

# LO + POSITIVO

MAYO/JUNIO 97 N° 1

PUBLICACIÓN SOBRE LA INFECCIÓN DEL VIH

**ADOLFO  
COLMENARES**  
vivir a despecho



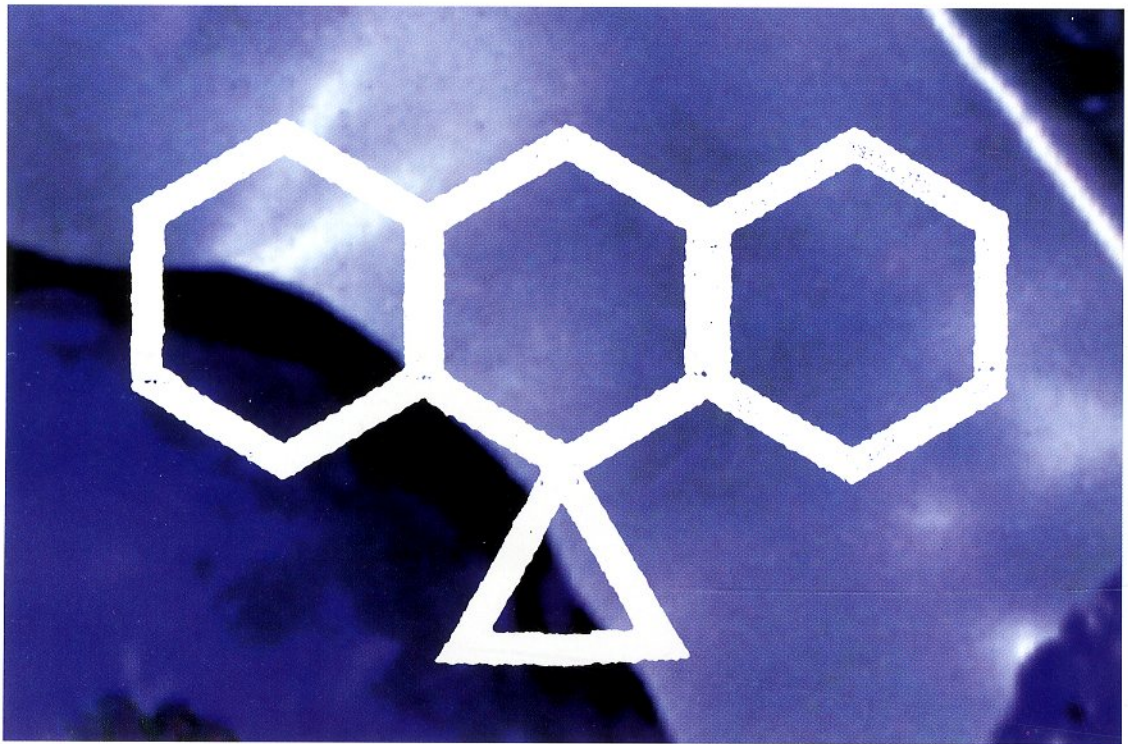
**PASTILLAS  
CON GUARNICIÓN**  
nutrición y VIH

**DROGAS  
RECREATIVAS  
+INHIBIDORES**  
aviso para navegantes

**DAR  
LA CARA**



**Primer inhibidor de la  
Transcriptasa Inversa no análogo  
de los Nucleosidos (nrti)**



***La investigación de  
hoy para la salud  
de mañana***

Boehringer Ingelheim, S.A.

**Grupo Boehringer Ingelheim**

Boehringer  
Ingelheim



**EuroPharma**

Pablo Alcover, 33 • 08017 Barcelona • Tel. 404 51 00

Bristol-Myers Squibb

"Nuestro nombre  
dice mucho  
de nosotros"

Líderes  
en la  
investigación  
del  
VIH



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

# Editorial

¡Tanto tiempo preparándonos para una muerte anunciada, y ahora vuelta a hacer planes que casi dan pereza!. El último año y medio ha supuesto un vuelco en la vida de la mayoría de las personas afectadas por el VIH. Una nueva generación de fármacos, los inhibidores de la proteasa, ha supuesto para muchos y muchas un rehacer biografías maltrechas, un remontar desde el límite de las fuerzas, una vuelta a situaciones de bienestar casi olvidadas. Aún está por ver si esta situación se mantiene a medio y largo plazo. Mientras tanto, hay que seguir vigilantes y expectantes. De eso, y de algunas cosas más, quiere tratar esta publicación, en un difícil equilibrio entre afianzar posibilidades de futuro y no dejarse atrapar por falsos encantamientos. "Lo + Positivo" quiere ser vehículo de expresión de las inquietudes, temores, alegrías, risas y llantos de personas con la infección por VIH. Pero ¡ojo! No nos confundáis, nosotros no representamos a nadie: nos limitamos a reproducir, traducir, adaptar y editar datos, informaciones y opiniones relacionadas con el VIH, aunque intentamos hacerlo, eso sí, de una forma fresca, digerible y contrastada. Queremos, en definitiva, ser un instrumento que contribuya a la capacitación de las personas con VIH, para poder tomar decisiones autónomas sobre su salud y su vida de cada día. Además, nuestra casa tiene puerta giratoria, para que haya un flujo en dos direcciones, y tú puedas entrar con tus ideas, escritos o imágenes. Quizá esto sea poco decir, pero es que hay mucho que hacer. ¡Hasta pronto!

el equipo de **Lo+Positivo**

El equipo de "Lo + Positivo" somos:

Rob Camp  
Jaume Fabrés  
Ismael Sala Salas  
Maite Suárez  
Joan Tallada

En este número han colaborado:

Georgina Fabrés (secretaria)  
Montserrat Moliner  
Juan Carlos Nuviala  
Jordi Palasí & Marina Albaladejo  
(soporte informático)  
Carles Oriols

Gracias a *Positive Nation*, de Londres.

