No quiero volver a la cárcel simplemente porque me han puesto una etiqueta y no ven cómo lo estoy llevando yo ahora. No porque tenga miedo al talego, ya ves tú, con lo bien que me lo conozco, sino porque ya está bien, ya estoy quemada».

Esas cosas de la vida

«Yo me casé muy joven, a los 18 años. Bueno, me casaron mis padres porque estaba preñada, ya sabes las cosas estas de pueblo que pasaban. Yo no había estado nunca con ningún hombre y al conocer a mi marido, pensé que era un tipo bien situado, con medios, aunque luego supe que era carterista.

Ya casados y con mi Fátima, la mayor [Sole tiene 3 hijas y 1 hijo, ninguno de ellos a su cargo], nos fuimos a Marruecos, su país, pero de allí tuve que salir después de un juicio y con escolta judicial hasta Ceuta, porque él hasta quiso quitarme a mi hija... La verdad es que aquello fue como de película... Él era un moro total, un machista total, celoso a tope, a tope: no me dejaba salir, no me dejaba vestirme con tejanos, me trataba a batacazo. Luego volvimos a estar juntos, ya en Madrid, y ahí él empezó a vender droga y yo a consumir poco a poco, a base de verlo y de que me invitaran. Aunque al principio él no consumía, al final acabó tan enganchado como yo o más. Yo estaba muy atada a mi marido, muy harta, así que empecé a buscarme la vida por mi cuenta: primero en una barra americana, después siete años en la Calle Montera, en la Ballesta [zonas clásicas de la prostitución callejera madrileña]... Poco a poco me daba cuenta que la prostitución me permitía ganar mi dinero y metérmelo como quería sin tener que andar dándole explicaciones... Mi marido murió en el 94, mientras yo estaba en la cárcel. Yo se lo había dicho al juez, que estaba muy mal, que sin mí se iba a morir. Y era cierto, se murió».



sin etiquetas

Años como días...

«En los años más fuertes era hacerme un coche e ir 'a pillar' [droga], volver a trabajar y volver a pillar. Así un día y otro, y otro... En Barcelona trabajaba la noche en el Campo, de mañana me iba a la autovía de Castedefells y vuelta a empezar... Un día, debía ser el año 86, una chica con la que solía meterme me dijo que la chuta con la que me acababa de inyectar era de ella y que tenía los anticuerpos, pero me acuerdo que yo no sabía nada del VIH y lo único que pensé es que era como un catarro. Sólo con los años y después de hacer muchas tonterías más, me he dado cuenta lo que me había metido con aquella chuta.

Por aquel entonces, ni se hacían controles, ni se usaban los preservativos, ni nada y la que diga que siempre usaba gomas miente, aunque quizá las prostitutas que no estaban enganchadas tuvieran más control, no lo sé. Y no te creas, muchos clientes encuentran todo tipo de excusas para no ponérsela: que me molesta, que me hace daño, que me da alergia... Yo creo que es el miedo a sentirse menos hombres, a no poder hacerlo. Siempre hay un listo, o más bien un tonto, que acaba consiguiéndolo... Hay muchos tíos que se han ido conmigo viendo que estoy hecha polvo y otros que hasta me han pedido que me meta un pico delante de ellos... Claro que también hay el padre de familia que mira por sus hijos, pero al que es morboso le da igual.

Yo siempre me he sentido asqueada de los hombres, pero si piensas sólo en el dinero, no ves si el tipo es un baboso o si se lava o no se lava. Nunca disfruté con ninguno de mis clientes, nunca, y tampoco he tenido nunca una vida sexual en condiciones. Llegué a pensar que no me gustaban los hombres y hasta tuve una relación con una mujer que me sirvió para ver que las tías no son lo mío. Con mi pareja, ahora, tengo una estabilidad que no he tenido nunca y me doy más, me entrego más, pero entre la prostitución, la calle, la droga, las cosas que te vienen a la cabeza... Acabas pensando que no vales nada... Yo me he sentido sucia siendo prostituta y me da igual haber sido una drogadicta, que una puta de alto standing. Quizá para otra mujer sea distinto, pero para mí no. A veces estoy con mi pareja y me he tenido que parar y decir: 'Joder tía, que no estás trabajando, hostia!'. Estar con él y que te vaya a besar y lo quites, lo rechaces, o acabar de tener relaciones y levantarte para irte a lavar... es por intuición, por costumbre... ».

¡Anda, las pastillas!

«En 1993 caí con un herpes zóster y empezaron a darme los tratamientos que había entonces. No es fácil estar con un tratamiento para el VIH y prostituyéndote en la calle, enganchada, hoy en una pensión, mañana ni se sabe... A no ser que tengas a alguien detrás de ti todo el rato, no es fácil. Yo tenía un pastillero y a lo mejor me tomaba la dosis de la mañana y cuando volvía a casa por la noche me daba cuenta que no había tomado ninguna más, que se me habían olvidado por completo. Tampoco sabía ni lo del agua del Crixivan, ni lo de las comidas, ni lo de las resistencias, ni nada... Ahora tomo Viramune con Epivir y Zerit, así que me han tenido que subir la cantidad de metadona. El doctor me dice que no significa que esté enganchada a esa dosis, sino que parte de ella se la "come", por así decirlo, el Viramune.

He bajado a unos miles de copias [de carga viral] de varios millones que tenía, y de cero CD4 he llegado a tener más de cien. Espero que la próxima analítica me dé indetectable, espero. Me han dicho que en 15 días mi cuerpo ha dado un vuelco radical y yo estoy cumpliendo el tratamiento total.

Si ahora me hiciera un servicio, no sería sin preservativo. Si dices que tienes el VIH, pierdes el cliente, pero si el tío tiene algo, también me lo puede pasar a mí. En su momento me la sudaba, pero hoy no quiero ni reinfectarme o infectarme de otra cosa, ni infectar a alguien. Con mi novio uso preservativo. Él no quiere, pero yo se lo meto. Él también es VIH pero está muy bien de defensas, y no quiero que pille mi virus. Bueno, ni viceversa. Esto me lo han explicado y lo entiendo perfectamente».

Sin vergüenza

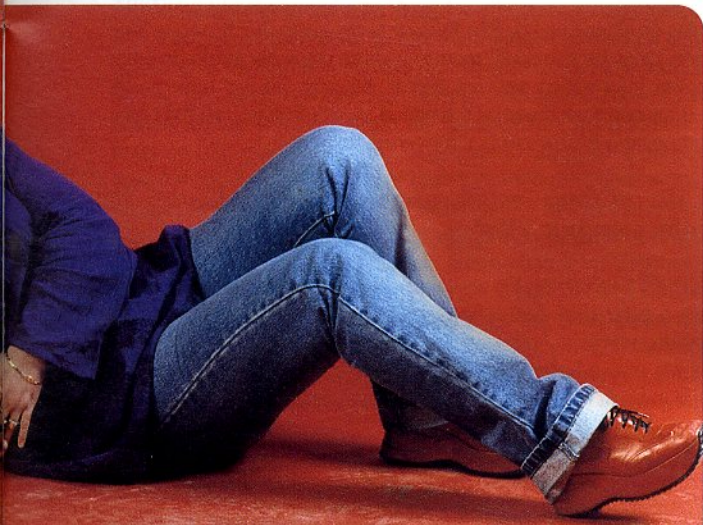
«Ahora ando loca por arreglarme la boca. Espero que me ayuden a través de la asistente social. Antes me daba igual casi todo, menos ponerme unas bragas limpias, que eso siempre, aunque sólo tuviera 20 duros. Pero ahora me miro mucho más, me valoro más. Pedro, el de Àmbit, siempre me dice que «primero eres tú, segundo tú y después tú». Eso también lo valoro.

Yo lo que quiero conseguir es mucha tranquilidad, vivir de sano con mi pareja y que me dejen cumplir por vinculación familiar cerca de mis hijos, en mi pueblo, lo que me quede cuando acabe en Barcelona.

Fátima, mi hija mayor, está haciendo un curso de enfermera en Marbella. Los pequeños están internos y cargo de mis padres [Sole busca su billetero, donde guarda las fotos de sus hijos que despliega sobre la mesa]. Ellos saben cómo me he ganado la vida, pero nunca se ha hablado y tampoco hemos tenido mucho contacto. Mi madre también lo sabe, porque no es tonta, pero ni se habla, ni se dice, ni me lo echan en cara. Y si lo hicieran, pues en fin, qué le vamos a hacer, es lo que hay. No me avergüenzo de mi vida, he aprendido mucho de la prostitución y hasta me gusta salir aquí, sacar las cosas a las claras, sin tapujos... Y que las mujeres que están en la prostitución se cuiden, que miren por su salud, que pregunten si no saben, y que cuando trabajen usen goma, y si pierden un cliente que lo pierdan, porque a la larga se pueden arrepentir» +



19



Desayuno en Àmbit



Àmbit Adhesió es el nombre de uno de los programas desarrollados por la organización Àmbit en el corazón del Barrio Chino de Barcelona. Desde su local en la calle Robadors, un equipo de cinco profesionales (dos de ellas voluntarias) trabaja para que unas 80 personas VIH+ controlen la adhesión al tratamiento anti-VIH, las visitas y controles médicos, las posibles enfermedades oportunistas y en muchos casos el tratamiento con metadona, sin olvidar que en ocasiones hay que poner en marcha recursos sociales que garanticen que la persona tenga, por ejemplo, un sitio para comer, dormir o estar. A pesar de que el programa está abierto a cualquier persona VIH+, la inmensa mayoría de usuarios de Àmbit Adhesió son o han sido UDVP (usuarios de drogas por vía parenteral).

Gracias a la mediación de los profesionales de Àmbit, pudimos contactar con Lola y Soledad, cuyas voces abren este reportaje. Gracias también a su hospitalidad, compartimos café y bollos matutinos con Gracia (que junto a Soledad aceptó dar vida a nuestra portada y las fotos que acompañan este reportaje), Nuria, Roser y Raquel. Todas viven con el VIH desde hace un buen número de años. Nuri es la más joven (31 años); sus compañeras median la treintena o acaban de pasar la esquinna de los 40. Todas tienen o han tenido experiencia con el comercio sexual, en varios casos abiertamente relacionada con una historia de dependencia de sustancias psicoactivas ilegales.

En torno a un breve e informal Desayuno en Àmbit, LO+POSITIVO invitó a este grupo de mujeres a reflejar sus experiencias y opiniones, a menudo retrospectivas, sobre el trabajo del sexo, las drogas y la infección por VIH.

LO+POSITIVO: ¿Cómo recordáis vuestros inicios en el trabajo de la prostitución?

Gracia: «En mi caso, empecé a prostituirme porque estaba enganchada a las drogas y no veía manera de ganar dinero para quitarme el mono. Fueron 12 o 13 años de empalmar día con día, de trabajar por la noche, irte a la autovía de Castedefells al amanecer, prácticamente sin dormir, viviendo por la droga. Nunca he tenido un chulo, pero sí un compañero que también estaba enganchado y con el que yo compartía el dinero que sacaba, pero eso no es un chulo, un chulo es alguien que te dice: 'Tú aquí hasta que te hayas hecho esta pasta y no hay más que hablar'. Si me hacía 20, pues eran 20 que teníamos para los dos y cuando se acababa, pues se acababa y otra vez a empezar».

Nuria: «A mí me secuestraron cuando tenía 12 años un padre gitano y su hijo y me obligaron a prostituirme en la calle San Ramón [Barrio Chino de Barcelona]. Entonces tenía a mi padre, pero él no hizo nada, nadie me ayudó. Me tenían en la calle y luego me pegaban y me quitaban el dinero. A los 14 años conocí a un hombre de 37 años y me enamoré. Él estaba enganchado y murió al cabo de 3 años de SIDA y a mí me dejó los anticuerpos, aunque entonces yo no sabía nada de todo eso. He pasado años metiéndome heroína y cocaína y he estado prostituyéndome hasta hace poco...».

Roser: «Yo también empecé a prostituirme porque me enganché a las drogas, como Graci y lo he estado haciendo durante muchos años, incluso después de meterme en el programa de metadona. Pero el verano pasado mi hermano me puso en la calle y Alfonso [otro de los usuarios de Àmbit] me aceptó en su casa y me ayudó. Ahora llevo 7 meses sin prostituirme y espero no tener que volver a hacerlo porque es muy duro, las pasas muy mal: los días de lluvia y de frío, cuando no pasan los hombres y a lo mejor te haces uno o no te haces ninguno y estás con el mono. ¡Pufff, es muy duro!».

Nunca tuve un chulo, pero como cuenta Graci, sí que tuve un compañero con el que viví bastantes años. Él estaba también enganchado y yo era la que trabajaba y compartía con él el dinero que ganaba».

Raquel: «Bueno, en mi caso quiero decir que yo no considero que me dedique a la prostitución, sino que de vez en cuando me encuentro con algún 'amigo' en algún sitio y estoy con él, ceno con él, tomo unas copas... Yo tengo una no contributiva y vivo con mi madre, que es una mujer ya muy mayor y a veces, por desgracia, necesito recurrir a este medio porque de lo contrario no me llega. Pero yo aquí en el barrio yo no hago nada. Por dos mil pesetas no me quito ni las botas. Al menos, intento escoger. Lo que veo es que manipulo a los hombres como quiero, pero no me siento puta. Sucia sí, pero puta no. Hay mujeres que sí, que o no saben o no quieren hacer otra cosa y me parece muy bien, pero yo me considero polifacética: el año pasado he hecho un curso de monitora sobre toxicomanías en el Hospital de San Pablo que me gustó mucho y que hice con todas las ganas del mundo y ahora estoy haciendo un taller sobre informática aquí en Àmbit. Mi gran ilusión sería poder currar con toxicomanías y tengo el curriculum ya casi listo para empezar a buscar cosas y moverme un poco».

L+P: ¿Cómo estáis ahora y cómo lleváis la infección por VIH?

Roser: «Yo tengo los anticuerpos desde hace años y he llegado a estar muy mal, como un cadáver, pero hoy en día me cuido, vengo a Àmbit, voy a las visitas, tomo el tratamiento y ahora me va bastante bien, dentro de lo que cabe, claro... Sólo me meto la metadona y si cae alguna pastilla y me apetece, no

20





digo que no. Pero ya no es como antes, que podía tomarme una caja. Ahora no más de una o dos y sólo de vez en cuando. Yo tengo a Alfonso, tengo mi paguita que puedo administrar, tengo mi metadona y ya está...».

Nuri: «Yo estoy mal. Tengo los anticuerpos desde los 17 años y me he tratado con todo, me han dado todas las pastillas: AZT, Epivir, Zerit, Septrin... Todo. Ahora acabo de empezar uno con Ziagen y Combivir pero estoy mal, tengo depresión... El otro día me puse muy mal, Tania te lo puede decir, ¡si no es por ella! [Tania es la enfermera voluntaria de Àmbit; mientras hablamos, atiende una tras otra cura o consulta de usuarios detrás de un biombo]. Tomo metadona y no he dejado el consumo de coca. El sábado pasado fue la última vez: me metí un gramo. He terminado con la heroína, pero no con la coca».

Graci: «La verdad es que en mi caso estoy muy contenta, porque tengo casi 1000 de defensas y eso después de haber llegado a perderlas todas; eso fue cuando me dio la retinitis... También tomo metadona, pero llevo casi 4 años sin tocar las drogas. Lo más duro es lo de los ojos [Graci ha perdido mucha visión por una retinitis por CMV], pero por lo demás estoy bien. Cierito que en su día tenía un piso que me costaba cuatro pesetas y aunque hacía mucho dinero a veces no me llegaba ni para pagarlo, mientras que hoy voy muy ajustada, se me va la paga casi en el piso. ¡Ya ves lo que son las cosas!».

Raquel: «Bueno, yo soy VIH desde el 90 pero no tomo medicación porque no lo necesito de momento. Yo hago mis controles [analíticas], llevo un estilo de vida regular, ordenado y aunque he sido toxicómana durante más de diez años, hace mucho tiempo que estoy completamente desintoxicada, menos por el tabaco. Yo me infecté porque mi compañero y yo queríamos tener un hijo y aunque él me decía que no era posible porque tenía los anticuerpos, no le hice caso y cuando me quedé embarazada, dieron también positivo los resultados del VIH. El embarazo me lo quitaron porque el feto venía mal y luego él se murió rabiando como un perrito, cuando aún no había los tratamientos que hay hoy. Yo me quedé sin él, sin el hijo y con el VIH. Se puede decir que me infecté por amor, porque lo que son mis chutas, ésas siempre estaban limpias, siempre; y nunca me chutaba en la calle sino en casa, con todo muy controlado, porque siempre he sido muy escrupulosa».

L+P: ¿Cómo creéis que ha cambiado el sexo comercial y concretamente el uso de preservativos desde que conocéis el ambiente de la prostitución?

Graci: «Es cierto que hoy en día el condón se utiliza cada vez más, aunque siempre hay excepciones, claro. Pero hace diez años, si yo me encontraba con un cliente y le pedía 5 y el tío me daba 4 veces más por irme con él a la habitación y hacer un completo sin condón, yo me iba con él. Lo he hecho y realmente he pensado: mira, es tu problema. Casi todas las mujeres que estábamos en el Campo por aquel entonces estábamos enganchadas, pero allí nadie hablaba de anticuerpos, ni de enfermedades, ni de nada. Y claro, también nos exponíamos nosotras, porque quién sabe con quién había estado el tío...».

Raquel: «Yo desde luego, si hoy en día me encuentro con algún 'amigo' voy siempre con el condón por delante. Hace muchos años que estoy bien informada de lo que es el VIH, por desgracia, y no es sólo el VIH, hay otras muchas cosas que puedes pillar. Hoy en día la prostitución ha cambiado mucho... Hay un montón de mujeres extranjeras que no han tenido control higiénico en sus países y que además traen enfermedades que para ellos a lo mejor son normales y no les afectan, pero que a los hombres aquí sí... Yo he visto amigos míos que me han contado que les han salido eczemas y cosas en la piel por estar con "las morenas". En este barrio hay tíos que por ahorrarse dinero son capaces de irse con cualquiera y como estas mujeres se infravaloran...».