"Lo + Positivo" es una publicación de GTT (Grupo de Tratamientos sobre el VIH), una asociación sin ánimo de lucro que cuenta entre sus objetivos el recopilar, traducir, adaptar y hacer accesible por cualquier medio, ya sea impreso, audiovisual o electrónico, toda información que afecte a las personas con infección por el VIH. GTT también se pronuncia públicamente sobre la situación de las personas con VIH y/o SIDA, las políticas públicas que las afectan y todos los aspectos sociales, económicos y culturales relacionados con el VIH y el SIDA.

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

GTT / Cta. Cte.: Caixa de Catalunya n° 2013 0500 18  
0213044637

Redacción:

c/o Smartext  
Carrer del Pi, 10, 1º, 2º. 08002  
Barcelona.  
Tef: (93) 3172223  
Fax: (93) 3173832  
e-mail: smartext@bcn.servicom.es

Imprime:

Foli Verd

"Lo + Positivo" es posible gracias al patrocinio de:

Abbott Laboratorios  
Bristol Meyers Squibb  
Glaxo Wellcome  
Merek  
Productos Roche

y la colaboración de:

Boehringer Ingelheim  
Chiron Diagnósticos  
Laboratorios Pensa  
Galletas La Polar

"Lo+Positivo" no se hace responsable del contenido de los artículos firmados.

# Sumario

## Secciones

6 La verdad está aquí dentro

9 Internet: Lo+Personal

22 ¡A comer!

26 Anotaciones al margen

29 Una mujer seropositiva

31 Un asunto de drogas

35 Castigar o sanar

37 Lo + negativo

38 Glosario

## Artículos

10 Dar la cara

5 personas seropositivas desgranar algunos de los aspectos más importantes de su relación con el VIH, sus tratamientos y su sentido de la vida.



16 Drogas recreativas

Se han dado ya 3 casos de muerte por supuesta interrelación entre inhibidores y sustancias no autorizadas. El que avisa no es traidor.

18 Adolfo Colmenares:  
vivir a despecho

Una aproximación a este héroe cotidiano; un artista de pies a cabeza que mientras pueda mover un músculo pondrá en marcha el motor de su vida: actuar.



## Piel seca y labios cortados

En caso de tener la piel seca y también como loción para después de la ducha o el baño se puede emplear (en vez de aceite para niños, aunque también funciona) un aceite adquirido en una tienda de productos naturales.

Para elegir un buen producto hay que fijarse en que entre los ingredientes se encuentre alguno de los siguientes: almendras, flor de azafrán, semillas de girasol, pepitas de uva, aguacate, albaricoque, lecitina, vitamina E y/o lavanda.

Lo mejor es aplicarlo durante el baño o después de la ducha con la piel aún húmeda, pero hay que tener cuidado con los resbalones. También se puede intentar un baño con harina de avena: se puede comprar preparada o se lo puede hacer uno/a mismo/a poniendo media taza de harina de avena en un calcetín o paño, atarlo, meterlo en la bañera y frotarlo por el cuerpo.  
¡Buena suerte!

Diane Kirk <dianby@mail.vermontel.com> 04/01/97

## Pobre adhesión a los

### inhibidores de la proteasa

Una carta en el último número del año 1996 de JAMA (Publicación de la Asociación Americana Médica), sugiere que una adhesión inconstante coincide con variaciones en los niveles de la carga viral. Según un estudio del equipo del doctor Terrence F. Blaschke, la disminución de la adhesión del paciente al programa de dosis corría paralela a un incremento en los niveles de ARN (carga viral) del VIH. Aún así, "la posible asociación entre incrementos momentáneos en los niveles de ARN en el plasma y el subsiguiente desarrollo de mutaciones es intrigante pero no definitivo", de acuerdo con la misma fuente.

El doctor Blaschke cree que "dado que en la vida real es muy improbable conseguir una adhesión perfecta sean cuales sean las condiciones de cumplimiento, la relación entre la actitud frente a la toma de fármacos [y la evolución de los indicadores clínicos] debe examinarse con sumo cuidado en los ensayos clínicos y en los centros terapéuticos, contrastando el seguimiento de la adhesión con estudios virológicos frecuentes.

JAMA, 1996; n° 276: pp. 1955-1956.

# la verdad está

## Resistencias y reticencias a los nuevos fármacos.

No todas las personas se benefician de los nuevos fármacos contra el VIH.

Los médicos afirman que las posibilidades de evitar virus resistentes es más alta cuando los usuarios de fármacos toman tres que nunca hayan tomado anteriormente. No obstante, muchas personas con infección desde hace tiempo ya han pasado virtualmente por todo lo que el almacén contenía, a excepción de los inhibidores de la proteasa, pero añadirlos sin más a la combinación que se está siguiendo casi garantiza la aparición de resistencias del VIH.

Un segundo problema es la complicada mezcla de los fármacos implicados. Algunas personas deben ingerir dos docenas de pastillas cada día, cada una en el momento correcto. Saltarse siquiera unas pequeñas dosis incrementa el riesgo de aparición de resistencias. Y una vez que el virus burla los inhibidores de la proteasa no hay una segunda oportunidad.

Por eso muchos médicos se resisten a prescribir inhibidores de la proteasa cuando creen que no van a funcionar, como en el caso de las personas que ya han usado todos los fármacos disponibles o usuarios de drogas que no pueden cumplir con el programa de medicación.

Daniel Q. Haney, editor médico de The Associated Press.

## La FDA estadounidense aprueba una nueva terapia contra la anemia

La FDA (la agencia estadounidense que se encarga, entre otras cosas, de la aprobación de nuevos fármacos, y que es la de referencia para el resto de las agencias mundiales, incluidas las europeas) ha aprobado un fármaco que estimula la producción de células rojas en pacientes anémicos antes de plantear una intervención quirúrgica (para actuar sobre la médula ósea) y que disminuye la posibilidad de que se requiera una transfusión. Ortho Biotech comercializa "Procit", un medicamento que ya había sido aprobado para el tratamiento de la anemia derivada de la quimioterapia y que ha sido utilizado también para la anemia resultante del uso de AZT por parte de personas con VIH.

Joyce Price. Washington Times (02/01/97)

### La combinación AZT (y) d4T cuestionada

Existe una nueva preocupación sobre la efectividad de la combinación de AZT y d4T después de que las primeras investigaciones mostraran una caída de los recuentos de CD4 entre las personas que la tomaban. Sin embargo, otras investigaciones indican que cuando d4T se toma en combinación doble con 3TC parece ser mucho más efectivo.

El estudio sobre AZT/d4T llevado a cabo en Estados Unidos mostró que después de un mes, la media de recuentos CD4 en las personas había bajado en 20, y que después de nueve meses los recuentos de CD4 había bajado una media de 82. Todas las personas que participaron en este estudio habían tomado AZT con anterioridad.

Otro grupo de personas del mismo ensayo, que tomaron sólo d4T, no experimentaron caídas en sus recuentos de CD4. Los investigadores piensan que estos datos sugieren que **las personas que han tomado AZT con anterioridad, es mejor que tomen sólo d4T que tomarlo en combinación con AZT.**

No obstante, los investigadores también señalan que estos resultados de la investigación parecen añadir peso a la opinión de un creciente cuerpo de expertos que sugiere que es

un planteamiento erróneo limitarse a añadir un solo fármaco a una combinación ya existente que no está funcionando muy bien. Más bien han de ser por lo menos dos fármacos los que se deben cambiar, para ayudar a maximizar los cambios de la nueva combinación en acción.

Al mismo tiempo, otros estudios han mostrado que **una combinación de d4T y 3TC tiene efecto para reducir la reproducción del VIH.** Un estudio francés sugiere que entre las personas que no habían tomado fármacos antirretrovirales con anterioridad, y después de seis meses de tratamiento con d4T y 3TC, la carga viral ha caído una media de 1,66 logs, y los CD4 se han incrementado en una media de 108. Entre las personas que habían tomado con anterioridad AZT, ddI o ddC, el efecto era menos fuerte: la caída de la carga viral era de 0,66, y el incremento de CD4 de 46.

Un conjunto de otros estudios diferentes presentados en la Conferencia sobre Retrovirus de enero pasado, celebrada en Washington, también apuntó a que d4T y 3TC es una combinación eficaz, en sí misma y comparada con otras combinaciones dobles sin inhibidores de la proteasa.

# aquí dentro

### Dos regímenes farmacológicos se muestran parecidos contra la **cándida esofagal** a corto plazo

Investigadores italianos han informado de que fluconazol sólo o itraconazol junto con flucytosina son igual de eficaces a corto plazo para el tratamiento de las candidas esofogales en personas con VIH/SIDA.

El Dr. Giuseppe Barbaro encabeza un grupo de científicos que han comparado estos dos regímenes en 85 personas VIH+. Todas estas personas dieron positivo en la endoscopia para detectar un primer episodio de candidas esofogales. El grupo distribuyó aleatoriamente a las personas en uno de los tres grupos siguientes: fluconazol más placebo, itraconazol más flucytosina, o placebo más placebo.

Al final del seguimiento, se pudo observar cura endoscópica en alrededor de un 90% de los casos en ambos tratamientos: 89,8% para el grupo de fluconazol más placebo, y 94,8% para el grupo de itraconazol más flucytosina; en cuanto a la cura clínica, los datos correspondientes son del 94,8% para el primer grupo y de 97,3% para el segundo. En ambos grupos, los efectos secundarios fueron pequeños, y el tratamiento conjunto con zidovudina (AZT) no afectó al curso del tratamiento ni provocó ninguna recaída.

El Dr. Barbaro concluye a partir de estos datos que "la evolución de la inmunodeficiencia de las personas han supuesto el principal factor responsable para el fallo del tratamiento". Los hallazgos indican, según el investigador, que existe una asociación terapéutica sinérgica entre itraconazol y flucytosina. Su sugerencia es que dicha combinación puede ser útil para el tratamiento a largo plazo de las candidas esofogales.

Chest, 1996; n° 110: pp. 1507-1514.