Graci: «Anteriormente, todas las prostitutas eran blancas, pero hoy por hoy ver una blanca es muy raro. Mira, yo he estado en el Campo hasta hace un par de años y hoy en día allí l@s que hay son travestis y mujeres extranjeras, con sus chulos y sus mafias. A las blancas, casi ni las dejan entrar. Aquí, en este barrio, hay mujeres negras que se los "suben" por 1000 pesetas, que han roto el mercado y que se han comido todo el trabajo. Además, te digo una cosa, yo creo que las chicas están de buen ver, son mujeres con planta, jóvenes y no las veo marranas».

Raquel: «Habría que legalizar la prostitución, porque esto de la calle yo no lo entiendo: yo pondría casas o sitios concretos donde puedan ir los clientes y que ellas fueran como una trabajadora normal, con sus impuestos y sus derechos, como un ciudadano más... Yo no veo por qué los niños que salen de la escuela tienen que ver todo esto. Mira Holanda, ¡están en los escaparates...! Aquí cada mujer va a la suya, y sin hacer piña, no se puede conseguir cosas. Una vez que tienes el dinero en el bolso sólo piensas en irte a tu casa, en ducharte, y yo, en darme una friega de alcohol porque estás asqueada hasta de tu cuerpo».

L+P: ¿Cómo vivís vuestra sexualidad privada? ¿Os gustan los hombres?

Nuri: «Yo les he cogido asco a los hombres. Vivo con uno, pero no tengo relaciones sexuales con él porque no quiero. Él es una bella persona, pero le dije que no quería sexo y me ha respetado en los 4 meses que llevo en su casa. Si me tocara, le partiría algo en la cabeza, porque estoy harta de hombres, estoy harta y cansada».

Raquel: «Mira, yo siento que he perdido mi sexualidad. Yo era una persona muy apasionada, muy ardiente, pero se me ha ido al carajo. Y me gustan mucho los hombres, no les tengo asco. Pero hoy en día no quiero uno a mi lado. Ha llegado un punto que me gusta ir sola por la vida, no quiero pareja. Quizá dentro de unos años se caiga el muro que me he puesto delante, pero no ahora. He conocido hombres que me han gustado y he llegado a empezar el coqueteo, el juego... Pero cuando se pone realmente sexual, genital, nada, que no, que no quiero» +



Sexo en la Carretera



Proyecto carretera es el descriptivo nombre de un programa de acción para la salud destinado a mujeres que ejercen sexo comercial tanto en establecimientos de ruta (Clubs), como en los alledaños de la carretera que atraviesa el Alt Maresme, provincia de Barcelona. Impulsado desde el Hospital de Sant Jaume de Calella, *Proyecto carretera* llega de lunes a jueves y a bordo de un coche del hospital pilotado por Delia y Montse, educadoras sociales, hasta los mismos lugares de trabajo de las mujeres: la propia Nacional 2 y los "Clubs" de la zona. Allí, a pie de carretera, se encuentran con "las chicas", distribuyen sus paquetes semanales de condones, acuerdan citas para revisiones médicas o ginecológicas y, en general, intentan actuar de puente hacia otros recursos sin olvidar que su objetivo principal es la educación para la salud de las trabajadoras del sexo y, consecuentemente, su integración en el circuito sanitario.

A partir de una conversación telefónica con Cristina, otra miembro del equipo, LO+POSITIVO fue invitado a personarse en Calella para así participar, en vivo y en directo, del transcurso de una tarde de trabajo por las carreteras del Maresme.

15.30 horas: Salimos del Hospital de St. Jaume de Calella. Conduce Montse, Delia copilota y yo comparto el asiento trasero del coche con varias bolsas repletas de condones. Atravesamos el núcleo urbano y enfilamos la Nacional 2. Primero buscaremos a las mujeres de la carretera: «Ya verás las señales», comenta Delia. «Las chicas ponen sombrillas, sillas u otros objetos para que, cuando están 'ocupadas', los clientes que pasen sepan que están ahí». Después, visitaremos alguno de los Clubs de carretera que salpican el paisaje. «El pasado año, llegamos a contactar con unas 500 trabajadoras del sexo en esta zona, aunque es imposible estimar su número real. Además, en los Clubs las chicas rotan constantemente». En principio, acordamos presentarme sencillamente como "una colega profesional" que escribe un artículo sobre sexo comercial. Sólo después de cada parada y de vuelta al coche podré sacar la grabadora y recoger mis impresiones. Tampoco habrá nombres reales, ni de mujeres, ni de Clubs. En estos últimos en particular, será difícil hablar gran cosa con las chicas, me vaticinan.



16.00 horas: Delia y Montse atienden generosamente a mis preguntas de novata al tiempo que controlan la ruta. Parece que los Clubs cuentan con un número mayoritario de mujeres latinoamericanas, aunque también hay subsaharianas y empieza a haber un grupo importante de chicas de Europa del Este, con las que «las barreras de lenguaje resultan particularmente difíciles de superar». A la vuelta de una curva, mis entusiastas chóferas me anuncian la primera parada. Al otro lado de la muy concurrida carretera, las tres mujeres a las que nos dirigimos se percatan de nuestra presencia y nos esperan sonrientes. Los coches y camiones pasan rompiendo el aire. Algunos tocan el claxon a las mujeres, que los ignoran olímpicamente.

16.15 horas: Carmen es una afable cordobesa de mediana edad con años de experiencia en el oficio; Raisa es una joven rusa grande y sonriente, que lleva apenas unos meses en nuestro país y Bibiana una brasileña de 24 años que después de bastantes en España está a punto de conseguir sus "papeles". Hace frío; Carmen y Bibiana se arrebujan en sus abrigo y Raisa se ciñe a las caderas su chaquetita de cuero. Nos saludamos, me presentan brevemente, parece que todas somos bienvenidas. Delia y Montse tienen que hablar con Raisa, que recientemente se sometió a una interrupción voluntaria de embarazo (fruto de la rotura de un condón) y ha de pasar una revisión ginecológica. Carmen actúa de intermediaria y acepta acompañar a Raisa a su consulta dado que parece ser la única que consigue entenderse con la rusa. Carmen explica con gracejo y timidez que su familia ignora su actividad, pero que su actual pareja, con la que lleva 4 años «y cada vez más enamorados», la lleva y trae del trabajo y acepta lo que hay «porque no queda más remedio». Carmen, y también su novio, viven con el VIH, aunque en nuestra conversación se limita a asegurar que se encuentra «bastante bien» y a pasar de corrido por el tema. Ella trabaja cada día «entre 4 y 7 horas, depende», aunque, asegura, también en esta esquina del mercado sexual se sufre la resaca navideña y su tradicional correlato, la cuesta de enero.





16.20 horas: Las mujeres no dejan de vigilar la posible llegada de clientes. Un coche para y se acerca a nuestro grupo. El conductor viene a ver a Raisa, quien se dirige hacia el vehículo, monta y desaparece. A los diez minutos escasos, Raisa ha terminado de "ocuparse" y su orondo cliente vuelve a depositarla a unos metros de nosotras.

Carmen comenta que no está harta de los hombres, aunque a veces «el estómago no me aguanta, porque los hay que van muy limpios de ropa pero que... [y se tapa la nariz con los dedos en gesto de repugnancia]». Ahora bien, después de llegar a casa y darse «una buena ducha de pies a cabeza», le gusta estar con su novio y hacer el amor con él «porque ahí yo pongo todos los sentimientos que tengo por mi pareja». Respecto al uso del condón, Carmen recuerda que hace años el cliente medio pensaba que eso de la goma era casi como un tabú, que no lo querían ver ni de lejos, «Pero hoy en día la goma es sagrada. ¡Ni por más dinero, ni por nada!, yo trabajo con goma y no hay más que hablar...».

Delia y Montse reparten los condones. Unos 50 por mujer, que habrán de cubrir sus necesidades hasta la próxima semana. Hablamos de las diferencias entre diversos tipos de condones y las mujeres comentan que necesitan algunos extra grandes, para un grupo de clientes "morenos" [de raza negra] que precisan tallas más acordes con sus atributos. Hay risas. Alguien comenta que son sólo los hombres de África occidental, que los de Nigeria no «la tienen tan grande». Siguiendo con el tema, Montse levanta cierta polémica al comentar que, según sus informes, los gallegos la tienen más pequeña que los catalanes... Más risas.

Las tres mujeres estarían de acuerdo con la legalización de la prostitución y Carmen observa: «yo ya podría tener hasta una pensión, si hubiera cotizado por todos los años que llevo en esto», aunque también apunta que las cosas no han ido a peor, que ella aun recuerda los tiempos en que «te podían meter en la cárcel por ejercer la prostitución y hasta raparte la cabeza en cualquier comisaría... Vamos, si me tocan a mí el pelo, ¡los mato!».

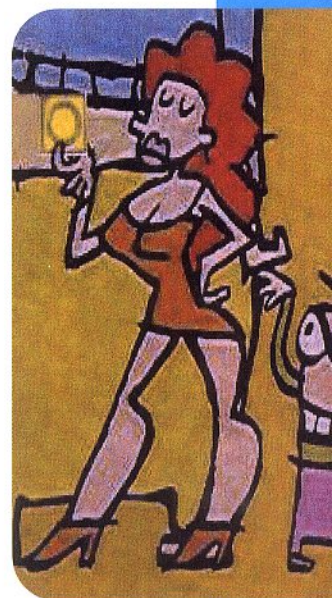
17.00 horas: Nos despedimos ya con prisas. Empieza a caer la luz y refresca por momentos. Hablamos de Raisa, de su situación legal irregular (como lo es, mafia o no-mafia incluida, la de la inmensa mayoría de las trabajadoras del sexo no españolas), del miedo de estas mujeres ante la nueva 'ley de extranjería', de los límites de un trabajo que implica lidiar en muchísimos casos con temas más policiales o jurídico-laborales que estrictamente sanitarios: «Es muy difícil taparte las orejas cuando te viene una mujer de un Club y te dice que le tienen retenidos pasaporte y pasaje de avión, que está atrapada, que quiere salir de ahí...», cuenta Montse. En casos semejantes, ellas tratan de proporcionar a la mujer algún elemento informativo relevante (por ejemplo, el teléfono de una asociación de defensa de

las personas inmigrantes), pero se inhiben de llevar a cabo acciones concretas que pudieran hacer peligrar el delicado equilibrio de poderes entre el Club, las mujeres trabajadoras y el propio Proyecto Carretera: «Los patrones [de los Clubs] nos ven llegar con el coche oficial del Hospital y saben que eso da cierto barniz de legalidad, de credibilidad. Después de tres años confían en que no vamos a meternos en su terreno, que seguiremos guardando las distancias si ellos nos dejan hacer nuestro trabajo. Y viceversa, claro». En un caso reciente, Delia hubo de decir claramente al patrón de un Club, que le exigía conocer los posibles resultados positivos de 'sus chicas', que «yo daré los resultados de lo que sea a la interesada, que es la chica, y sólo a ella, porque yo no trabajo contigo ni para ti, sino con ella y para ella».

17.30 horas: He perdido la noción del espacio. Siento que conducimos en círculos, pero en realidad nos acercamos a los límites geográficos del Maresme barcelonés. Un grupo de chicas negras surge de repente tras una curva. Paramos y nos quedamos con ellas un rato, porque hay que concretar los detalles de la visita de Sara, una de las mujeres, al ginecólogo. Son tres mujeres, la mayor de 26 años (Sara) y otras dos bastante más jóvenes, que nos reciben con besos y risas que interpreto como hospitalarias. Sara se defiende en español e inglés y habla con Delia sobre su visita. Tiene un pequeño bulto en el pecho que hay que evaluar y Delia estará presente en la visita por si hay necesidades de traducción. Así evitarán que se repitan los malentendidos que, al parecer, frustraron la pasada visita de Sara a la ginecóloga. Finalmente, las chicas llenan sus bolsos de condones y el encuentro se resume con besos y saludos: «¡Hasta la próxima semana!». De vuelta al coche, acordamos terminar la jornada visitando, al menos, uno de los Clubs.

18.15 horas: El local es amplio y oscuro. Hace calor y la música pachanguera llena el ambiente y sofoca los intentos de conversación. Nos acercamos a un grupito de chicas que, solas, ocupan altos taburetes junto a una esquina de la barra. Todas son latinoamericanas (Colombia y Venezuela en este caso). Sonríen y nos reciben con amabilidad, pero están trabajando y su atención se concentra en los hombres que entran por la puerta y en los movimientos de los que, solos o acompañados, pululan por el local. Delia y Montse mantienen sucesivas conversaciones apartadas con algunas de las mujeres mientras yo intento, siquiera fragmentariamente, captar la atención de mis compañeras de taburete y saber algo de ellas. Todas están en la veintena, ninguna tiene "los papeles" en regla, todas hablan con nostalgia de familias lejanas que dependen de sus ingresos para sobrevivir: hay hijos, padres, madres y hasta abuelos esperando el giro mensual desde la madre patria. Si además hay, como Delia y Montse me comentaban, mafias y prestamistas esperando también cobrar deudas e intereses de escándalo, queda claro que yo no seré quien reciba tales confidencias. Tan sólo una de ellas expresa, más allá del "aburrimento" al que todas se refieren, sus sentimientos y expectativas de futuro: «Aquí casi ninguna está contenta; yo hago esto ahora porque no me queda más remedio, pero nunca sabes qué te va a pasar con un hombre cuando te lo subes 'arriba' o si se te va a romper un condón y tener un disgusto. Yo, en cuanto tenga los papeles me busco un trabajo 'normal' en Barcelona, porque esto no es para mí».

18.45 horas: Delia y Montse han acabado. Hay que decir adiós. Inesperadamente, las tres mujeres de las que me despido me besan asegurándome que «nos gustaría mucho que volvieras por aquí». Gracias por la invitación y muy buena suerte, chicas +



Diario

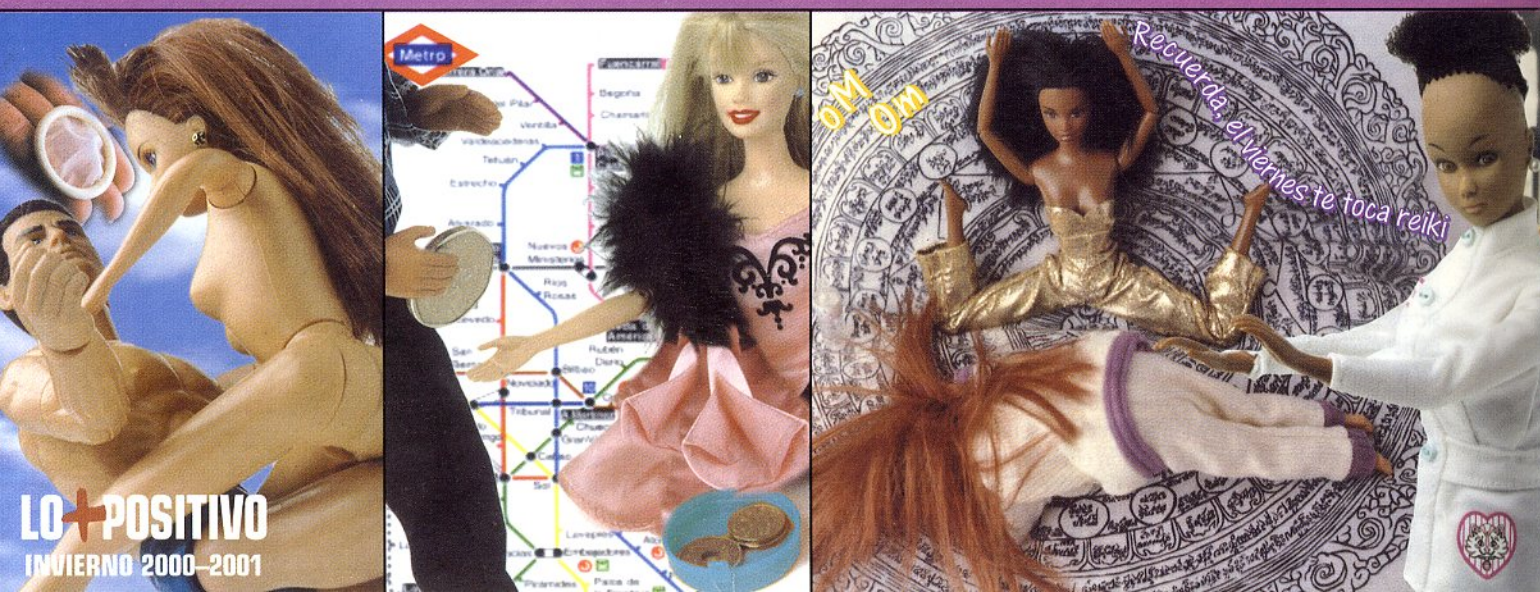
¡Dios santo! Soñar con Javier Bardem y abrir los ojos ante el pastillero lleno. Con las pastillas y con los hombres pierde. Corriendo a la cola de la oficina de empleo: a unas cuantas ya nos dejaron sin pensión. Como si fuera tan Entiende que encargar croquetas para las presentaciones de libros se puede hacer a cualquier hora: me pondrá



Tenía que suponer que Lucy, su novia suburbial -el cuero es su segunda piel- y el hippy de Carlos se iban a apuntar. Pero la cerveza no llega en las sobremesas. Salgo un poco sofocada, y me tomo más Evian de vuelta a casa. Vienen a recoger los frascos de mi tratamiento anterior



Voy a la clase de yoga, otra vez la chica vestida de fiesta pidiendo en el metro: luego me preguntará la monitora por qué no me concentro. le ha llegado la voz a Lucy, y aparte de todos los detalles insiste en invitarme a un festorro de artistas alternativos. Le digo que otro día, que



me pasa lo mismo: les saco provecho, pero me dejan picores. Así que me los tomo igual, de un trago. Eso sí, de Evian, que el glamour nunca se fácil encontrar un trabajo viviendo con VIH: ¡ahí me gustaría verle, señor Ministro! La editora parecía un poco estirada, pero me ha caído bien. un mes a prueba. Estoy tan contenta, que quedo con Carmen para preparar una suculenta paella...



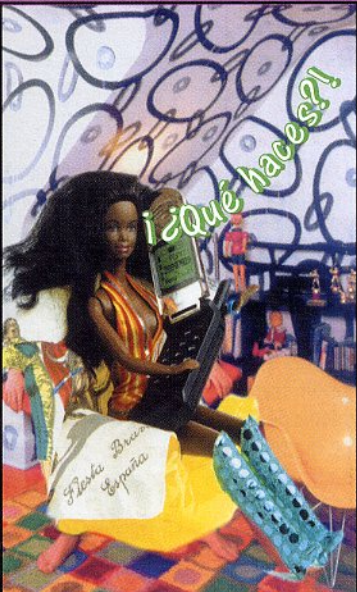
de Barbie

al río gracias a Inés, que compensa sus letargos bajo la secadora de la peluquería con sobreenergía para Puento Latino. Este mensajero no es el Bardem, pero tiene un buen revolcón. Dicho y hecho.



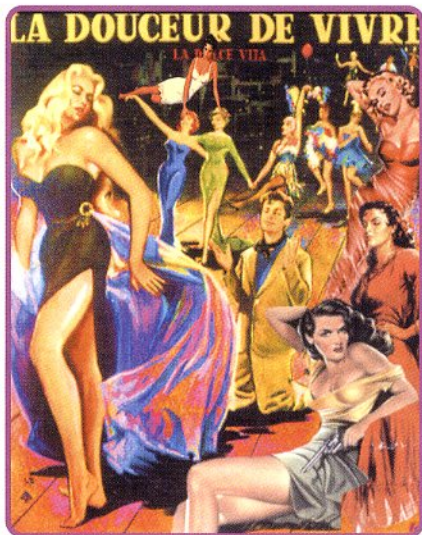
Carmen me distrae de la lectura porque quiere una explicación mi-nu-cio-sa del asunto del mensaca. Ya necesito unos momentos de reflexión para un día tan ajetreado: ¿Dónde voy a encargar las croquetas?

Positiva



Sólo para ellas

Un nombre de pila (no necesariamente real), una fecha y un lugar de nacimiento: esto es todo lo que precisa el personal de Àmbit Dona (Àmbit Mujer) para que cualquier trabajadora del sexo pueda disfrutar de acceso gratuito a preservativos, información y derivación a recursos sanitarios, ídem sobre interrupciones de embarazo y orientación sobre recursos de protección e integración social y laboral, sobre todo en estos tiempos de emigraciones masivas y segregadoras leyes de "extranjería".



Nacido en el año 95 y hoy con su propio local, situado a pocos metros del de Àmbit Adhesió [Ver pág. 20] en la misma calle Robadors del Barrio Chino de Barcelona, Àmbit Dona es un servicio cada vez más conocido por las mujeres que ejercen la prostitución en el "barrio" y hasta fuera de él, quienes, a juzgar por las palabras de Mercè, su coordinadora, «han aprendido a confiar en nosotras a base de ver que ni tenemos actitudes críticas o moralizantes hacia su trabajo, ni deseos más o menos encubiertos de 'reinsertarlas', ni nada por el estilo. Simplemente, intentamos que vengan a contarnos sus necesidades y tratamos de actuar al respecto. Eso es todo».

Àmbit Dona reparte entre 15.000 y 20.000 condones mensuales y desde el año 1998 ha atendido las diversas demandas de más de 1.300 trabajadoras del sexo. Según Mercè, semejantes cifras atestiguan que «la capacidad de cuidarse de estas mujeres ha mejorado considerablemente. El acceso gratuito a los condones es, sin duda, un elemento de importancia crucial y su uso ha aumentado muchísimo en los últimos años, debido en parte a la presión social y mediática y también al propio efecto de 'contagio' ejercido por aquellas mujeres que se han cuidado más y cuyo ejemplo acaba por cundir entre sus colegas de profesión. En última instancia, el cuidado de la salud no es más que un principio de autoestima y ese quererse a sí misma, un principio de salud»+

ÀMBIT - HOME

a p

Joven, de 18 a 30 años, buen aspecto físico, limpio, de costumbres saludables, preferiblemente activo, no importa nacionalidad. Éste es el perfil más solicitado por los hombres que contratan los servicios de un trabajador del sexo. A simple vista, se trata de un mercado laboral exigente. Por desgracia, nos ha sido imposible recabar el testimonio de alguien que desempeñe este trabajo y también de algún cliente habitual. Las puertas se fueron cerrando a medida que nuestra investigación avanzaba. A continuación, os reproducimos algunos de los aspectos que tratamos en una conversación que mantuvimos con Jaume y Fran, dos jóvenes cuya misión es promover las prácticas de sexo seguro entre estas personas, bajo un programa de reducción de daños entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en el marco de una relación comercial.

HORARIO:
Viernes, de 18:30 a 20:30
Puedes llamarnos en ese horario
al teléfono:
93 412 63 24

Plaza Catalunya Ramblas "L'icau"

Más de doscientos hombres trabajadores del sexo en Barcelona reciben con cierta frecuencia la visita de Jaume y Fran, cuyo programa, el segundo de este tipo en España (hay otro en Gijón) y con menos de un año de vida, lo lleva a cabo la entidad Àmbit Prevenció (Àmbit Prevención) y está subvencionado por la Generalitat de Catalunya.

Para poderlo realizar, se vieron en la necesidad de editar material preventivo en varios idiomas (español, portugués y árabe), pues según Fran, este mercado laboral, como en el caso de otros, está recibiendo el impacto de los recientes flujos de inmigración.


Jaume y Fran tienen bastante claro la existencia de diferentes enfoques sobre prácticas sexuales y enfermedades de transmisión sexual, según el país de procedencia de la persona. Aunque creen que no debe generalizarse, distinguen, en Barcelona, entre personas del norte de África, de Latinoamérica, de los países del este de Europa y de España y Portugal. Su labor informativa y su aproximación al VIH debe tener en cuenta, en la mayoría de casos, la cultura del país de procedencia y también el grado de acceso a la escolaridad de estas personas. En un primer acercamiento, parece que la negociación sobre prácticas de sexo más seguro parece algo más fácil que entre las trabajadoras del sexo: el cliente es más exigente y aparentemente



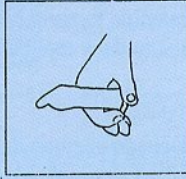
Chicos arrote

más informado. En la práctica, sin embargo, existen dificultades, pues según nos cuenta Fran suelen oírse a menudo, de forma espontánea, exclamaciones del tipo: «Hay gente muy guarra por ahí». Por lo que respecta al profesional, las cosas no parecen estar tan claras según Jaume y Fran, pues muchos no dudan en dejar de lado el preservativo cuando son ellos los que penetran.

Jaume nos cuenta que los norteafricanos suelen ser personas muy receptivas, a pesar de tratarse de un grupo con mecanismos muy claros de autoprotección. Muchos de ellos son heterosexuales que ya han tenido relaciones sexuales con otros hombres en su país de origen, aunque sin un reconocimiento explícito, lo que dificulta, en un principio, poder hablar abiertamente de este tipo de prácticas sexuales. Sus conocimientos sobre VIH son mínimos. Saben que existe una enfermedad que se llama SIDA, que debe usarse preservativo, pero poco más.



• لا يجب نزع حثى يتم القذف.
عند سحب القذيب يجب شد الغشاء
العازل عند قاعدة العضو التناسلي
لتفادي بقاءه في فرج المرأة.



• إثر الإستعمال، يجب دائماً رمي
الغشاء في سطل الزباله. لا ين
إستعماله مرة ثانية. من الأفضل،
ذلك التأكد من عدم وجود أي إنلاه

ما العمل إذا قُطِع؟
من الصعب أن تقطع الأغشية الغازلة التي تباع
في العلب إذا اعتبرنا تاريخ الصلّاحية و الجودة.

Los latinoamericanos, según Fran, parten de una situación diferente. Su conocimiento del VIH es mayor, así como su grado de escolarización. El hecho de hablar español facilita su integración. Mayoritariamente proceden de Colombia y Brasil.

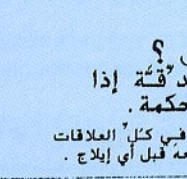
Por otra parte, un colectivo que está creciendo es el de las personas procedentes de países del este de Europa, cuyo principal problema en estos momentos es la comunicación. Jaume y Fran creen necesario incorporar el idioma ruso a las campañas preventivas sobre VIH.

Españoles y portugueses raramente ejercen para sobrevivir. «Yo me hago tres chapas para poder luego ir de fiesta». Esta suele ser una explicación habitual entre peninsulares, según reconoce Jaume.


Quizás cuando se publiquen los datos sobre el estudio que desde este programa se está realizando (cada una de las personas que recibe material o atención entra en un registro anónimo en el que se anota nacionalidad y edad) puedan identificarse

mejor las necesidades de estas personas que llegan a nuestro país en busca de una mejor calidad de vida. El inicio suele ser en la calle, quizás considerado el peor trabajo –aunque no por todos- y por ello más fácil de conseguir. Con el tiempo muchos pasan a trabajar en pisos, donde, entre iguales, suelen sentirse más seguros. Algunos de estos locales son autogestionados por el grupo que los ocupa. Otros, en cambio, dependen de un tercero, que establece una relación contractual verbal con los trabajadores.

En cualquier caso, la conciencia de grupo es muy baja. «No hay un sentimiento de perfil profesional», afirma Jaume. «Cuando les ofrecemos preservativos se sorprenden de que alguien se preocupe de ellos», añade Fran. En un primer contacto se les ofrece la posibilidad de realizarse pruebas de hepatitis y VIH, con la intención de introducirlos en el sistema sanitario. En concreto, se les informa de la posibilidad de resolver cualquier problema de salud derivándolos al Centro de Atención Primaria de Drassanes, en Barcelona, cuyo equipo lleva ya años trabajando con población inmigrante.



كيف يُستعمل؟
له نسبة عالية من الدقّة إذا
أستعمل بطريقة مُحكّمة.
يجب إستعماله في كلّ العلاقات
الجنسيّة ووضع قبل أيّ إلاج.



• عند نزع الغشاء العازل • يوضع بإمساك الحبيب • وباليد الأخرى يقع
من غلافه ينبغي أن تتخذ كل الصّفير عند الطّرف بيد تصعده وإحكامه في
الحدز لعدم قطعه أو إتلافه. لكي لا يتسرب له الهواء، العضو التناسلي .

Entre las razones por las que no existe consciencia de colectivo, Jaume y Fran destacan el reducido marco temporal en el ejercicio de esta profesión, de uno a cinco años (el mercado exige chicos jóvenes); la doble estigmatización que significa comerciar con sexo y entre hombres (muchos de los trabajadores se declaran heterosexuales); y la situación de ilegalidad de los inmigrantes.

No obstante, Fran identifica la existencia de una creciente demanda por parte de estos chicos de que su trabajo sea reconocido y comprendido. Algunos han trabajado en otras ciudades europeas como Londres y empiezan ya a hablar, aunque tímidamente, de posibles formas de organización. Mientras, muchos siguen sintiéndose culpables por ofrecer algo tan intrínsecamente humano como es el sexo, y a veces también el cariño y comprensión, a cambio de un poco de dinero +



Para **absorberte mejor**

Interacciones de la medicación antirretroviral con los alimentos

Cada uno de los fármacos que componen las terapias antirretrovirales tiene indicaciones específicas sobre cómo es mejor tomarlo: con comida, con el estómago vacío, con mucho líquido, etc. La finalidad de estas recomendaciones es que nuestro organismo absorba la mayor cantidad de

fármaco posible y así obtenga el mayor efecto anti-VIH posible, reduciendo el riesgo de aparición de resistencias [Ver pág.36]. En estas tablas encontrarás consejos para tomar cada una de las pastillas que forman una terapia combinada, y en la página siguiente, recetas de comidas tipo que pueden servir de ayuda.

Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN)

Combivir (3TC y AZT)	<ul style="list-style-type: none"> • Puedes tomarlo con o sin comida. • Con comida puede ayudar a reducir la náusea.
Epivir (3TC)	<ul style="list-style-type: none"> • Puedes tomarlo con o sin comida.
Hivid (ddC)	<ul style="list-style-type: none"> • Puedes tomarlo con o sin comida. • Beber alcohol en exceso puede aumentar el riesgo de efectos secundarios como pancreatitis o neuropatía periférica.
Retrovir (AZT)	<ul style="list-style-type: none"> • Puedes tomarlo con o sin comida. • Con comida puede ayudar a reducir la náusea.
Videx (ddl comprimidos masticables)	<ul style="list-style-type: none"> • Para conseguir la máxima absorción es preferible tomarlo con el estómago vacío (en ayunas o al menos dos horas después de una comida) y esperar 30 minutos antes de volver a comer. • Se absorbe mejor si se toma con agua (sin gas). • Contrariamente a lo que se creía, no es adecuado el zumo de manzana, ni de ninguna otra fruta, pues la acidez reduce su absorción. • Beber alcohol en exceso puede aumentar el riesgo de efectos secundarios como pancreatitis o neuropatía periférica. • Si tomas también Crixivan (Indinavir) es conveniente que separes las tomas de ambos al menos una hora.
Videx (ddl CG cápsulas gastrorresistentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Se absorbe mejor si se toma con agua (sin gas). • Es mejor tomarlo dos horas después de haber comido. • Se absorbe mejor si se toma con agua (sin gas). • No es adecuado el zumo de manzana, ni de ninguna otra fruta, pues la acidez reduce su absorción. • Beber alcohol en exceso puede aumentar el riesgo de efectos secundarios como pancreatitis o neuropatía periférica.
Zerit (d4T)	<ul style="list-style-type: none"> • Puedes tomarlo con o sin comida. • Beber alcohol en exceso puede aumentar el riesgo de efectos secundarios como pancreatitis o neuropatía periférica.
Ziagen (abacavir)	<ul style="list-style-type: none"> • Puedes tomarlo con o sin comida.

Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN)

Sustiva (efavirenz)	<ul style="list-style-type: none"> • Puedes tomarlo con o sin comida, aunque es bueno que sepas que una comida rica en grasas antes de la toma incrementa la cantidad de fármaco que pasa a la sangre, lo que puede aumentar la intensidad de los efectos adversos.
Viramune (nevirapina)	<ul style="list-style-type: none"> • Puedes tomarlo con o sin comida.



Inhibidores de la proteasa

Crixivan (indinavir)	<ul style="list-style-type: none"> • Si lo tomas cada 8 horas: para una correcta absorción debe tomarse dos horas después y una hora antes de las comidas. Excepcionalmente, durante este período puedes tomar una comida ligera baja en grasas y proteínas de 300 calorías como máximo (1), que puede ayudar a reducir la náusea o sensación de malestar en el estómago. • Si lo tomas dos veces al día con otro inhibidor de la proteasa (como ritonavir o nelfinavir), puedes hacerlo con o sin comida, dependiendo de las indicaciones para el otro inhibidor de la proteasa. • En cualquier caso, es conveniente aumentar la cantidad de agua que bebes en 1,5 litros más, para reducir la posibilidad de formación de piedras en el riñón. Lo ideal es beber medio litro de agua como mínimo (tres o cuatro vasos) durante la media hora después de la toma del fármaco. Preferiblemente, si te es posible, escoge aguas no muy mineralizadas y sin gas. Durante ese período no es aconsejable tomar té en exceso. • Si también estás tomando Videx (ddl) en comprimidos masticables es conveniente distanciar su toma de la de indinavir al menos una hora. Si tomas Videx en las nuevas cápsulas gastroresistentes (ddl CG) lo puedes hacer al mismo tiempo que indinavir.
Fortovase (saquinavir gel blando)	<ul style="list-style-type: none"> • Se absorbe mejor si se toma con una comida de al menos 500 calorías (2) o como máximo dos horas después de una comida abundante de más de 500 calorías (3).
Invirase (saquinavir gel duro)	<ul style="list-style-type: none"> • Se absorbe mejor si se toma con una comida de al menos 500 calorías (2) o como máximo dos horas después de una comida abundante de más de 500 calorías (3).
Kaletra (ABT 378/r)	<ul style="list-style-type: none"> • Se obtiene una absorción óptima tanto de las cápsulas como de la solución oral tomando ABT 378/r con una comida de al menos 500 (2) calorías o más (3).
Norvir (ritonavir)	<ul style="list-style-type: none"> • Puedes tomarlo con o sin comida. Si lo haces durante el transcurso de una comida o inmediatamente después, mejorarás su absorción y tolerancia. • El jarabe, aunque tiene un cierto sabor a menta y caramelo, mantiene un gusto metálico amargo que puede ser enmascarado tomando un batido de chocolate antes o después.
Viracept (nelfinavir)	<ul style="list-style-type: none"> • Para mejorar su absorción es mejor tomarlo con el estómago lleno, después de una comida de al menos 500 calorías (2) o más (3). • Estos comprimidos pueden ablandarse y pegarse en la garganta, especialmente si los tomas con bebidas calientes. Para tragarlos mejor puedes disolverlos en agua o tomarlos con yogur. • Es mejor que evites tomarlos con zumo de naranja u otras frutas: el sabor es desagradable. • La presentación en polvo para niños puede diluirse en agua, leche, leche para bebés, natillas o mezclarse con la comida, siempre que no sean alimentos ácidos.

[+] BMS todavía no ha proporcionado datos sobre el tiempo necesario que debe transcurrir después de cada dosis antes de volver a comer.