### Enfrentarse a una "epidemia oculta"

Un reciente informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos sobre el alto índice de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en aquel país ha llevado a reclamar una vez más a los agentes sociales y a los medios de comunicación nuevas campañas "para la educación pública y concienciación en contra de estas enfermedades". El estudio muestra que por cada dólar que el gobierno norteamericano gasta en prevención, gasta 43 en tratamientos. Por ello, los autores demandan nuevos esfuerzos dirigidos especialmente a adolescentes y mujeres que incluyan encuentros abiertos con médicos. Algunos medios, como el New York Times, destacan además **la creciente necesidad de discusiones abiertas sobre actividad sexual y sus posibles repercusiones.**

New York Times, (28/12/96).

## Ecos de la Conferencia de Washington sobre Retrovirus

Aquí tienes algunos datos sobre los más importantes estudios sobre nuevas terapias o combinaciones que se están llevando a cabo y que se presentaron en la Conferencia sobre Retrovirus celebrada en Washington el pasado mes de enero.

### CMV (Citomegalovirus)

Se celebró un debate sobre terapia diferida (es decir, la decisión de posponer el inicio de un tratamiento farmacológico hasta que la evolución de los marcadores clínicos así lo aconseje) considerada como parte del tratamiento, con asistencia de unos treinta profesionales médicos. Fue un debate unilateral donde los médicos manejaron todos los datos y tomaron todas las decisiones. Sólo un médico se manifestó en contra de aplazamiento o placebo, el resto no tuvo ningún reparo en hablar "en nombre de sus pacientes" y mostrarse de acuerdo con la terapia diferida.

El defensor ético planteó cómo podemos hacer la terapia diferida más ética: cambiar las reglas. Cambiar de ética, de paradigmas. No hubo ningún problema para acordar el cambio de los límites, mientras que estos límites sean los de los pacientes, que a su vez no tienen mucha capacidad para incidir sobre ellos. En cualquier caso, aquí está su respuesta: primero, hacer la terapia del VIH lo más amplia posible; segundo, tratamiento del paciente; y tercero, educación del paciente (¿lavado de cerebro del paciente? Tal y como afirmaba Mark Harrington en su reciente artículo sobre la carga viral: ¡mal conejillo de indias!).

Otra pregunta que apareció en el debate fue: ¿Qué pasa cuando la terapia diferida es mejor que la inmediata? (¿No pasa que cuando se manifiesta o reaparece la enfermedad aún no eres resistente debido a que no has tomado fármacos?)

### Novedades sobre el estudio CAESAR

Se añadió 3TC al tratamiento actual. No se conoce si las personas ya eran resistentes a su tratamiento actual. Sólo el 52% de las personas siguieron el ensayo hasta su conclusión sin llegar a un punto final. Obviamente, los que salieron mejor parados fueron los que tenían menos experiencia previa. Cooper, el director del ensayo, afirma que ya no quiere ningún otro estudio clínico a largo plazo con puntos finales.

### El estudio AVANTI

Las mismas condiciones que el CAESAR pero con individuos "naïve". AZT/3TC comparado con AZT/3TC/loviride. Loviride supuso una diferencia: -1,3 logs frente a -1,6 logs de carga viral. +55 CD4 frente a 99 CD4. Después de la semana 52 del estudio, sólo el 10 frente al 20% dieron cargas virales indetectables. Más pacientes abandonaron el grupo de combinación doble que el que incluía loviride. No se ofrecieron razones del porqué. Después de la semana #8, la carga viral empezó a crecer de nuevo, en ambos grupos.

# la verdad está aquí dentro

### Nelfinavir frente a nelfinavir/d4T frente a Nelfinavir/AZT/3TC

Hubo muy poca diferencia entre la dosis de 500 mg. y la de 750. La carga viral disminuyó en torno a un 2,5 logs en el grupo de combinación triple, en la semana 24. La cantidad de pacientes que parecían mantenerse por debajo de los niveles de detección eran más en la dosis más alta (80 frente a 65). Si se empieza con más de 100.000 copias, la dosis más alta funciona mejor. Más recientemente, se ha visto que la dosis más alta provoca un efecto secundario serio: depresión.

### Resistencia

La potencia del tratamiento, los tratamientos anteriores y la conveniencia (tolerabilidad) son algunos de los factores de éxito de un tratamiento. La terapia triple sin unos cuadros de adhesión es una catástrofe y puede llevar a una resistencia múltiple. ¡No recete antes de que la persona esté preparada!

### Tribulaciones y ensayos

Los grupos de monoterapia y con frecuencia los grupos de terapia doble en personas experimentadas, son inaceptables. Algunas de las razones detrás de las terapias inadecuadas son: primero, accidentales (error humano); segundo, normativas (en base a principios legales no se aprueban determinadas terapias, o se exige la inclusión de grupos de control sólo con monoterapia); tercero, la estupidez (los responsables del proyecto no han barrido toda la información); cuarto, la codicia (los intereses económicos a corto plazo por parte de la compañía farmacéutica, así como la promoción de combinaciones "incestuosas"). Si se necesita monoterapia para un grupo de control, el estudio debe tener un alcance temporal muy corto (información de seguridad, etc.). Tenemos que identificar regímenes beneficiosos con una baja toxicidad, a bajo coste, que estén disponibles para las personas con VIH.

### AZT/3TC frente a d4T/3TC

La combinación d4T/3TC es tan efectiva como la AZT/3TC en la reducción del VIH en el cerebro y puede ser tan buena en la prevención de la demencia. Los efectos secundarios de d4T pueden ser menos y hay menos probabilidad del desarrollo de resistencia a d4T que a AZT.