1 Comida ligera baja en grasas y proteínas de 300 calorías como máximo

Puedes tomarla con Crixivan, EpiVir, Hivid, Retrovir, Zerit, Ziagen, Sustiva, Viramune y Norvir

- ▶ 1 taza de leche descremada con cereales bajos en grasa
- ▶ 1 taza de café o té y 1 tostada con jamón cocido
- ▶ 1 taza de café o té y 1 tostada con mermelada (no usar mantequilla)
- ▶ 1 plátano
- ▶ 2 manzanas peladas
- ▶ 1 magdalena y 1 zumo de naranja
- ▶ 1 huevo duro (sólo la clara), 1 rebanada de pan integral y 1 mandarina
- ▶ 1 taza de arroz blanco y 1/2 taza de verduras u hortalizas

2 Comida de 500 calorías

Puedes tomarla con Viracept, Fortovase, Invirase, Norvir, EpiVir, Hivid, Retrovir, Zerit, Ziagen, Sustiva y Viramune

- ▶ 1 taza de leche entera con cereales
- ▶ 1 taza de leche con 2 tostadas con mantequilla y mermelada
- ▶ 1 café con leche entera y 2 piezas de bollería
- ▶ 1 bocadillo grande
- ▶ 1 porción de helado alto en grasas
- ▶ 1 ensalada de frutas con 1 ó 2 plátanos, 1 manzana, 1 naranja y 1 pera
- ▶ 1 plato de verdura hervida con un chorrito de aceite de oliva

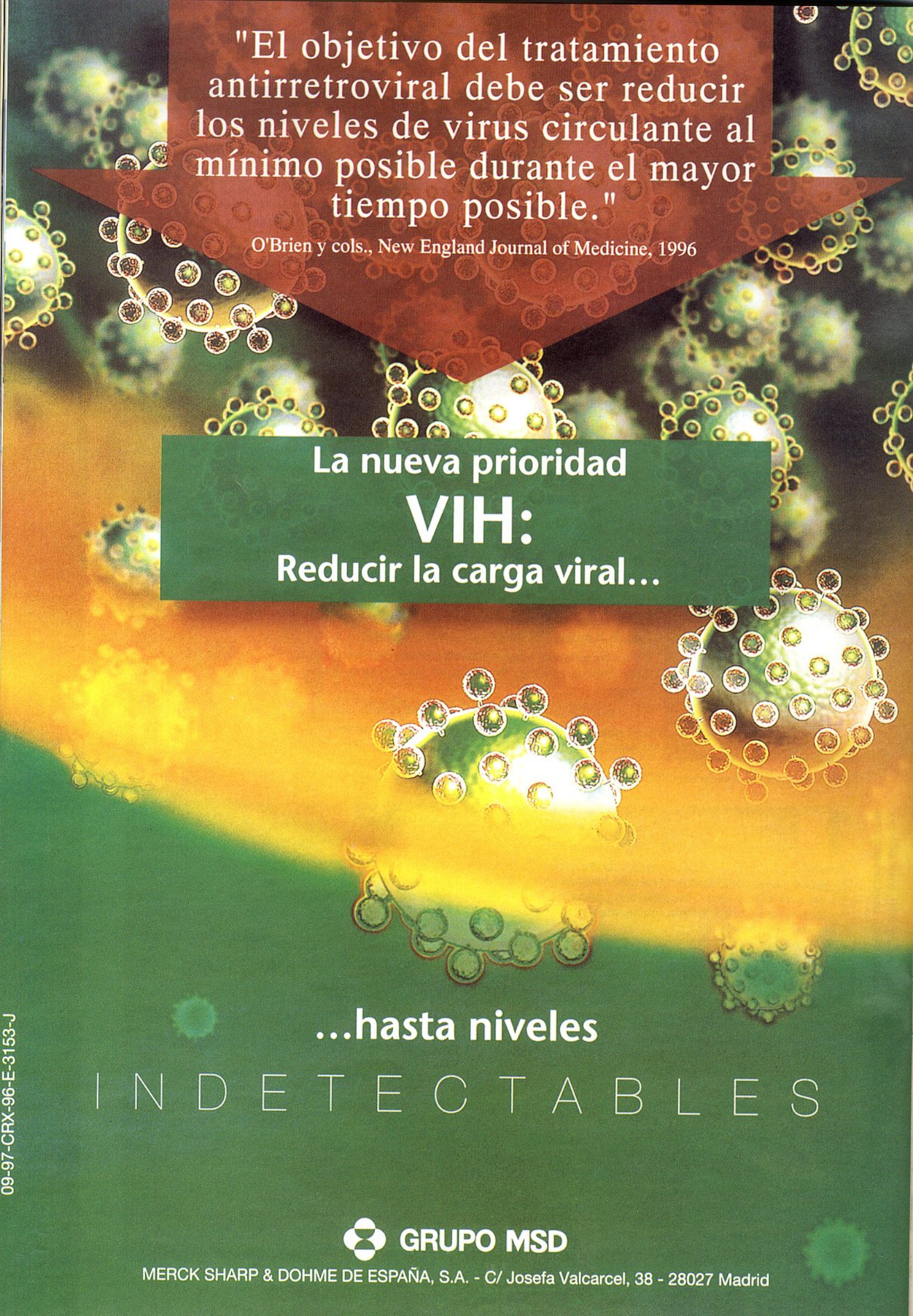
3 Comida de más de 500 calorías

Puedes tomarla con Viracept, Fortovase, Invirase, Norvir, EpiVir, Hivid, Retrovir, Zerit, Ziagen, Sustiva y Viramune

Se trata de una comida completa. Se considera que una «comida completa» contiene la tercera parte de las calorías que necesitas cada día si comes tres veces al día. Esta definición cambia si comes más o menos veces. La ingesta necesaria de calorías al día suele ser de 1500 a 2000 cal. dependiendo de tu talla, edad, sexo y nivel de actividad. Una 'comida completa media' contiene de 600 a 900 cal. con 25-30 gr. de grasas, o como mínimo:

- ▶ 1 tortilla de patatas de 2 huevos
- ▶ 1 hamburguesa de 100gr. o más con patatas fritas
- ▶ 1 filete de 100gr. o más con verduras
- ▶ 2 huevos revueltos con panceta o champiñones
- ▶ 2 piezas de merluza empanada con verduras o patatas



The background of the advertisement is a microscopic view of HIV particles. The particles are spherical and covered in small, protruding glycoprotein spikes. They are scattered across the frame, with some appearing in sharp focus and others blurred. The color palette is dominated by green and yellow, with a dark brown arrow pointing downwards from the top text.

"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

LAS INFECCIONES, segunda causa de muerte en UDVP

L@s usuari@s de drogas vía parenteral (UDVP) tienen unas peculiaridades que favorecen el desarrollo de infecciones —especialmente de partes blandas—, endo-

carditis y neumonías, procesos que se pueden agravar por la coinfección con el VIH. Para garantizar la eficacia del tratamiento antibiótico es necesario el diagnóstico adecuado de la causa.

Las infecciones constituyen uno de los principales cuadros patológicos que presentan los usuari@s de drogas vía parenteral (UDVP), hasta el punto que suponen la segunda causa de muerte en este colectivo, si bien algunos autores sostienen que es la primera causa de muerte.

Las infecciones de partes blandas son las más habituales en esta población y están provocadas por la inyección de las sustancias, que se preparan y administran en deficientes condiciones higiénicas. Además, esa escasa asepsia favorece también las infecciones vasculares (tromboflebitis, trombosis venosas), endocarditis, osteomielitis e infecciones respiratorias.

Sabemos que un número importante de UDVP es seropositivo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+), lo que implica un factor predisponente para padecer infecciones graves, incluso mortales. Sobre los tipos de gérmenes que más afectan a este grupo, se observa que el *Staphylococcus aureus* está implicado en endocarditis e infecciones de piel y partes blandas. La neumonía neumocócica también es la más habitual en los individuos de este colectivo social.

Infección

Aunque los patógenos que infectan a estos usuari@s son prácticamente los mismos que inciden en la población general, las peculiares condiciones de los UDVP favorecen el desarrollo de infecciones por microorganismos ambientales, como bacilos, clostridios, hongos ambientales y bacterias de flora microbiana de la boca (*Eikenella corrodens*).

No olvidemos que ciertas infecciones se pueden transmitir con facilidad por las condiciones de vida de

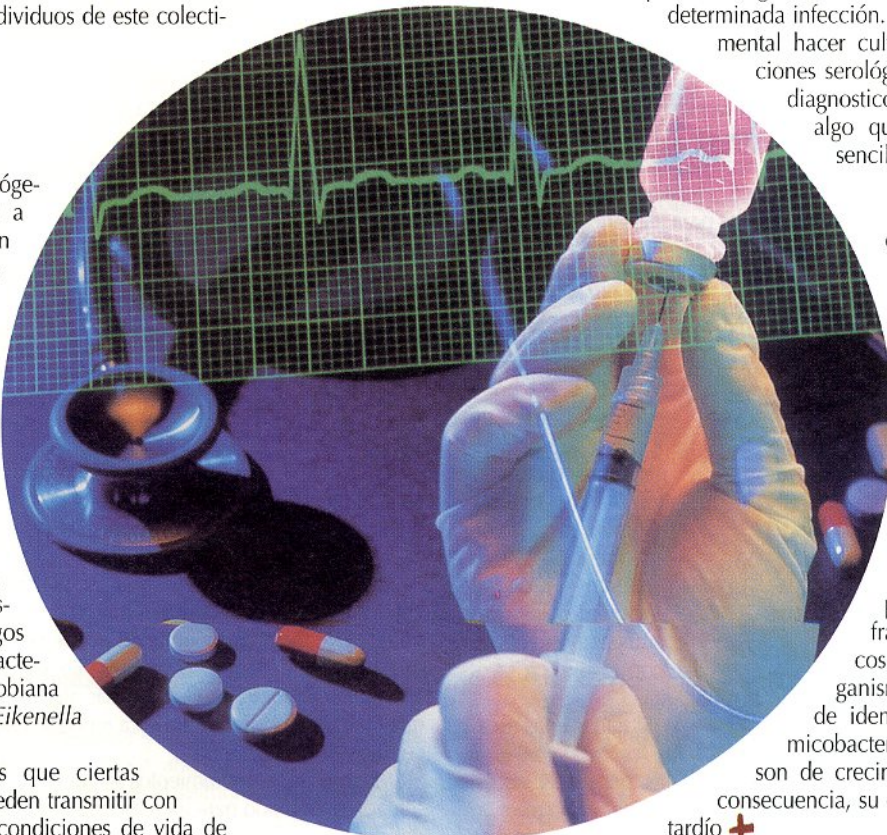
los pacientes. En este sentido, cabe recordar el incremento de los casos de tuberculosis. Por el contrario, sí se reconoce un descenso registrado de las infecciones derivadas de la inmunosupresión debida al VIH, ya que cada vez existen mejores tratamientos y mayor control del Sida.

Los tratamientos antimicrobianos para las infecciones en drogadicte@s no difieren, en cuanto a eficacia, de los de la población VIH-. Sin embargo, el problema reside en que suelen ser mal@s pacientes y mal@s cumplidor@s, lo que conlleva recidivas. Además, seguir manteniendo la administración intravenosa de drogas posibilita el desarrollo de nuevas infecciones, lo que no implica que el tratamiento haya fracasado; se trata de nuevos episodios infecciosos.

En cuanto a las resistencias a antimicrobianos, se sabe que pueden surgir porque existe una tendencia a automedicarse y, en consecuencia, se favorece la adopción de multiresistencias. Para minimizar el problema, el médico de atención primaria debe determinar la causa de la infección. Es importante conocer qué microorganismo está implicado en una determinada infección. Por ello, es fundamental hacer cultivos y determinaciones serológicas para llegar al diagnóstico de la infección, algo que no siempre es sencillo.

En los casos en que no se estudie la sensibilidad del agente infeccioso, el médico debe recurrir a los datos de sensibilización globales de la comunidad para prescribir la antibioterapia. No obstante, esta medida puede provocar fracasos terapéuticos. Entre los microorganismos más difíciles de identificar estarían las micobacterias, debido a que son de crecimiento lento y, en consecuencia, su diagnóstico es más

tardío +



31



ESTIRARSE es bueno

¿Qué es la flexibilidad y por qué la necesitamos?

La flexibilidad es la capacidad de mover las articulaciones y los músculos en toda su amplitud de movimientos con la intención de maximizar el uso que hacemos de ellos. Nos permite hacer de una manera segura todos esos pequeños movimientos que damos por descontados como, por ejemplo, agacharnos para atarnos los cordones de los zapatos o ponernos de pie con la punta de los dedos para poder estirarnos más y alcanzar algo que se encuentra en uno de los estantes de la cocina. Una flexibilidad pobre o escasa puede afectar también a la postura, con los consiguientes dolores musculares.

Otra gran ventaja, si haces ejercicio o participas en una actividad corporal, es que ser flexible puede ayudarte a protegerte de ciertas lesiones.

¿Cómo conseguimos la flexibilidad?

Realizando ejercicios de estiramiento, de modo que libere- mos la tensión, alargando y contrayendo los músculos a su longitud original, y en algunos casos, ampliando la amplitud de movimiento de algunas articulaciones y músculos.

El estiramiento: cómo hacerlo

Antes de hacer ejercicios de estiramiento, hay algunas cosas que debemos recordar. Para lograr un estiramiento seguro y productivo, los músculos deben estar precalentados, de lo contrario puedes forzarlos y lesionarte. Emplea unos tres a cinco minutos moviendo las articulaciones para alojarlos, lubricarlos y precalentarlos.

Precalentamiento

Gira los hombros, ponte un poco de cuclillas, gira los bíceps y levanta las rodillas. Comienza con pequeños movimientos y progresivamente los vas aumentando. Hazlo con tu música favorita.

Si tienes unas escaleras cerca, súbelas y bájalas unas seis veces. Esto sirve para incrementar la temperatura de tu cuerpo de

modo que los músculos se precalienten y puedas hacer un estiramiento de manera segura.

Necesitas estirar los músculos antes de comenzar cualquier ejercicio o actividad e inmediatamente después de finalizarla. Sé exigente contigo mismo y créate un hábito. Los músculos doloridos o rígidos, debido a un estiramiento insuficiente o inexistente, son algo muy desagradable.

A menos que se especifique de otro modo, cada estiramiento debe mantenerse durante un período de ocho a diez segundos. Algunas áreas de tu cuerpo requieren un estiramiento más prolongado, siendo estas áreas las que intervienen directamente en la postura. En ese caso, quizás quieras desarrollar los estiramientos para asegurar una máxima flexibilidad y quizás quieras mantenerlos de treinta segundos a un minuto. Practica tu técnica y empieza a prestar atención a tu cuerpo. Sigue las directrices y piensa en cómo cada estiramiento está hecho para sentirlo y en la terminología usada para describir esas sensaciones. Usa un espejo para comprobar que tus técnicas y posturas son las adecuadas.

Sobre todo, necesitas conocer tu propio cuerpo. Esto resulta mucho más fácil cuando comienzas a hacer ejercicios y cuando dejas de pensar las cosas en términos de instrucción y lo haces en términos de sensaciones y sentimientos.

Recuerda siempre que el estiramiento se debe hacer de manera estática y controlada: al hacer un ejercicio, no te muevas repetidas veces.

Siempre debes estirar hasta el punto de tensión para que sientas que el músculo se está alargando. Si cabe, debes sentir una ligera incomodidad en el área de estiramiento (por ejemplo: con un estiramiento del tendón de la parte trasera del muslo debes sentir la tensión en esa parte y a lo largo de la parte trasera de la articulación de la rodilla). Si te resulta doloroso o el músculo te tiembla, entonces te has excedido, por lo que debes relajar suavemente el estiramiento hasta un nivel más cómodo.

Realiza el estiramiento con cuidado hasta alcanzar el punto de tensión, manténlo de ocho a diez segundos y luego relájate.

Algunos ejemplos básicos

Los siguientes ejercicios de estiramientos son los que necesariamente debes incluir en cualquier plan de actividad general y cubren la mayoría de los grupos principales de músculos del cuerpo.

El estiramiento se debe realizar diariamente —y no sólo cuando hagas ejercicios— y con una técnica adecuada, sin prisas. El trabajo de flexibilidad puede servir para ayudar a la relajación y al control del estrés. En ese caso, necesitas un ambiente cálido, tranquilo y quizás algo de música ambiental, una toalla o una alfombra para tenderte y sólo de diez a quince minutos de tu tiempo.

Muchos de los estiramientos se pueden hacer en posición de sentado o tumbado para incrementar la sensación de relajación del cuerpo; un poco de concentración en la respiración y la



atención necesaria en cada estiramiento pueden ser una manera ideal de finalizar el día.

Recuerda: realiza suavemente cada estiramiento y presta atención al área que vas a estirar.

Estiramiento de la pantorrilla

Da un gran paso hacia atrás con la pierna derecha y dobla la rodilla de la pierna izquierda hacia delante. Mantén tus caderas y hombros rectos y asegúrate de que tus pies queden suficientemente separados para darte estabilidad. Sentirás el estiramiento en la pantorrilla de la pierna derecha. Si no es así, comprueba que tus pies estén lo suficientemente separados y que la parte de atrás del talón derecho esté presionado contra el suelo. Repite el ejercicio con la otra pierna.

Estiramiento de los cuádriceps

Si lo necesitas, puedes usar una pared o un compañero para realizar este ejercicio. Manteniendo la espalda recta, lleva la rodilla derecha enfrente de ti y sujétate el tobillo. Dobra ligeramente la rodilla izquierda, luego lleva el talón hacia los glúteos y apriétalo contra éstos. Mantén tensos los músculos abdominales. Repite el ejercicio con la otra pierna.

Estiramiento del tendón del muslo

Dobra ligeramente ambas rodillas y coloca ambas manos sobre tu muslo derecho. Endereza la pierna izquierda de modo que el talón izquierdo esté un poco separado justo delante de los dedos del pie derecho. Piensa que empujas tu trasero hacia atrás en dirección al techo para que sientas el estiramiento en la parte trasera de tu muslo izquierdo y a lo largo de la parte trasera de la articulación de la rodilla. Repite el ejercicio con la otra pierna.

Estiramiento de la espalda

Con los pies suficientemente separados, dobla las rodillas, coloca las manos debajo de los muslos. Exhala el aire y tensa los músculos abdominales hacia dentro mientras que pones la columna en posición horizontal y la diriges en dirección al techo. Relájate después de ocho segundos, e inhala el aire y repite. Si no te sientes cómodo poniendo las manos debajo de los muslos, las puedes colocar encima de éstos.



Ilustraciones: Mercedes Moro

Estiramiento de los hombros

Con los pies suficientemente separados, dobla ligeramente las rodillas y tensa los músculos abdominales hacia dentro. Coloca la mano izquierda sobre el hombro derecho y luego coloca la mano derecha en el codo izquierdo. Llévelo hacia la altura del hombro izquierdo y aprieta suavemente hacia el lado



derecho hasta que sientas el estiramiento en el área izquierda del hombro. Repite el ejercicio con el otro brazo.

Estiramiento de los tríceps

Con los pies suficientemente separados, dobla un poco las rodillas y tensa los músculos abdominales hacia dentro. Lleva tu brazo derecho en dirección al techo, luego dobla el codo. Coloca la mano derecha entre los omóplatos y coge el codo derecho con la mano izquierda y suavemente empújalo hacia abajo hasta que sientas el estiramiento en la parte de atrás del brazo derecho. Repite el ejercicio con el otro brazo.