### Reducción en la sangre y en los nódulos linfáticos (Estudio O35)

Indetectable en un 85% a la semana 68 de AZT/3TC/Indinavir. ¡El ANR viral (o sea, la carga viral) se detecta en los nódulos linfáticos incluso en aquellas personas con menos de 20 copias en la sangre! Una de las razones puede ser las vacaciones del tratamiento.

### El coste de los IP y de las combinaciones

Se siguió una cohorte de 8.000 personas afectadas. Contrastando el 95 con el 96, el año en que los PI se hicieron accesibles en Francia, hubo un descenso del 36% en los casos definidos como SIDA. Al mismo tiempo, los días de hospitalización descendieron en un 35% (es decir, menos ingresos hospitalarios y por menos tiempo). El uso de terapia antirretroviral creció en un 49%. Nota posterior: la muerte a causa de SIDA ha descendido en Francia casi un 60% en 1996, en comparación con 1995.

### CPCRA Mark Harrington de TAG (NY)

Algunas cuestiones sobre importantes datos farmacocinéticos y de seguridad todavía no han encontrado respuesta en los primeros inhibidores de la proteasa (IP). En Estados Unidos, al menos el 50% de las personas con 500 CD4 utiliza IPs. El seguimiento a largo plazo en los estudios debe durar un mínimo de 2,5 años. Los análisis de marcadores clínicos pueden esconder la toxicidad. Preguntas como "¿Estamos consiguiendo restaurar la salud de los pacientes?" se han dejado de lado. ¡En un estudio reciente sobre tiempo de supervivencia, éste se ha mantenido en unos 15 meses desde el inicio de la pandemia (1985)!

### ACTG 320

AZT (o d4T)/3TC frente a AZT (o d4T)/3TC/Indinavir. En personas con menos de 200 células, una vez más, este estudio muestra que una combinación triple es mejor que una doble. En sólo 38 semanas, la triple mostró dos veces la eficacia que la doble en cuanto a la muerte o progresión a un evento clínico.

### ACTG 333

Un análisis preliminar de este estudio parece decir que saquinavir causa las mismas resistencias que los otros inhibidores. Saquinavir tenía anteriormente una gran ventaja: no causaba resistencia cruzada (lo que sí pasa con indinavir y ritonavir). Ahora, vemos que es muy parecido a estos otros, y por ser el menos eficaz clínicamente de los tres, sólo se debe usar en casos de intolerancia a los anteriores. El estudio 333 ha incluido a personas que con anterioridad tenían casi dos años de experiencia con saquinavir. El estudio ha consistido en tres grupos: uno se mantenía con saquinavir, otro cambió a la nueva fórmula de saquinavir (que se supone que tienen mejor absorción), y el tercero cambió a indinavir. En ningún grupo se detectó una mejora importante. Estos son resultados preliminares, y tendremos más datos próximamente.



### ¿Tomarse unas "vacaciones" del tratamiento?

Si decides interrumpir una terapia con fármacos, es preferible hacerlo por completo que con tan sólo uno de los anti-retrovirales o bien dejar de tomar una dosis con cierta frecuencia. En caso de que el virus no haya desarrollado todavía resistencias, abandonar todo tiene menos probabilidad de desarrollo de resistencia que hacerlo parcialmente.

[j.deutsch@ic.ac.uk](mailto:j.deutsch@ic.ac.uk)

### Crixivan e insomnio

Si estás con Crixivan y no puedes dormir bien, evita los tranquilizantes con antihistamínicos. Pueden estar contraindicados para Crixivan. Sin embargo, con Prozac o Effexor (300 mg/día), los problemas de insomnio y preocupación se pueden aliviar considerablemente.

[sparky@espanola.com](mailto:sparky@espanola.com)

## Lo + Personal desde Internet

[Bryan\\_Johnson@gateway1.rnb.com](mailto:Bryan_Johnson@gateway1.rnb.com)

No mezcles **indinavir** (Crixivan) con **rifabutina** (rifampicina)

Asegúrate de que sólo ingieres media dosis de rifabutina (150 mg/día) si estás tomando además Crixivan. Los dos fármacos usan los mismos canales de asimilación a través del hígado, lo cual significa que en tal caso la rifabutina se elimina mucho más lentamente del cuerpo. Si tu dosis es de 300 mg/día, corres el riesgo de tener una "subida" de rifabutina en tu cuerpo hasta niveles peligrosos.

[hollisrose@aol.com](mailto:hollisrose@aol.com)

¡La **reducción del daño** no hace daño!

Según un estudio reciente de la Academia Nacional de Ciencias de los EE.UU., por cada 100 pesetas gastadas en prevención, se gastan 4.300 en tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

Prevención significa reducción del daño, cuyo objetivo es modificar la conducta para reducir el riesgo. Y los estudios demuestran que cuantas más opciones haya para reducir el riesgo, más gente elegirá sexo protegido.


¡Al reducir tus daños, reduces tus riesgos!

La dirección electrónica es: <http://www.netcom.com/~protease>

Una página de Internet para **fallos** de los **inhibidores** de la proteasa

Se ha creado un página de Internet para usuarios y recetadores de inhibidores de la proteasa con la idea de acumular ejemplos de casos en los que estos fármacos no han funcionado.

Esto incluye personas cuyas cargas virales no disminuyeron en los dos primeros meses de tratamiento, o que volvieron a dispararse en los seis meses siguientes de empezar el tratamiento. También tienen interés en personas cuya carga viral aumentó después de empezar el tratamiento.



**H**ace algunos días el equipo de Lo+ positivo reunió a varias personas seropositivas en un hermoso y soleado terrado del Barrio Chino barcelonés con el objeto de ofrecerles un espacio acogedor y relajado donde, en torno a un sencillo (pero succulento) almuerzo pudieran charlar sobre algunos de los aspectos más relevantes de su vida con el VIH.

Durante más de cuatro horas (la grabadora echaba humo) nuestr@s contertuli@s intercambiaron ideas, experiencias, sentimientos y opiniones sobre temas de tan vital interés como su concepto de salud; presente y futuro; los nuevos fármacos y su relación con un posible cambio de la idea de la muerte; sexo y sexualidad; tratamientos alopáticos y formas terapéuticas complementarias.

Queremos agradecer a José Luis, Mili, Pilar, Xavi y Xevi, el coraje y generosidad mostrados al aceptar dar la cara en este memorable encuentro con "Lo + positivo".

# DAR LA CARA

por Maite Suárez

**Xavi:** Vale, empezaré yo mismo: tengo 31 años. Soy un seropositivo "reciente", diagnosticado en el 92 e infectado desde poco antes. Me considero tremendamente gay, y mi sexualidad sigue siendo muy satisfactoria. He montado un bar del que me siento muy orgulloso y donde meto muchas horas de trabajo e ilusión. Creo que ser seropositivo me ha dado un empuje especial y que quizá la idea de que mi vida pueda ser más corta me impulsa a hacer las cosas más aprisa. Creo saber quién me infectó pero no siento ningún rencor hacia él. No me medico ni tengo intenciones de hacerlo de momento. ¡Ah, mi bar se llama Aurora!

**Pilar:** Supe que era VIH+ en 1992 pero sé que he vivido con el virus desde mucho antes, posiblemente 10 o 12 años. Me infecté durante mi relación con un hombre hacia el que tampoco tengo ningún resentimiento; fue una relación sexual guay. Me hicieron la prueba tarde, en el 92, cuando ya no sabían qué intentar. Yo no entraba en los famosos "grupos de riesgo": no era yonqui, no era puta.... Pero al final resultó que sí, que tenía nada menos que tuberculosis ganglionar y era VIH+. He pasado de todo: pneumonías, CMV, he llevado portacat y hace unos meses llegué a estar tan chungu que creí que me moría. Ahora hago tratamiento oral para CMV, tomo un cóctel de antirretrovirales con dos nucleósidos y un inhibidor de la proteasa (IP) y me siento mejor que nunca. Hago papier maché, estudio inglés, naturopatía, sigo en el grupo ActuaDONA, me cuido, voy al gimnasio, he engordado un montón y ¡vuelvo a follar con mi hombre!

**Mili:** Tengo 32 años, hace 4 que sé que soy VIH+. Me infecté hace unos 12 años, por agujas o por relación sexual, no me importa. Estuve chutándome más de diez años y en aquella época todo, incluido el sexo, giraba en torno a la heroína. Soy lesbiana y tengo una relación especial con una mujer, estoy satisfecha de mi vida sexual. Cobro una pensión que me permite vivir con lo justo (me gustaría disponer de más pasta) pero haciendo lo que me apetece: estudio fotografía, dedico bastante tiempo a trabajar como voluntaria para un grupo de mujeres positivas y otro montón simplemente a cuidarme, a mimarme a mí misma, a controlar que tomo correctamente la medicación (también un cóctel con IP), a cocinar cositas ricas que me vienen bien... en fin, sólo eso ya es un curro!

**Xevi:** Tengo 33 años. Fui diagnosticado en el 86 e infectado entre el 82 y 84. Desde un punto de vista personal mi seropositividad no me preocupa en exceso. Es una experiencia, un reto, como si estuviera intentando culminar el Himalaya, pero no un problema. Ahora bien, desde una perspectiva general, social y política, sí me siento implicado y preocupado por numerosos temas relativos al vivir con VIH; desde la existencia o no de distintas cepas víricas, pasando por un gran interés por las medicinas no convencionales, hasta el cómo las asociaciones y/o instituciones que trabajan con este tema llegan a olvidarse de que están ahí para proteger y defender los derechos de las personas seropositivas y no para hacer "solitarios" en un ordenador. Mi salud ha sido buena hasta la fecha. No he tenido infecciones oportunistas y mi recuento de CD4s es alto. En pocos días sabré cual es mi carga viral y espero que también sean buenas noticias. Soy programador informático y suelo trabajar de por libre. Vivo sin chutarme desde el 87. No me preocupa morirme, no lo deseo tampoco, pero no considero la muerte como el final sino como una parte de una historia más larga. Tengo pareja estable y aunque no me gustan las etiquetas sexuales, supongo que puedo calificarme de heterosexual.