Estiramiento del pecho y los pectorales

Con los pies suficientemente separados, dobla un poco las rodillas y tensa los músculos abdominales hacia dentro. Lleva las manos hacia la parte baja de la espalda. Trata de unir los codos de manera que sientas el estiramiento a lo largo del pecho. Imagina que alguien te agarra los codos y te los presiona suavemente para unirlos.

Estiramiento de los muslos internos

Ponte de pie y separa los pies lo máximo que puedas hasta que te sientas cómodo. Mantén tu peso sobre los talones, acuéllate suavemente asegurándote de que el trasero no esté por debajo de tus rodillas. Pon las manos en la parte interna de las rodillas y suavemente presionalas hacia fuera hasta que sientas el estiramiento en el área de la ingle.

Estiramiento de la parte alta de la espalda

Con los pies suficientemente separados, dobla un poco las rodillas y tensa los músculos abdominales hacia dentro. Imagina que hay un balón de goma enfrente de ti, estira los brazos como si quisieras abrazarlo. Mantén los codos ligeramente doblados y entrelaza los dedos. Piensa que separas suavemente los omóplatos de tus hombros. Siente el estiramiento entre los omóplatos y a lo largo de la parte trasera de los hombros.

Estiramiento del costado

Con los pies suficientemente separados, dobla un poco las rodillas y tensa los músculos abdominales hacia dentro. Pon la mano derecha sobre el muslo derecho e inclínate hacia el lado derecho. Eleva el brazo izquierdo y, manteniéndolo recto, estira los dedos en dirección al techo sintiendo el estiramiento a lo largo del lado izquierdo del torso. Evita el balanceo e imagina que estás atrapado entre dos paneles de cristal para que no muevas tus hombros hacia delante ni hacia atrás. Repite el ejercicio en el otro lado +

Referencia

JEANIE THORNTON, *Stretch*. +VE, n.º 7, julio 2000. www.howsthat.co.uk

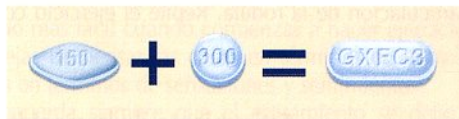




Difícil.

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

Fácil.



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

Consulta con tu médico.

LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
MÁS EXPERIMENTADA,
UTILIZADA DEL MODO MÁS SENCILLO



HOY salimos

Elegir un pastillero que nos sea útil puede convertirse en algo más complicado de lo que parece, pues cada un@ de nosotr@s tenemos necesidades específicas: diferentes fármacos, número de tomas, horarios, etc.

En esta página os ofrecemos un pequeño análisis de una muestra de los pastilleros más asequibles que pueden encontrarse en las farmacias de nuestro país, así como también alguna solución imaginativa.



Pros

Con alarma programable y pantalla digital. Compacto, resistente y muy ligero. De muy fácil apertura y acceso a las pastillas.

Contras

El precio, claro! Sobre unas 2.500 pta. Capacidad limitada a terapias con muy pocas pastillas. Sólo admite dos dosis. Necesita pilas de las de reloj.

Pros

El más barato: te puede salir por ciento y pico. Muy llevable, cabe en cualquier bolsillo. Posibilidad de organizar tres tomas.

Contras

Es muy frágil y se agrieta con facilidad. El tamaño puede resultar demasiado reducido para algunas terapias.



Pros

También barato, sobre unas doscientas. Fácil de llevar y de acceder a las pastillas.

Contras

Es bastante frágil. Demasiados compartimentos, cuatro, para su tamaño.

Pros

Es el multibot de los pastilleros. Machaca, parte y almacena las pastillas. Sólido, resistente y compacto.

Contras

Cabe una cantidad muy limitada y pesa bastante.



Pros

Estuche de plástico contiene 7 pastilleros con separadores interiores de fácil movilidad. Ideal para viajes de hasta una semana.

Contras

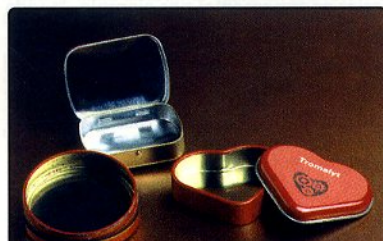
El espacio interior es un poco justo para ciertas terapias. Es también un articulo de lujo, casi dos mil.

Pros

Diseño muy ciber, propulsado por un muelle. Cuatro compartimentos móviles para desayuno, comida, merienda y cena. Resistente a golpes.

Contras

Su uso requiere cierto entrenamiento. Las divisiones interiores son poco prácticas. Compartimentos estrechos. Precio, sobre unas 600 pta.



Pros

Tu eliges el diseño. Resistentes y de fácil acceso a las pastillas. Para todos los presupuestos.

Contras

Debes esperar a comerte el contenido: no es aconsejable mezclarlo con las pastillas. No suelen tener compartimentos.



La ruta de las pastillas

Una introducción a la farmacocinética de los tratamientos del VIH

El éxito de un tratamiento antirretroviral contra el VIH precisaría, para empezar, de una óptima adhesión al mismo. Para continuar, que las poblaciones virales sean susceptibles a los fármacos que lo componen y que éstos tengan la potencia necesaria.

Por si esto fuera poco pedir, sucede además que esas pastillas que quizá tomas cada día han de seguir una accidentada ruta bioquímica desde que pasan por tu garganta hasta que llegan a ejercer su efecto farmacológico en sus correspondientes "sitios de acción", o sea, las células y tejidos infectados por el VIH. Este proceso de **absorción, distribución, metabolización y eliminación** de un medicamento puede ser muy sensible a las variaciones individuales y su estudio y descripción matemática se conoce como la "**farmacocinética**" de un compuesto (la palabra "cinética" viene del griego kinesis y significa "movimiento").

Hoy en día, las complejas farmacocinéticas de los antirretrovirales reciben una creciente atención científica y clínica, y son varias las investigaciones recientes que muestran el impacto de la variabilidad farmacocinética entre individuos en el éxito o fracaso de un tratamiento anti-VIH y que apuntan al uso de las pruebas conocidas como de Control Terapéutico de Fármacos en sangre (CTF) como forma de optimizar las concentraciones en sangre de los fármacos antirretrovirales, particularmente en el contexto de una respuesta subóptima a regímenes que contengan inhibidores de la proteasa (IP). Los franceses, por ejemplo, ya recomiendan oficialmente que se realicen las pruebas de CTF a todas las personas VIH+ que se tratan con IP potenciados por ritonavir.

Este primer artículo de una serie que hoy iniciamos es una aproximación básica a los principios de la farmacocinética con la que te invitamos a descubrir la potencial importancia de tu particular "ruta de las pastillas".

36

Una cuestión muy personal

Cuando se tragan los fármacos anti-VIH, éstos llegan al sistema digestivo donde se desintegran, se disuelven en los fluidos gástricos y son absorbidos a través de la mucosa gastrointestinal, pasando así al torrente sanguíneo desde donde se distribuyen por todo el cuerpo.

Ahora bien, si diéramos en las mismas condiciones la misma dosis de un medicamento de toma oral a un grupo grande de individuos y midiéramos la **concentración máxima (Cmax)** que alcanza el fármaco en cuestión en la sangre de cada una de estas personas, veríamos que, debido a la variabilidad individual, esta cifra **no es la misma de persona a persona**.

Estas diferencias pueden deberse a factores que afecten a la forma o la rapidez de la absorción, la distribución, el metabolismo o la excreción del fármaco y, a su vez, pueden asociarse con factores genéticos o ambientales. En la mayor parte de los casos, los **factores ambientales externos** (consumo de alcohol, tabaquismo, interacciones con otros fármacos o sustancias, dieta, etc.), o **internos** (la función hepática o el estadio de la enfermedad, por ejemplo), **son los más**

relacionados con estas diferencias farmacocinéticas entre individuos.

Tres conceptos clave en farmacocinética

1. Biodisponibilidad: se refiere al grado en que el principio activo de un fármaco de toma oral es absorbido por el sistema digestivo y llega efectivamente al torrente sanguíneo. Un fármaco de toma oral ha de traspasar numerosas barreras antes de llegar al sistema circulatorio, lo cual, obviamente, *no sucede en el caso de administración intravenosa* [VER GLOSARIO].

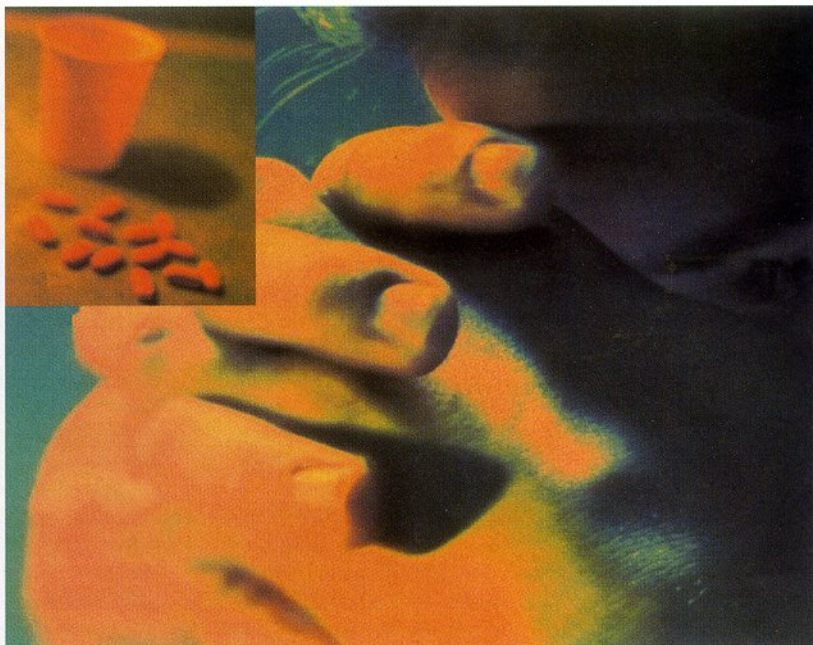
2. Eliminación: posiblemente el término más importante en farmacocinética. La eliminación suele definirse, erróneamente, como la cantidad de fármaco eliminado por unidad de tiempo, pero en realidad se trata de una medida de volumen que se refiere a la cantidad de sangre o de plasma desde el que se elimina el fármaco por minuto o por hora. Básicamente, la eliminación puede ser **hepática** (que a su vez puede ser metabólica o biliar) o **renal**. La mayor parte de los antirretrovirales se elimina a través del hígado, mientras

que algunos como didanosina (ddl), estavudina (d4T) o lamivudina (3TC) experimentan eliminación renal. Además, una parte del fármaco resulta eliminada a través de las paredes gastrointestinales o a través del hígado sin haber siquiera llegado al torrente sanguíneo, una especie de despilfarro bioquímico que se conoce en farmacocinética como el "efecto del primer paso". En nuestros días, ciertas combinaciones de antirretrovirales basadas en estrategias farmacocinéticas cada vez más en boga tratarían de, entre otras cosas, minimizar este "efecto del primer paso" (por ejemplo, la combinación de una dosis "mini" de ritonavir con indinavir con el fin de aumentar la exposición total a este último IP).

Un parámetro farmacocinético fundamental en relación con la eliminación es la "**Vida media**" del fármaco, que da un índice inmediato del tiempo que estará en el cuerpo. La Vida media es el tiempo que tarda la concentración de un fármaco en descender hasta la mitad y puede variar enormemente: por ejemplo, la vida media de zidovudina (AZT) es de aproximadamente una hora, mientras que la del fármaco antimalaria mefloquina es de aproximadamente veinte días.

3. Volumen de distribución aparente:

Se dice "aparente" por ser una estimación del volumen corporal total por el que termina distribuyéndose el fármaco. El Volumen de distribución aparente (Vd), relaciona cantidad de fármaco (dosis) con su concentración en plasma, y será una cifra expresada en Litros. Por ejemplo, una dosis de 20 miligramos que consigue una concentración en sangre de 0,5 miligramos por litro, daría un $Vd = 40$ Litros, lo que significa que estos 20 mg de fármaco se han distribuido a través de 40 litros de fluidos corporales, que incluyen la sangre (el llamado "compartimento vascular") y los tejidos (el llamado "compartimento extravascular"). Además, el Vd nos ayuda a comprender dónde puede encontrarse un fármaco en el cuerpo: un Vd muy bajo indicaría un alto grado de unión del fármaco a las proteínas en sangre (o sea, de fármaco inactivo), mientras que un Vd alto indicaría una extensa unión a las macromoléculas de los tejidos.



Ni tanto ni tan calvo

Normalmente, el hecho de que las concentraciones en sangre de fármacos varíen de persona a persona resulta irrelevante, puesto que para que un fármaco sea eficaz contra el VIH ha de conseguir una concentración en sangre que se sitúe **entre los límites** de un rango definido como terapéutico a partir de los resultados de los **estudios farmacocinéticos** realizados con grupos amplios de pacientes durante el desarrollo experimental del fármaco en cuestión.

Lo deseable y exigible es que las compañías farmacéuticas determinen en las fases tempranas del desarrollo de un compuesto experimental no sólo su seguridad y eficacia con distintas poblaciones y a distintas dosis (y por tanto su dosificación), sino también sus potenciales interacciones con otros fármacos (desde anticonceptivos a tranquilizantes pasando por, por supuesto, toda la posible farmacopea del VIH y sus "alrededores"), o con sustancias de amplio uso como la metadona.

Básicamente, un nivel en sangre de un compuesto "X" que exceda el **límite superior** de su "rango terapéutico" (que llamaremos "Máxima concentración

tolerada" para X), puede conllevar efectos tóxicos para la persona que lo experimenta, mientras que un nivel por debajo del **límite inferior** de tal rango (conocido como la "Mínima concentración terapéutica"), no conseguiría inhibir por completo la replicación del VIH y podría favorecer la aparición de cepas mutadas del VIH (las conocidas "resistencias", o sea, cambios del genoma viral que permiten al VIH "escapar" de la acción del fármaco y seguir replicándose), y conducir al fracaso del tratamiento.

Así, resulta lógico deducir que un objetivo básico de cualquier tratamiento antirretroviral sería que cada uno de los fármacos que lo compongan se mantenga **permanentemente** en la sangre dentro de su correspondiente rango terapéutico y, preferentemente, lo más alejado posible de los límites inferior y superior de tal rango y por tanto de los riesgos potenciales de, respectivamente, generación de virus resistentes y toxicidad.

Por otra parte, y **más allá de los factores biológicos** particulares que influyen en las farmacocinéticas, un factor central para que los niveles de fármacos en sangre se mantengan dentro de su rango terapéutico es **la adhesión al tratamiento antirretroviral**: recordar siempre tomar los fármacos a su hora (para no prolongar peligrosamente los niveles de valle del fármaco) y hacerlo con las comidas adecuadas (para no afectar la absorción) [ver artículo "Para absorberte mejor" en este mismo número de Lo+POSITIVO] +

REFERENCIAS:

- Meeting Reports:** www.hiv-druginteractions.org/ (una excelente página web de la Universidad de Liverpool donde puedes encontrar, además, extensa información sobre todo tipo de interacciones entre fármacos; eso sí, en inglés).
- Basic Pharmacokinetics:** <http://pharmacy.creighton.edu/pha443/pdf>

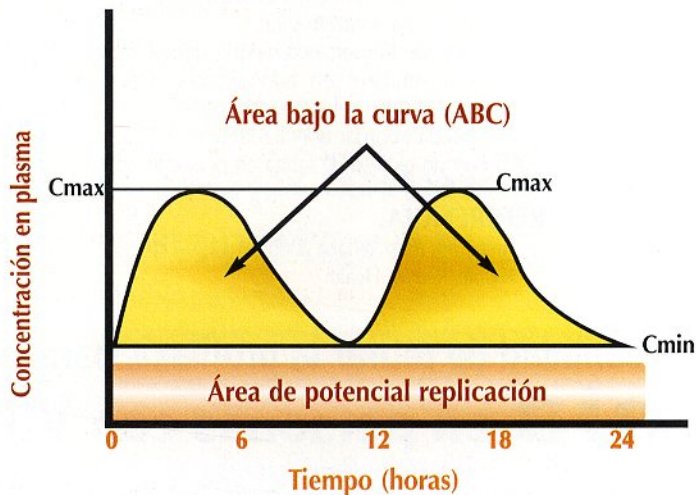


Figura 1.—Curva farmacocinética típica de un inhibidor de la proteasa administrado dos veces al día:
 — En el eje horizontal situamos el tiempo transcurrido, empezando por el momento de la primera toma del fármaco; en el vertical, la concentración en plasma del mismo.

— Como puedes observar, los niveles de fármaco en sangre llegan a su concentración máxima (Cmax) poco después de su toma oral para luego ir disminuyendo poco a poco hasta llegar a su nivel más bajo antes de la toma siguiente. Este nivel más bajo suele llamarse, indistintamente, "Concentración mínima" (Cmin) o "nivel de valle", si bien estos dos parámetros no siempre son intercambiables.

— El perfil farmacocinético de este IP refleja una situación característica en esta familia de fármacos: la concentración en plasma del IP al final de cada toma cae hasta niveles peligrosamente cercanos al "Área de potencial replicación [del VIH]".

— El **Área Bajo la Curva** es el área bajo la concentración del fármaco que, a su vez, dibuja la curva del tiempo.



La actualización de las recomendaciones francesas contrasta con ciertas prácticas clínicas en España

La actualización del informe Delfraissy sobre el seguimiento terapéutico de las personas infectadas por VIH incluye innovaciones en un buen número de apartados y da la primera indicación precisa de control farmacocinético.

Conocido como informe Delfraissy, éste es, en la práctica clínica, un documento de referencia oficial elaborado por un equipo de expertos, entre los que figuran miembros de la comunidad francesa del VIH.

Entre las nuevas recomendaciones de este documento, destaca el retrasar el inicio de tratamiento en pacientes con un número de linfocitos CD4 superior a 350/mm³, mientras la situación inmunológica permanezca estable.

Otro aspecto resaltable es que no se recomienda el tratamiento sistemático de todas las primoinfecciones, si no que distingue entre las sintomáticas y de diagnóstico muy reciente (< 1 mes), que serían a tratar, y las de diagnóstico tardío y/o no sintomático, que deben sólo considerarse.