**José Luís:** Tengo 37 años, cerebro de 18, soy seropositivo desde el 88. Lo pillé con la aguja. Estoy fuera de la droga desde hace varios años. Tengo un trabajo en el que soy mi propio jefe y los tiempos de la delincuencia y el vivir peligroso están lejos. Ahora tengo casa y coche que pagar, paso pensión a mi ex y mi vida se ha normalizado en todos sus aspectos. Tengo una relación con una mujer, pero no es exclusiva ni estable en el sentido convencional. No he tenido ningún problema de salud (sólo tengo cuidado especial con mi hígado, porque después de tantos años con las drogas está delicado), me hago análisis cada año y los médicos me hacen pruebas para saber por qué sigo tan estable y así poder ayudar a otras personas, al menos eso es lo que me venden. No siento ni he sentido trauma alguno por ser seropositivo y a veces incluso lo utilizo para ver las reacciones de los demás: "lo siento, no lo sabía"; "te puedo ayudar en algo", "estás despedido"; "me gustas pero ni siquiera con condón" ... (muchas risas)

FOTOGRAFÍAS ISMAEL SALA, SALAS/MAQUILLAJE Y PELUQUERÍA ALEX RENDÓN

## La salud: los tratamientos oficiales y las opciones terapéuticas no oficiales

**Xevi:** Yo no puedo dar ninguna receta ni decir a nadie lo que debe hacer para estar bien. Mi experiencia personal es que la clave de la buena salud es luchar por aquello que realmente quieres. Cada uno es responsable de sus decisiones, de su vida. La palabra esperar no existe en mi diccionario, pero sí el deseo. Estar bien contigo mismo es lo más importante.

**Xavi:** La salud es un estado mental. Si estás bien contigo mismo te cuidas y te quieres, pero si no te quieres, inconscientemente te autodestruyes. Las depresiones te bajan las defensas, mientras que una bonita casa, unas flores en la mesa, un entorno agradable, pueden hacerte sentir mejor.

**Mili:** Mi salud depende de muchas cosas. Para empezar, los fármacos que estoy tomando ahora, me hacen sentir mucho más fuerte que antes. Voy al gimnasio y veo que puedo levantar tres veces el peso que antes me dejaba baldada. He suprimido mis siestas. Ahora paso el día de arriba abajo y mi vitalidad no se agota. Intento estar bien, hacer cosas que no me hacen daño, evitar situaciones de agobio, de estrés o de tensión. Me trato bien a mí misma y trato de hacer lo propio con las otras personas, lo cual es una forma de tratarme bien. También es importante el ejercicio físico, que me ayuda a eliminar las toxinas de los fármacos, y comer bien, sin obsesionarme. Si veo que me he pasado comiendo cosas inadecuadas (como estos últimos días en mi pueblo, con el chorizo y los potajes y demás), después me depuro durante unos días a base de frutas y verduras. De todas formas como más que antes de empezar con los fármacos, y como no puedes comer a ciertas horas (son las reglas del tratamiento), cuando puedo comer siento más apetito. También me ayuda ir a bailar, las conversaciones agradables, correrme una juerga o estar bien con la persona que quiero. Lo que está claro es que mis prioridades han cambiado y que la competitividad profesional o la pasta por la pasta ya no me interesan.



**Xevi:** Más adelante tendré que decidir si quiero o no medicarme, de momento, mi enfoque sobre la salud va más orientado hacia las actitudes sanas y no hacia si tomas o no medicamentos.

**Pilar:** Yo he superado muchas cosas con tratamientos complementarios y con mi propia fuerza interior. Ahora estoy tomando fármacos, y también lo hago con una actitud positiva, pensando que esas pastillitas que voy a tomar van a ser buenas para mi salud y visualizando sus efectos curativos en mi cuerpo. Yo he teni-

do experiencias con casi todo: AZT, terapia de ozono, macrobiótica ... Tengo claro que hay muchas terapias que pueden mejorar tu salud, lo importante es no ser dogmático y descubrir cuáles son tus opciones. Preferiría no tomar nada, pero el dogmatismo te lleva a decisiones estúpidas y a cerrarte puertas. Hay medicamentos que la doctora me prescribe y que yo decido no tomar porque no me compensa, por ej. el azitromax para el estómago, yo paso de tomarlo y me tomo mis combinaciones de hierbas que no me dejan hecha polvo. En cuanto a tratamientos alopáticos, yo tomo mi cóctel, mi septrin y mi ganciclovir oral y ya está.

**Xevi:** Querría señalar la importancia de escucharte a tí mismo, a tu cuerpo. Yo llevo tiempo tratando de tomar un buen desayuno y todavía no lo he conseguido porque la costumbre del "cafetito y a correr" sigue pesando más pero sé que si escuchara más a mi cuerpo acabaría haciendo los buenos desayunos que sé que me convienen. Una estrategia que me funciona es pensar en los desayunos fantásticos que se hace una amiga mía, y así, me animo yo también.

**Xavi:** Me ha gustado mucho lo que comentó Pilar sobre su actitud positiva al tomarse las pastillas. Estoy de acuerdo y creo que esa actitud te puede ayudar tanto o más que las propias pastillas.

**Pilar:** Con ciertas dietas es muy difícil disfrutar. La macrobiótica es muy insípida, por ejemplo, y es tan diferente a lo que estamos acostumbrados a comer en nuestra dieta tradicional.

**Xevi:** Recuerdo un congreso al que asistí donde todo era macrobiótico. El último día estábamos tod@s tan hartos que nos fuimos a un restaurante italiano y comimos todo lo que pillamos, cualquier cosa que no fuera macrobiótica.

**Mili:** Pero hay cosas que puedes aprovechar, ingredientes que a lo mejor puedes aprender a camuflar, el tofu en un estofado, el sésamo en una sopa...