Lo que más llama la atención, no obstante, es la primera indicación de control farmacocinético, que afecta a los IP potenciados por ritonavir. En efecto, la prescripción de una

dosis pequeña de ritonavir junto a un IP, conlleva la recomendación de realizar pruebas de niveles plasmáticos del IP durante las primeras semanas que siguen al inicio del tratamiento y repetirlas regularmente con la finalidad de realizar las adaptaciones posológicas pertinentes para evitar los efectos secundarios relacionados con una dosis demasiado alta. En nuestro país, las pruebas farmacocinéticas se restringen a unos pocos estudios experimentales y no se ha valorado aun su inclusión en las pautas clínicas habituales.

Esta puesta al día ofrece además nuevas recomendaciones sobre uso de pruebas de resistencia, cuándo iniciar el tratamiento y con qué, la sustitución de los IP, interrupción del tratamiento, inmunoterapia, control de las anomalías metabólicas, embarazo, reproducción asistida, coinfección por VIH y hepatitis C, y profilaxis de infecciones oportunistas +

Se puede acceder al informe original en francés en:

http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/rap_delf/index_delfra00.htm



38

Posible deterioro de la función aeróbica en adolescentes con VIH

Un estudio estadounidense detecta problemas para llevar a cabo actividades físicas -incluso de bajo nivel- en adolescentes con VIH.

Según la investigación llevada a cabo por el Dr. Randall E. Keyser y colaboradores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland en EEUU, y que aparece en el número de noviembre de *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, la discapacidad derivada de una fatiga asociada al VIH se puede detectar practicando pruebas de ejercicio rutinarias y análisis de los gases expirados.

Los participantes en el estudio eran 17 adolescentes con VIH con una media de 499 CD4+ y sin historial de infecciones oportunistas, a los que se les practicaron pruebas de ejercicio máximo con mediciones espirométricas de absorción de oxígeno.

La media de consumo máximo de oxígeno fue un 42% inferior a la que se podría esperar en individuos de su edad.

Por nivel de disfunción, 5 personas presentaban un deterioro ligero, 7 un deterioro moderado y 2 un deterioro extremo de su función aeróbica. Los investigadores atribuyen esta insuficiencia cardiorespiratoria a las complicaciones miopáticas que pueden observarse a lo largo de la evolución de la infección por VIH, algo que podría tener sus causas en la infección misma, en la citotoxicidad mediada por las células T o en la terapia antirretroviral.

El grupo de Keyser recomienda que se realicen pruebas fisiológicas similares en adolescentes para cuantificar el grado de deterioro relacionado con el VIH, de tal manera que se pueda abordar adecuadamente la discapacidad asociada con un exceso de fatiga en personas con VIH +

REFERENCIA:

Arch Phys Med Rehabil 2000; 81:1479-1484.

Fuente: Reuters Health



Nuevos estudios confirman la posibilidad de retirar la profilaxis para la neumonía en personas con VIH

Dos nuevas investigaciones, una de ellas española, insisten en la posibilidad de que se suspenda la profilaxis para la neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP) en personas con VIH cuyo recuento de CD4 supere de forma estable los 200 CD4+

Ambos trabajos, que se publican en el número 18 de enero de 2001 del *The New England Journal of Medicine* y que merecen además una editorial de la prestigiosa publicación, coinciden en que si se mantenían niveles de linfocitos CD4 por encima de 200 mm³, se puede suspender la profilaxis tanto primaria (para evitar que

aparezca) como secundaria (para evitar que reaparezca) para PCP.

En el primer estudio, de carácter aleatorio y controlado, llevado a cabo por el equipo de Juan C López en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, la profilaxis para PCP se mantuvo o se interrumpió en 474 participantes que tomaban profilaxis primaria y en 113 que la tomaban secundaria. Todos los participantes contaban con un recuento mínimo de 200 CD4+ y uno máximo de ARN de VIH (carga viral) de 5000 copias por un período de por lo menos 3 meses. No se dio ningún caso de PCP a lo largo de los 19 meses, seguimiento

mediano entre las 240 personas que interrumpieron la profilaxis primaria. Tampoco hubo ningún caso de PCP durante un periodo mediano de seguimiento de 12 meses entre los 60 pacientes que interrumpieron la profilaxis secundaria, lo que resulta todavía más destacable. Las conclusiones del segundo estudio, en este caso observacional, realizado en el Hospital Universitario de Zurich (Suiza) por Bruno Lederberger y colaboradores, son similares después de analizar las historias clínicas de 325 personas correspondientes al período de octubre de 1996 a enero de 2000.

No obstante, en la editorial del NEJM que firma Pierre-Marie Girard, de la Facultad de Medicina de París (Francia), se advierte que existen otros factores que pueden recomendar

el mantenimiento de la profilaxis, como la presencia de candidiasis oral, la pérdida de peso persistente o la administración de quimioterapia citotóxica o de terapia corticosteroide a largo plazo. Además, recomienda que se advierta al paciente que en ocasiones la PCP puede aparecer aun por encima del límite de los 200 CD4 por mm³ +

REFERENCIAS:

The New England Journal of Medicine, January 18, 2001, vol. 344, n.º 3.

Para más información:

http://dailynews.yahoo.com/h/nm/20010117/sc/aids_pneumonia_dc_1.html

El efecto potenciador de ritonavir (Norvir) podría verse alterado con el tiempo

El uso prolongado de pequeñas dosis de ritonavir (RTV) para mejorar la farmacocinética de otros inhibidores de la proteasa (IP), podría conducir a alteraciones del metabolismo con importantes consecuencias en la concentración en sangre del fármaco antirretroviral. Este dato fue puesto de manifiesto en un encuentro científico celebrado en Marbella (Málaga, España) el día 19 de enero de 2000 al que asistieron cerca de 300 especialistas en VIH y activistas comunitarios de toda Europa, organizado por Laboratorios Roche, y en el que se ha centrado la atención en los IP, sus perfiles de resistencia y su farmacocinética.

A preguntas de la audiencia, el panel de expertos ha declarado que el uso prolongado de RTV para potenciar otros IP (como indinavir, amprenavir o saquinavir) puede provocar una compensación metabólica que elimine su efecto inhibidor o bien puede que dicho efecto se prolongue más allá de la interrupción del empleo de RTV a dosis pequeñas.

RTV a dosis pequeñas se utiliza para inhibir las enzimas hepáticas que eliminan otros IP, de manera que la ingestión de menos dosis de un IP junto con 100 ó 200 mg de RTV equivale a igual o mayor cantidad de fármaco en sangre que la dosis plena del IP solo. Ello suele conllevar una mejora en

la calidad de vida de las personas en estos tratamientos y un abaratamiento de su coste.

Sin embargo, este efecto puede verse alterado en el transcurso del tiempo en dos sentidos. En el primero, puede darse una reacción metabólica que compense dicho efecto y lo haga desaparecer, con lo que la persona podría estar tomando inadvertidamente dosis subóptimas del IP principal con todos los riesgos que ello comporta de falta de eficacia y aparición de resistencias. En el segundo, el efecto podría "instalarse" por un periodo no determinado más allá de la interrupción de la toma de RTV, por lo que la introducción de un nuevo IP a dosis plenas podría llevar inadvertidamente a concentraciones peligrosamente altas en plasma de éste último, con el riesgo de sufrir efectos adversos muy exacerbados. Estos dos efectos podrían ser todavía más agudos en personas con disfunción hepática, como pueden serlo los coinfectados con VIH y VHC.

Sin embargo, las mediciones de concentraciones plasmáticas (Control Terapéutico de Fármacos, o TDM en sus siglas en inglés) persona a persona podrían ayudar a alertar sobre esta posible alteración +

Fuente: Elaboración propia

Las interrupciones de tratamiento podrían incrementar el riesgo de aparición de resistencias

Según un equipo de investigadores de la Universidad de California en Los Ángeles (Estados Unidos) el riesgo de desarrollar resistencia total al tratamiento durante una interrupción estructurada podría ser mil veces mayor que el correspondiente a un periodo comparable de tratamiento continuo. La Dra. Janet S. Sinsheimer y su equipo usaron un modelo matemático para predecir los efectos de las interrupciones estructuradas de tratamiento (IET) en el desarrollo de cepas resistentes de VIH-1. El resultado indica que durante el rebote viral que sigue a la retirada del tratamiento, tanto las cepas de virus salvaje como las parcialmente resistentes parecen aumentar de forma paralela, a pesar de que el virus de tipo salvaje es el más vigoroso en ausencia de tratamiento.

Por lo tanto, ya que las cepas parcialmente resistentes son capaces de convertirse en totalmente resistentes, estos investigadores advierten que cualquier incremento significativo de éstas representa una amenaza a la durabilidad de la

respuesta terapéutica. Además, el número de células con infección latente aumenta rápidamente hasta niveles similares a los previos al tratamiento. Así, este equipo afirma que debido a que el número de células latentes puede jugar un papel importante en la persistencia de la enfermedad a pesar del éxito del tratamiento, su restablecimiento puede resultar perjudicial a medio y largo plazo.

Estos datos son muy relevantes tanto para las investigaciones en curso sobre IET como para las personas que hayan decidido interrumpir su tratamiento de forma voluntaria y fuera del marco de un ensayo clínico +

Para más información:

<http://hiv.medscape.com/32584.rhtml?srcmp=aids-011901>

REFERENCIA:

J Acquir Immune Defic Syndr 2000; 25:398-402.

Fuente: Reuters Health.

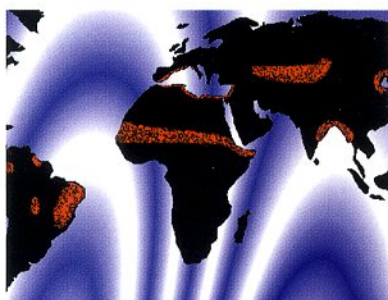
Coinfección por VIH y leishmania en España

La leishmaniasis visceral (LV) es una infección oportunista (IO) que se ha observado en personas con VIH/SIDA en áreas donde esta enfermedad es endémica. Una de estas zonas es el sur de Europa, donde se han declarado más de mil quinientos casos en los últimos quince años. En España, a partir

de 1985 se detectó un brote epidémico de coinfección por VIH y leishmania, localizado principalmente en las zonas centro, sur y este de la península. Desde entonces, según el Dr. J. A. PINEDA de Sevilla,[1] se han diagnosticado más de 900 casos, cifra que duplica el total de casos registrados en Francia e Italia durante el mismo período, y que según éste «es una subestimación de la realidad».

¿Cómo se transmite?

Esta infección, para la que todavía debe desarrollarse una vacuna, está causada por un parásito protozoico que en el caso de los países mediterráneos es la *leishmania donovani infantum*. Ésta debe su nombre a dos científicos, Leishman y Donovan, que en 1903 observaron parásitos en el bazo de personas con LV en la India.



Mapa de distribución de la leishmania visceral en el mundo

La leishmania clásicamente se ha transmitido a los humanos a través de la picadura de un mosquito (hembras del género *Phlebotomus*, principalmente *P. papatasi* y *P. sergenti*), habiéndolo éste adquirido de un reservorio que puede ser un perro, un zorro u otra persona.

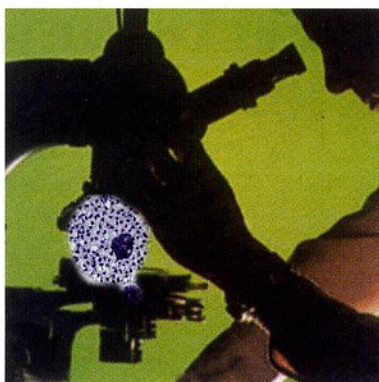
En la epidemia observada recientemente en el sur de Europa, la principal vía de transmisión ha dejado de ser la picadura de un mosquito, dejando paso a la jeringuilla, lo que ha provocado un cambio epidemiológico en la infección. Si la leishmaniasis es una enfermedad que habitualmente se ha venido observando en zonas rurales y mayormente en niños (de ahí la palabra *infantum* en su nombre) la coinfección por VIH y leishmania, en cambio, ha aparecido en

personas adultas, usuari@s de drogas por vía parenteral (UDVP) y que viven en zonas urbanas.

¿Cuáles son sus síntomas?

En la fase avanzada de la infección aparece fiebre, hepatosplenomegalia (aumento del tamaño del hígado y del bazo), anemia, leucopenia (disminución del número de leucocitos en sangre) y pérdida de peso. En algunos casos, también se han dado complicaciones en pulmones y pleura, en la mucosa oral, en el esófago, estómago, intestino delgado, la piel o la médula ósea. Para obtener un buen diagnóstico debe realizarse una extracción de médula ósea.

La gravedad de esta enfermedad y de sus síntomas depende de la capacidad



de respuesta inmune de la persona. Según el Dr. Pineda "la coinfección por VIH/leishmania tiene importancia no sólo por la morbilidad y mortalidad [VER GLOSARIO] que la LV entraña en sí misma, sino porque el parásito puede actuar de forma aditiva e incluso sinérgica [ver glosario], con el VIH en la producción de inmunodeficiencia".

¿Cuál es su tratamiento?

Hoy por hoy, la única forma de tratar esta infección es mediante quimioterapia. El tratamiento de elección consiste en la inyección intramuscular [VER GLOSARIO] de antimoniales pentavalentes (concretamente, estibogluconato sódico y antimoniato de meglumina).

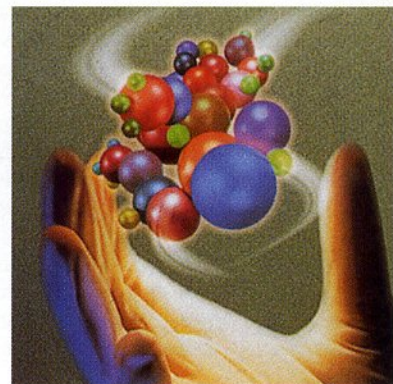
Estas sustancias, las sales de antimonio, se eliminan principalmente por la orina, por lo que lo que en caso de insuficiencia renal debe considerarse un ajuste de dosis, aunque todavía no existan unas recomendaciones específicas.

Como en el caso del VIH y otras infecciones, el tratamiento para la LV con antimoniales puede fracasar por la capacidad de este parásito de adquirir resistencias.

Para profilaxis secundaria suele utilizarse pentamidina intravenosa una vez al mes, sin que ello confiera una mejora sustancial de la calidad de vida en el caso de las personas inmunodeprimidas.

¿Cuál es la situación en España en la era TARGA?

Según el Dr. Pineda, desde la introducción de las terapias antirretrovirales de gran actividad (TARGA) «se ha

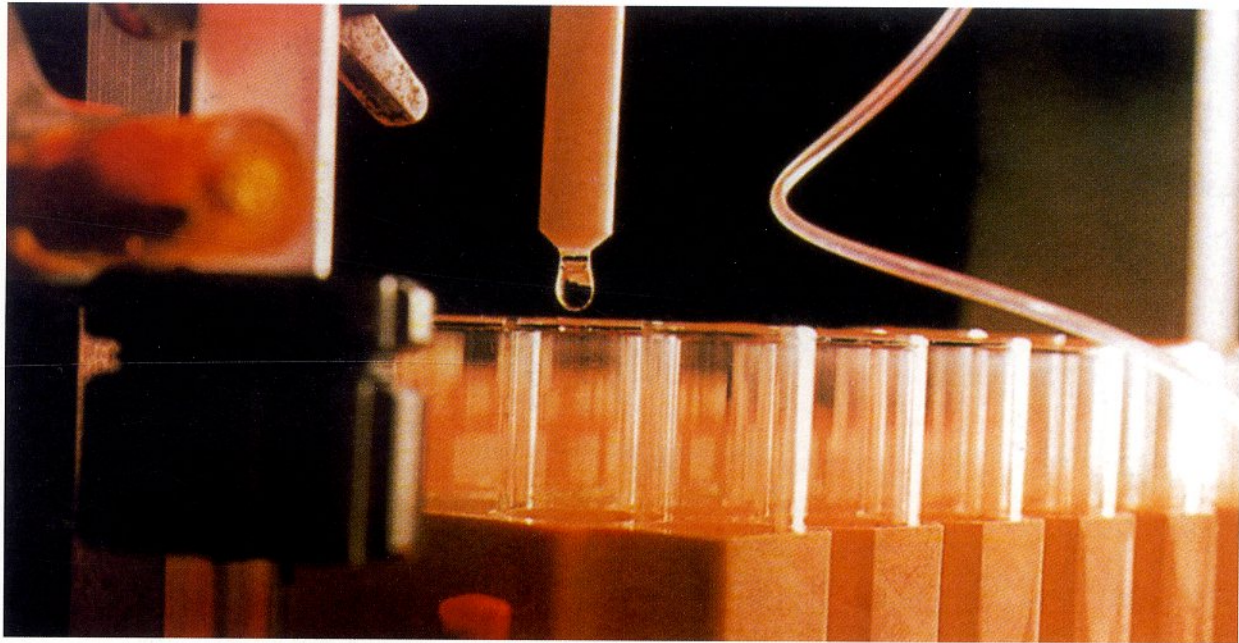


producido una marcada reducción de la incidencia de LV en pacientes infectados por VIH, probablemente porque el control de la replicación vírica y la reconstitución inmune subsiguiente impiden la evolución de LV latente a enfermedad sintomática».

No obstante, la LV sigue siendo un problema para las personas VIH+ ya infectadas incluso después de una recuperación inmunológica. En general las personas coinfectadas responden de forma muy pobre a los tratamientos actuales para la leishmaniasis y además, las recidivas son muy comunes. En este sentido, un grupo de investigadores españoles, encabezados por

los doctores Casado, López-Vélez y Pintado, identificó a 10 personas, de las cuales 6 habían tenido una media de 2,6 recidivas durante los 22 meses previos al inicio de TARGA. Tras haber empezado una terapia TARGA, todas estas personas mostraron una mejora clínica, virológica e inmunológica sin ninguna IO. Sin embargo, tras una mediana de seguimiento superior a los 31 meses, el 70% de estas personas habían experimentado una media de 3,1 recidivas. Cuatro de ellas con una mediana de CD4 de 268 células y manteniendo la carga viral indetectable tras 26 meses de terapia. [2] Una vez más, observamos como un ben

control de la replicación del VIH e, incluso en este caso, una progresiva recuperación inmunológica no bastan para detener las recidivas de una infección oportunista como la leishmaniasis visceral, cuyos tratamientos disponibles, tanto para fases agudas de la infección como para profilaxis secundaria deben todavía mejorar mucho en términos de eficacia, y tolerancia. Además, en España, según el Dr. Pineda, un 60% aproximadamente de las personas infectadas por VIH y leishmania también lo está por el virus de la hepatitis C, lo que hoy por hoy supone una gran morbimortalidad en este grupo de la población +



¹ Dr. Juan Antonio PINEDA, *Coinfección VIH/Leishmania en España en la era de la terapia antirretrovírica de gran actividad (HAART)*, octubre de 2000.

² Dr. J. L.CASADO, R. LOPEZ-VÉLEZ, V. PINTADO y cols., *Relapsing visceral leishmaniasis despite effective protease inhibitor therapy in AIDS patients* 7th, *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 30 de enero-2 de febrero, 2000; San Francisco, Estados Unidos Abstract 264.



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN PROVINCIA

C. POSTAL TEL. FAX

Autorizo una donación anual de:

2.500 pts 5.000 pts pts

Forma de pago:

Talón nominativo adjunto Giro postal Por Banco

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

ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE

BANCO o CAJA LOCALIDAD

DOMICILIO AGENCIA

CÓDIGO C/ C [20 dígitos]

FIRMA



aunando esfuerzos



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

Nunca os podré olvidar

Tuberculosis, neumonía, cándidas, toxoplasmosis: son algunas de las llamadas infecciones oportunistas (IO). ¿Quién no ha oído hablar de ellas? Muchas de las personas VIH+ contamos con un número de episodios a nuestras espaldas y con la vivencia de haber pasado por difíciles periodos de tratamientos masivos, incómodas profilaxis y haber visto nuestra calidad de vida dramáticamente mermada por sus secuelas. Otr@s ni siquiera pueden hablar de ellas en pasado, incluso a pesar de TARGA.

Estas enfermedades se llaman oportunistas porque aprovechan la fragilidad de nuestro sistema inmunitario para manifestarse, e infecciones por estar causadas por patógenos adquiridos, que pueden ser: virus, hongos, parásitos, bacterias o micobacterias. En España las directrices sobre profilaxis para IO publicadas el pasado año por el Plan Nacional contemplan los siguientes patógenos:

ciertos agentes antibióticos ampliamente usados?, ¿dónde colocaríamos un carcinoma causado, por ejemplo, por el virus del papiloma humano si ni siquiera el Plan Nacional lo menciona en sus directrices?.

En fin, ante ello se me ocurre pedir a nuestr@s doctores que, por favor, intenten esmerarse un poco más en la elaboración de nuestros informes. Much@s de nosotr@s estamos hart@s de

virus	Hongos	Parásitos	Bacterias y microbacterias
Citomegalovirus	Cándida	<i>Pneumocystis carinii</i>	<i>Microbacterium tuberculosis</i>
Virus Herpes simplex	<i>Cryptococcus neoformans</i>	<i>Toxoplasma gondii</i>	<i>Microbacterium avium complex</i>
Virus Varicella Zoster	<i>Histoplasma capsulatum</i>	<i>Leishmania infantum</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
Virus A de la Hepatitis	<i>Coccidioides immitis</i>	<i>Isospora Belli</i>	<i>Haemophilus influenzae</i>
Virus B de la Hepatitis	<i>Penicillium mameffeii</i>	<i>Cryptosporidium parvum</i> <i>Cryptosporidium muris</i>	Otras bacterias (<i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Bartonella</i>)
Virus de la gripe	Otros hongo (<i>Aspergillum</i> , <i>Blastomicum</i>)	Otros parásitos (<i>Enterocytozoon bienuesi</i> , <i>Septata intestinalis</i>)	
Virus JC (leucoencefalopatía multifocal progresiva)			

Si has pasado una infección causada por alguno de estos patógenos, es conveniente que aparezca en tu informe. Disponer de esta información te ofrece a ti y a tu médico sustanciosas ventajas: la posibilidad de elaborar estrategias de profilaxis adecuadas prestando especial atención al control de las infecciones ya pasadas y la posibilidad de realizar una mejor elección de terapia antirretroviral en términos de tolerancia, al tener en cuenta posibles daños ya existentes en órgano vitales (como por ejemplo, en el caso del hígado), e incluso de eficacia (como en el caso de los análogos activos frente al VHB). En definitiva, la disponibilidad de esta información puede revertir en una mejora de tu calidad de vida.

En mi caso, el informe reza verdades a medias. Falta, entre otras, una hepatitis B diagnosticada hace unos tres años. Teniendo en cuenta que estoy planeando un cambio de terapia y que mi régimen actual contiene un fármaco activo contra el VHB, la omisión de esta información podría llevar a la toma de decisiones equivocadas con impredecibles consecuencias.

Además, aunque la lista estuviera completa se trataría de una información insuficiente. Me pregunto por qué otras enfermedades oportunistas asociadas al VIH/SIDA como los cánceres no cuentan con un espacio destacado al lado de las IO. ¿Dónde está mi sarcoma de Kaposi a parte de en mi pierna?, ¿no es relevante que éste haya causado adenopatías en mis ganglios linfáticos, empeorando el drenaje y por ello aumentando el riesgo y la virulencia de infecciones bacterianas en esta zona de mi cuerpo resultando, por ello, ineficaces

tener que mantener constantemente fresca la memoria por si acaso. Y mientras, lo dicho, ojo al parche, amigo, y a comprobar el informe, que es tuyo, tuyo y solamente tuyo +

CLÍNICA
BARCELONA
HOSPITAL UNIVERSITARI

Hospital de Día d'Infeccions

Villarroel, 170 - 08036 Barcelona Tel. 93 227 55 74

13 jun 2000 16:51

Paciente: FRANQUET DOYA, FRANCISCO JAVIER
N.S.S.:

Nº Historia:
Médico Responsable:

Tratamiento Antirretroviral:

INICIO	FINAL	MEDICAMENTOS	INICIO	FINAL	MEDICAMENTOS
1/01/91	1/06/93	AZT	1/06/93	15/01/97	DDI
15/01/97	22/02/00	D4T, 3TC, IND	22/02/00		3TC, D4T, RIT, IND

Infecciones Oportunistas:

DESCRIPCION	FECHA	DESCRIPCION	FECHA
ZOSTER MULTINETAMERICO	1/02/90	CYTOMEGALOVIRUS	2/05/95
CRYPTOSPORIDIUM	4/05/95	MYCOBACTERIUM AVIUM INTRACELLU	15/06/96

Linfocitos:

FECHA	LINFO	%T4	T4	%T8	T8	FECHA	LINFO	%T4	T4	%T8	T8
24/05/00	1090	26,20	283	35,30	381	1/02/90	0	0,00	120	0,00	0
9/06/91	0	0,00	227	0,00	0	22/10/91	0	0,00	236	0,00	0
27/09/93	0	0,00	75	0,00	0	13/04/94	0	0,00	62	0,00	0
1/07/94	0	0,00	25	0,00	0	31/05/95	0	0,00	21	0,00	0
17/04/97	0	0,00	45	0,00	0	23/05/97	0	0,00	33	0,00	0
30/10/97	450	19,80	90	40,00	180	12/03/98	300	25,10	75	32,00	96
30/06/98	380	25,50	98	36,10	136	26/10/98	350	31,40	108	34,00	119
25/02/99	510	28,00	142	36,30	183	1/07/99	530	30,90	164	34,50	180
19/10/99	390	32,50	124	30,90	120	3/02/00	680	27,90	190	33,20	224

Carga Viral:

FECHA	VALORCV	LOG	DIF	FECHA	VALORCV	LOG	DIF
29/05/97	35727	4,55	0,00	22/08/97	8838	3,94	-0,61
30/10/97	3473	3,54	-0,39	12/03/98	1858	3,26	-0,28
30/06/98	3351	3,52	0,26	26/10/98	1095	3,03	-0,49
25/02/99	199	2,29	-0,73	1/07/99	2001	3,30	1,00
19/10/99	199	2,29	-1,00	3/02/00	1410	3,14	0,84

El malestar silencioso

La depresión en personas que viven con VIH

La vida está llena de ratos buenos y malos, de felicidad y de dolor. Ahora bien, cuando un@ se siente decaído durante más de un par de semanas o no funciona bien en la vida diaria, podrá estar sufriendo una enfermedad común, pero seria, llamada depresión clínica.

Además de cambios en el estado de ánimo, los síntomas depresivos pueden incluir dolores o malestares que persisten a pesar del tratamiento médico, o bien en forma de nerviosismo, cansancio, cambios en el sueño o en el apetito, inquietud o irritabilidad y dificultad en la concentración y la memoria.

¿En qué se diferencian la depresión clínica y la tristeza? Es normal sentir tristeza en ciertas situaciones de la vida como enfermedades médicas severas, soledad, muerte de amigos o familiares, separaciones de pareja o pérdida de trabajo, pero si la tristeza o el estado de ánimo depresivo continúan durante más de dos semanas, es posible que se esté experimentando una depresión clínica y que haya que buscar ayuda profesional.

La depresión clínica es una enfermedad médica tratable, igual que la diabetes o la tensión alta. Muchas personas creen erróneamente que la depresión es "normal" en personas mayores, adolescentes,

madres primerizas, mujeres menopáusicas o en personas con enfermedades crónicas, pero lo cierto es que la depresión clínica nunca es "normal", no importa la edad o situación de la vida. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debería ser diagnosticada y tratada.

La depresión clínica puede afectar a personas de cualquier edad o nivel económico. La depresión causa pérdida del placer en la vida diaria, tensión en el trabajo y las relaciones, complica condiciones médicas, o incluso puede llevar al suicidio.

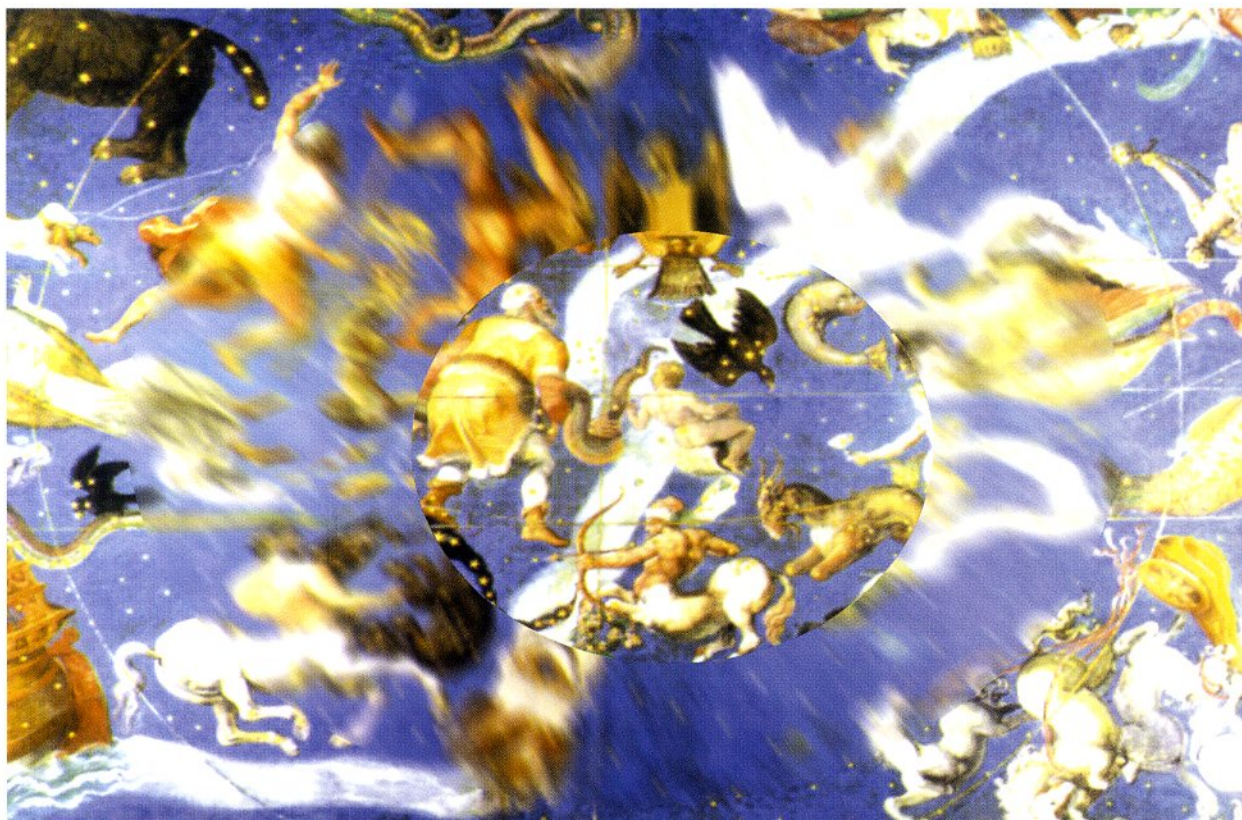
La depresión es una complicación común en personas con VIH-SIDA durante todo el curso de la enfermedad y puede estar acompañada de ansiedad. En personas con VIH, la depresión puede aparecer en momentos señalados (diagnóstico de la infección por VIH, caída del sistema inmune, aparición de enfermedades oportunistas, etc.).

Tratar la depresión resulta crucial, y la mejoría efectiva y mantenida de los síntomas de la depresión no solamente beneficia la calidad de vida, sino que también puede contribuir a una mejor adhesión a los medicamentos anti-VIH, disminuir la progresión de la enfermedad y reducir el

número de visitas al médico. La depresión es la causa más común de consulta psiquiátrica en personas infectadas por el VIH, una dolencia que puede no ser bien diagnosticada y que, de serlo, a menudo no está bien tratada. Los profesionales sanitarios deben considerar siempre las posibles causas médicas de la depresión (efectos secundarios de medicamentos, infecciones, problemas endocrinos, etc.), antes de dar el diagnóstico final de depresión.

¿Quiénes tienen un riesgo mayor de sufrir depresión? En los Estados Unidos, donde se ha estudiado la prevalencia de la depresión entre personas infectadas por el VIH evaluadas psiquiátricamente, aparece entre un 8 y un 67% de esta población. Las tasas más elevadas se encuentran entre usuarios de drogas inyectables y mujeres que tienen relaciones sexuales no protegidas. Además, la depresión resulta más frecuente entre personas con enfermedad más avanzada y otros factores de riesgo incluyen una historia previa de depresión, el uso de alcohol o drogas, el desempleo, la falta de apoyo social y la muerte de varias personas conocidas.

Una historia familiar de depresión clínica aumenta el riesgo de desarrollar esta



enfermedad, si bien también puede ocurrir en personas que no tienen parientes con depresión. En la población general, las mujeres padecen el doble de los casos de depresión clínica que los hombres. Aunque las razones no son del todo claras, existen diferencias biológicas en las mujeres, como los cambios hormonales y la composición genética, que pueden contribuir a la depresión. Además, existen factores sociales como el aumento de las presiones laborales, las responsabilidades familiares, las expectativas de la mujer, el incremento en el porcentaje de abuso sexual o la pobreza, que aumentan la depresión clínica entre las mujeres.

Síntomas de la depresión clínica

No todas las personas experimentan la depresión clínica de la misma manera; quizá te interese revisar la siguiente lista de síntomas (del DSM-IV, Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) y señalar los que hayas podido experimentar. Si tienes cinco o más de estos síntomas durante más de dos semanas (especialmente si los síntomas son tan severos que interfieren en tu vida diaria), podrías considerar hablarlo con tu médico.

- Estado de ánimo de tristeza, ansiedad o sensación de "vacío", persistentes.
- Cambios en los hábitos de sueño (dormir muy poco o dormir demasiado).
- Cambios en los hábitos alimenticios (pérdida o ganancia del apetito o del peso).
- Inquietud o irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico (como dolor de cabeza, dolor crónico, estreñimiento, otros desórdenes digestivos...).
- Dificultad para concentrarse, para memorizar o para tomar decisiones.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de culpa, desesperanza o inutilidad.
- Pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

Entre personas con VIH, quejas tan comunes como el insomnio y la fatiga, podrían estar asociadas a depresión, por lo que es conveniente no ignorarlas ni achacarlas automáticamente a la infección.

¿Se puede tratar la depresión?

Más del 80 por ciento de las personas con depresión puede recibir tratamiento,

con muy buenos resultados, mediante medicamentos, psicoterapia o la combinación de ambos. El diagnóstico de una depresión clínica corresponde a los profesionales, y mientras más pronto se inicie su tratamiento más eficaz será.

Algunas personas se sienten avergonzadas de buscar ayuda y se niegan a hablar sobre asuntos tan personales con una persona extraña, mientras que otras creen que la depresión desaparecerá por sí misma o, aun peor, que la gente pensará que están perdiendo el juicio. Son puntos de vista erróneos, como lo es darse al alcohol o a las drogas para conseguir alivio, puesto que semejantes hábitos sólo pueden agravar la depresión.

La forma más común de tratar la depresión clínica consiste en prescribir medicación antidepresiva, psicoterapia o una combinación de ambas. Los antidepresivos no son adicti-



vos, no cambian la personalidad y ayudan a tener un mejor estado de ánimo y a normalizar el sueño y el apetito. Además, contribuyen a restaurar el equilibrio químico entre las partes del cerebro que gobiernan las emociones.

En la mayoría de los casos, la depresión puede tratarse de modo ambulatorio y hay que tener en cuenta que pueden pasar entre una y ocho semanas antes de que se note alguna mejoría. Los efectos secundarios (sueño, estreñimiento o boca seca) son pasajeros y, por lo general, desaparecen después de dos semanas. Es importante cumplir con las tomas de los medicamentos antidepresivos y hablar regularmente los progresos realizados con el o la médico. Si estás bajo tratamiento por cualquier otro problema médico, es importante que todas las personas que están al cuidado de tu salud sepan los medicamentos que tomas, que se eligen y dosifican específicamente

para ti, teniendo en cuenta tus síntomas, edad y peso. Por su parte, la psicoterapia puede incluir tratamiento individual, familiar o de grupo. Los psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales o consejeros pueden ayudarte a manejar mejor tus problemas.

El tratamiento de la depresión es crítico por diversas razones: la depresión se asocia con una mayor progresión de la enfermedad, con mayor frecuencia de comportamientos de riesgo y de dificultad en la adhesión a los medicamentos. Numerosos estudios clínicos han documentado la eficacia y tolerabilidad de los antidepresivos en pacientes infectados con VIH (incluyendo aquellos con enfermedad avanzada), además de mostrar que los medicamentos serotoninérgicos [VER GLOSARIO] son mejor tolerados que los tricíclicos. Por otra parte, existen tratamientos menos convencionales que pueden ser útiles, como por ejemplo la testosterona en pacientes con muy baja energía y depresión o los psicoestimulantes en personas muy deprimidas con importantes dificultades cognitivas. El tratamiento debe durar entre 6 y 12 meses después de la resolución de los síntomas de depresión para una primera depresión, aunque habrá de prolongarse más si ha habido depresiones previas. Es importante evaluar las posibles interacciones entre fármacos, especialmente en aquellas personas que toman inhibidores de la proteasa (particularmente ritonavir).

¿Qué otras cosas pueden ayudarte además del tratamiento?

Hablar con seres queridos puede ofrecerte el apoyo que necesitas en este período difícil de tu vida, pero hay que tener muy presente que este apoyo no sustituye la atención de un/a profesional de la salud. Por otra parte, las hierbas u otras medicinas no tradicionales pueden ayudar a combatir la depresión, pero tampoco sustituyen la evaluación profesional. Es importante que informes puntualmente a tu médico de todos los tratamientos que estás tomando, así como que los miembros de la familia o amigos de confianza puedan tomar parte activa en el proceso a fin de impedir una recaída.

Recuerda reconocer los síntomas de la enfermedad y seguir un tratamiento, tienes muchas probabilidades de superar la depresión clínica ¡y de disfrutar de nuevo de la vida! +

MILTON L. WAINBERG,

médico
psiquiatra
y
activista

45



INVIERNO
2000-2001

Indinavir y capsulitis adhesiva del hombro

La capsulitis adhesiva del hombro, una dolorosa inflamación de los tejidos, podría ser un efecto adverso de la terapia con inhibidores de la proteasa del VIH, según un artículo publicado en el *Journal of Rheumatology* de noviembre, recogido a su vez por la agencia especializada *Reuters Health*.

El artículo se refiere a un estudio llevado a cabo por un equipo del Hospital Louis Mourier de París (Francia), encabezado por la Dra. Grasland, sobre ocho personas con VIH que desarrollaron capsulitis adhesiva en el hombro entre julio de 1996 y diciembre de 1999. Sus conclusiones apuntan la idea de que el inhibidor de la proteasa indinavir podría añadirse a la lista de factores que provocan capsulitis adhesiva en el hombro.

Todos los pacientes fueron tratados para dicha capsulitis, que quedó resuelta por completo después de un periodo medio de 7,4 meses. No se dieron recidivas después de un

tiempo medio de 11,7 meses desde el tratamiento para la capsulitis, a pesar de que tod@s los pacientes siguieron con IDV.

Según este equipo dichos casos son similares a otros 10 observados previamente y «no se ha informado de ningún otro caso de capsulitis adhesiva en pacientes con la infección por VIH antes de la extensión del uso de los inhibidores, ni tampoco sabemos de ningún otro con el resto de antiproteasas». No obstante, est@s investigadores señalan que se necesitan otros informes de pacientes para confirmar la asociación entre indinavir y este efecto adverso +

FUENTE:

Reuters Health.

REFERENCIA:

J Rheumatol 2000; 27: 2642-2646

Nuevo aviso sobre complicaciones hepáticas con nevirapina

Boehringer Ingelheim ha lanzado un comunicado con advertencias adicionales acerca del riesgo de toxicidad hepática grave, con riesgo para la vida y, en algunos casos, fatal, que se ha comprobado en pacientes tratad@s con Viramune (nevirapina). En el informe se recomienda a los pacientes con señales o síntomas de hepatitis que soliciten inmediatamente evaluación médica, que obtengan exámenes hepáticos y que sean aconsejad@s lo antes posible que interrumpan el tratamiento con nevirapina. Asimismo, se asocian los aumentos de niveles de AST o de ALT [VER GLOSARIO] y/o un historial de infección por hepatitis crónica (B o C) a un mayor riesgo de efectos hepáticos adversos.

En este aviso, dirigido a los profesionales de la salud, se recuerda la importancia de realizar un seguimiento intensivo clínico y de laboratorio, incluyendo exámenes de la función del hígado, durante las 12 primeras semanas de tratamiento, aunque también se advierte que un tercio de los casos ocurrieron después de este periodo crítico, por lo que se aconseja continuar con los seguimientos incluso después del mismo. Algún@s expert@s recomiendan que se lleven a

cabo con una frecuencia superior de una vez al mes y, en particular, se realicen pruebas del funcionamiento básico del hígado antes de intensificar la dosis y a las dos semanas después de intensificar la dosis (el periodo de inducción es de 14 días, en los que sólo deben tomarse 200 mg).

Además, el diagnóstico de toxicidad hepática debería tenerse en cuenta en los pacientes que presentan síntomas no específicos de hepatitis, incluso si las pruebas de función hepática son normales o son posibles diagnósticos alternativos. Si se da toxicidad hepática clínica, debería interrumpirse Viramune permanentemente y no volver a tomarlo después de la recuperación.

También se informa de toxicidad hepática grave, incluyendo fracaso hepático que en un caso ha requerido trasplante, en personas no infectadas por VIH y que han recibido múltiples dosis de nevirapina en el contexto de profilaxis post-exposición, un uso no aprobado para nevirapina +

FUENTE:

Boehringer-Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

Descenso de la densidad mineral ósea con interferón en combinación con ribavirina

El número 33 del *Journal of Hepatology* publica un artículo en el que se indica que el actual tratamiento estándar para la hepatitis C, interferón alfa (IFN- α) y ribavirina (RBV) podría causar descensos de la densidad mineral ósea, al menos en varones.

El estudio, que fue llevado a cabo por un equipo del Hospital 12 de Octubre de Madrid (España) encabezado por el Dr. Solís-Herruzo, analizó la densidad mineral ósea y los marcadores óseos bioquímicos en 32 pacientes varones (edad 31-58) tratados durante 12 meses. Al grupo 1 (n=13) se le administró IFN solo, mientras que al grupo 2 (n=19), IFN más RBV.

Los resultados señalan que la densidad mineral ósea era significativamente menor en el grupo 2 ($0,877 \pm 0,07$ g/cm²) que en el grupo 1 ($1,108 \pm 0,08$ g/cm², $p < 0,001$). De la misma manera, los valores de los marcadores T y Z también descendieron en el grupo 2 (T: $-1,95 \pm 0,6$. Z: $-1,76 \pm 0,51$) en comparación con el grupo 1 (T: $0,19 \pm 0,6$; $p < 0,001$. Z: $0,26 \pm 0,6$; $p < 0,001$. Z: $0,26 \pm 0,6$; $p < 0,001$). Los marcadores bioquímicos óseos en suero y orina eran normales en ambos grupos. Sin embargo, la excreción de calcio urinario descendió en pacientes con la terapia combinada. En sus conclusiones, los autores sugieren que el tratamiento de la hepatitis C con IFN más RBV puede inducir pérdida ósea.

Defienden que este efecto adverso debería investigarse durante el seguimiento de estos pacientes, y en su caso la aplicación de terapias dirigidas a su prevención o mejora.

Sin embargo, este estudio, como los de osteopenia y osteoporosis ligada a TARGA con IP, se limita a varones con VIH, por lo que urge la realización de estudios con mujeres a partir de cierta edad, tradicionalmente mucho más propensas a padecer estos problemas. Es necesario que a cualquier mujer con VIH, en torno a o posterior a la menopausia, en TARGA

y pasando o que haya pasado tratamiento para VHC, se le ofrezcan exámenes óseos. Mujeres con estos rasgos existen y su número se va a incrementar paulatinamente +

REFERENCIA:

Drs. SOLÍS-HERRUZO, J. A.; CASTELLANO, G.; FERNÁNDEZ, I., y colaboradores, "Decreased bone mineral density after therapy with alpha interferon in combination with ribavirin for chronic hepatitis C", *Journal of Hepatology*, 33: 812-817

Enfermedad de Peyronie asociada a TARGA

Desde finales del año pasado han aparecido informaciones anecdóticas sobre casos de hombres que han experimentado un extraño fenómeno en su pene, concretamente provenientes de algunos chats de internet norteamericanos específicos para personas VIH+ en tratamiento. Todos ellos afirman que desde que están en terapia TARGA -y siempre con Crixivan (indinavir)- han notado una especie de encogimiento de su pene. De hecho, parece que su pene no se está reduciendo, sino deformando por la aparición de nódulos fibróticos en sus tejidos; y como consecuencia, durante la erección el pene se dobla, lo que puede confundirse con un encogimiento. Además, produce dolor durante las relaciones sexuales.

Aparentemente, esta anomalía es una patología ya descrita con el nombre de enfermedad de Peyronie, que afecta a hombres mayores y/o a hombres que han tenido

relaciones sexuales traumáticas; y cuya etiología sigue siendo un misterio. En la actualidad no existe un tratamiento realmente efectivo para esta enfermedad que, aunque no pone en peligro la vida de la persona, puede llegar a ser muy molesta, en especial cuando se añade a las dificultades sexuales que afectan a muchas de las personas VIH+ que toman tratamiento. Como en el caso de otras complicaciones asociadas a los tratamientos probablemente tendremos que esperar a que aparezcan muchos más casos para que se tomen cartas en el asunto. En todo caso, esto nos recuerda, una vez más, la necesidad de que tanto médicos como pacientes aborden las complicaciones sexuales derivadas tanto de la infección por VIH como de sus tratamientos de una forma más abierta y en el entendimiento de que una vida sexual satisfactoria puede contribuir notablemente a una mayor calidad de vida de las personas VIH+ +

d4T y ddl en mujeres embarazadas: mensajes contradictorios

El mes de enero las dos principales agencias que aprueban fármacos, la FDA de EE UU y la EMEA de la Unión Europea, hicieron públicos sendos comunicados relativos al uso de ddl y d4T en mujeres embarazadas. Tales avisos venían precedidos por noticias de hasta 7 casos de acidosis láctica en estas mujeres, de los que 3 tuvieron un resultado en fallecimiento.

La acidosis láctica es un exceso del ácido láctico que ocurre cuando las células del cuerpo son incapaces de convertir los alimentos ingeridos en energía utilizable. Como consecuencia, el exceso de ácido se acumula en el organismo, algo que puede dañar severamente órganos vitales como el hígado o el páncreas. La acidosis láctica es un conocido efecto adverso de los análogos de nucleósido antirretrovirales.

La Agencia para la Alimentación y los Medicamentos de los EEUU (FDA, en sus siglas en inglés) junto con la compañía Bristol-Myers Squibb (BMS), fabricante de estos antirretrovirales, alertaron a los profesionales de la salud sobre que las mujeres embarazadas podrían tener un riesgo mayor de padecer acidosis láctica fatal al tomar combinaciones anti-VIH que incluyan d4T (estavudina, Zerit) y ddl (didanosina, Videx).

BMS de EE UU, en una carta dirigida a los profesionales sanitarios con fecha 5 de enero de 2001, recomienda que la combinación de ambos fármacos sólo debe prescribirse en mujeres embarazadas cuando el beneficio potencial sobrepasa claramente el riesgo potencial. Una situación en

la que el beneficio podría superar el riesgo es el uso de ddl más d4T en mujeres que hayan agotado otras opciones de tratamiento.

En contraste, la Agencia Europea (EMEA), a través de su comité científico, el CPMP, ha llegado a la conclusión de que estar embarazada y en tratamiento con d4T (Zerit) y ddl (Videx) no supone mayor riesgo de padecer acidosis láctica.

En cualquier caso, ambas coinciden en que a las mujeres a las que se les haya prescrito una combinación antirretroviral que incluya estos fármacos se les debe hacer un estrecho seguimiento por si apareciesen síntomas clínicos o de laboratorio de acidosis láctica o daño hepático. No obstante, hay que recordar que este síndrome también puede aparecer inopinadamente y en ausencia de valores de laboratorio anómalos en las semanas anteriores a su desarrollo. Por ello, es imprescindible que los profesionales sanitarios mantengan una actitud de alerta extrema al hacer el seguimiento de estas pacientes +

REFERENCIAS:

EMEA: Reports of lactic acidosis in pregnant women treated with Zerit and Videx. Public statement. The European Agency for the Evaluation of Medicinal products (EMEA). www.eudra.org/emea.html

FDA: FDA/Bristol-Myers Squibb issues caution for HIV combination therapy with Zerit and Videx in pregnant women. Food and Drug Administration (FDA). www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/ANS01063.html



47



GLOSARIO



Intravenoso/a (IV): Una sustancia que se inyecta directamente en una vena. En términos farmacocinéticos, la administración intravenosa de un fármaco implica que la totalidad del fármaco llega, obviamente, al torrente sanguíneo (lo cual no es el caso cuando un medicamento se administra de forma oral, o sea, por la boca).



Morbilidad y mortalidad: Respectivamente, la proporción de personas que enferman y que mueren en un lugar y tiempo determinados (y, en su caso, que enferman o que mueren de una dolencia determinada).

Niveles AST ALT (Aspartato aminotransferasa y alanino aminotransferasa): Dos importantes enzimas hepáticas implicadas en el metabolismo de las proteínas. La medición de los niveles en suero de estas enzimas es común entre personas con infección por VIH por que sus niveles elevados en suero resultan indicativos de la existencia de daños en el hígado, bien sean por

enfermedad hepática o como consecuencia tóxica de algunos fármacos anti-VIH.

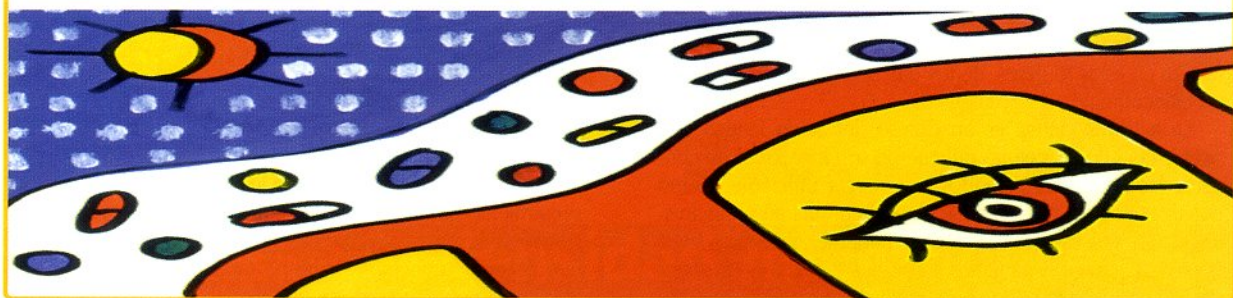
Serotoninérgicos: Los fármacos serotoninérgicos son una familia de medicamentos antidepresivos bastante conocidos (el Prozac, por ejemplo), que funcionan regulando los niveles corporales de serotonina, una sustancia vasoconstrictora natural que se encuentra en el cerebro y lo intestinos y cuya presencia parece contribuir a aliviar la depresión sin causar efectos sedativos. Además, estos fármacos pueden ser también útiles para aliviar el estreñimiento crónico. Algunos de sus efectos secundarios pueden ser la náusea y la disfunción sexual.

Sinergia: La interacción de dos o más tratamientos de forma que sus efectos combinados sean mayores que la suma de los efectos individuales registrados cuando se da cada tratamiento por separado +

48



Agradecemos sinceramente vuestra colaboración
en el programa de reciclaje de medicamentos **Puente Latino**
Para dar los medicamentos que ya no usas a **Puente Latino** sólo tienes que llamar al **933 171 685**
(totalmente confidencial). MRW se encargará de efectuar la recogida donde y cuando
nos digas, sin ningún cargo para ti.
Ser solidari@ sólo te cuesta una llamada.

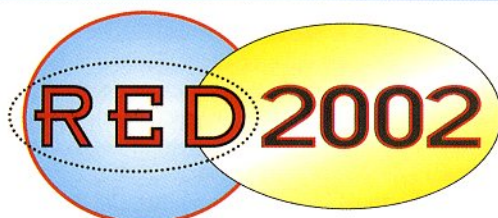


SIN TUS Contactos
NO Existirá CONTACTO

Escribe un texto de hasta 30 palabras
con tus preferencias y envíalo a:

ConTacto

gTt, c/ del Pi, 10, 1º 2ª
08002 Barcelona,
o bien al correo electrónico
gtt@wanadoo.es.



La Red2002 es una organización creada para
facilitar la participación de tod@s en la
XIV Conferencia Internacional del Sida,
Barcelona, 7-12 julio 2002
Puedes obtener más información
en nuestro sitio de internet
www.red2002.org

DIARIO DE TOMAS

Invierno 2000–2001

Cuando se toma un tratamiento antirretroviral es muy importante no olvidar ninguna dosis ni tomarla a destiempo, ya que puede conducirnos a un fracaso del tratamiento. Llevar un diario de tomas, como el que te sugerimos, puede ser útil para acostumbrarnos; sobre todo si empezamos un nuevo tratamiento.

Procura siempre tener información por escrito sobre tu tratamiento, sobre cómo y cuándo tomarlo.

Para usar el diario de tomas escribe el nombre de cada medicamento de tu combinación en la casilla correspondiente (usa una hoja aparte si tomas más de cuatro fármacos). Marca la casilla una vez hayas tomado la dosis. Esta hoja te permite registrar hasta tres dosis diarias. Si tu combinación tiene una dosificación menor, tal vez sea una buena idea tachar la columna que no vas a usar para evitar confusiones.

Fecha de hoy	Nombre del medicamento			Nombre del medicamento			Nombre del medicamento			Nombre del medicamento		
	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3
Lunes												
Martes												
Miércoles												
Jueves												
Viernes												
Sábado												
Domingo												
Lunes												
Martes												
Miércoles												
Jueves												
Viernes												
Sábado												
Domingo												
Lunes												
Martes												
Miércoles												
Jueves												
Viernes												
Sábado												
Domingo												

NOTAS:



grupo de trabajo
sobre tratamientos del VIH

POR FAVOR, FOTOCÓPIALO Y HAZLO CIRCULAR

c/ del Pi, 10 1º 2ª 08002 Barcelona España Tl: +34 933 020 411 Fax: +34 933 173 832
e-mail: gtt@wanadoo.es Website: <http://www.foro-vih.org/gtt>

Adaptación de
 www.aidsmap.com