**Pilar:** Yo hago un tofu asado riquísimo y lo utilizo de otras muchas maneras. Me encanta.

**Xevi:** Es la experiencia, aunque un buen entrecot, de vez en cuando tampoco está mal. (Risas)

## El SIDA es un problema político y económico, no sólo sanitario.

**Pilar:** Con el VIH he aprendido a jugar con todo, con colores, sabores, texturas ...

Disfruto más intensamente, todo es más bueno.

**Mili:** Hay que saber jugar. Se trata de equilibrar y buscar el punto más adecuado.

**Lo+ Positivo:** Parece que hay consenso en que lo

importante es no exagerar y tratar de usar nuestras opciones de manera inteligente.

**Xevi:** Y el respeto. Yo no le digo a nadie que está loco por ser vegetariano. Puedes aconsejar, dar ideas, intercambiar información...y respetar las decisiones de cada un@.

**Pilar:** Claro, y con los médicos es super difícil compartir estas cosas. Les hablas de las candidas y de evitar las harinas blancas y el azúcar porque favorecen su crecimiento (el de las candidas), y te dicen que no saben nada al respecto. ¡Y es básico!

**Mili:** Y además no les interesa, no muestran ninguna curiosidad. Yo, al principio, intenté miles de cosas complementarias al mismo tiempo, sin pararme a pensar o a aprender poco a poco.

**Pilar:** Claro, al principio yo también lo intentaba todo al mismo tiempo. Pero después volví al punto cero, y me paré a reflexionar.

**Xavi:** En cualquier caso, parece que aquí nadie rechaza por sistema ni las terapias convencionales ni las complementarias.

**Xavi:** Claro, es que somos personas racionales.

**Xevi:** Entonces, quizá los propios médicos debieran pensar en ser más abiertos y en no reírse en tu cara porque piensas que tus masajes semanales te ayudan o que eliminar el azúcar es importante para mantener las candidas a raya.

**Pilar:** Pero mis médicos son los que ignoran todas las historias complementarias sistemáticamente.

**Xevi:** Quizá se trata de eliminar los extremos y ser más abiertos. Aquí parece que tenemos experiencia no sólo de medicina convencional sino también de otras muchas opciones para cuidar tu salud. Es importantísimo que cualquier persona positiva pueda tener esta información y conocer las maneras de cuidarse, esté donde esté.

**Mili:** La medicina complementaria suele ser más barata que la convencional. Puede prevenir efectos secundarios de la medicación o directamente asociados al VIH. Es una lástima, pero al final he decidido ni hablar con mi doctora de estas cosas porque no me hace ni pu... caso. Aunque hay ejemplos esperanzadores, como una colega cuyo doctor la anima a seguir practicando yoga y que respeta esta opción.

**Pilar:** O la acupuntura.

**Xevi:** Los grandes laboratorios se están forrando, saben que tanto si van bien como si van mal, seguirán vendiendo. La administración también es culpable de no abrir el diálogo.

**Xavi:** De momento no estoy en contacto con ningún médico, pero me atrae mucho más algo como la acupuntura, que tiene en cuenta la totalidad de la persona, que incluye su mundo emocional. Los médicos sólo se fijan en el problema orgánico concreto, sin hacer ni caso al origen del mismo.

**José Luis:** Para mí es una cuestión de tener metas, objetivos a medio o corto plazo que voy cambiando a medida que las voy consiguiendo. Otros hacen deporte o meditación trascendental, yo necesito retos para seguir adelante. No soy partidario de los antiretrovirales, tengo amigos que han muerto por su culpa.

## Las nuevas medicaciones: el concepto del futuro y de la muerte

**Xevi:** Sin duda, las nuevas medicaciones suponen más esperanza y muchas personas se están beneficiando de ellas. Pero aún no sabemos que ocurrirá dentro de unos años, y cuáles serán los resultados a medio y largo plazo. Puede ser la panacea o quedarse en un "boom" del momento. Creo que la puerta de la esperanza puede estar abierta pero que la clave sigue siendo que nos cuidemos mucho para no llegar a estar enfermos. Por otra parte los españoles seguimos a la cabeza de número de nuevos contagios.

**Xavi:** Acabaremos encontrando la solución definitiva, como ya ha ocurrido en otros momentos de la humanidad con otras plagas como la peste o la sífilis.

**...les recuerdo a las chicas que no hemos comentado las pérdidas y los duelos durante mucho tiempo y me dicen: "huy nena, no queremos hablar de eso, queremos hablar del amor primaveral y el VIH"**

Yo no me voy a morir de esto, sé que se encontrará el remedio efectivo.

**Xevi:** Sí, yo también lo creo, pero sigo insistiendo en la importancia de considerar otras formas de cuidar la salud, como puedan ser los tratamientos complementarios.

**Mili:** La cuestión es que seguiremos haciendo lo que nos sienta bien, al margen de lo que quieran vendernos. Sí, ellos no van a pagarnos la acupuntura o la naturopatía. En Inglaterra o en Francia empiezan a incluir algunas cosas en la SS, pero



aquí nada. Deberíamos luchar por ponernos al mismo nivel que otros países.

**Xevi:** El SIDA es un problema político y económico, no sólo sanitario. Tenemos que exigir las cosas que son necesarias para mantenernos bien. Y que sean accesibles en Barcelona y en Almendralejo. Hay que gritar esto a la Administración.

**Xavi:** Cada uno de nosotros tiene que moverse para conseguirlo, no esperar a que nos lo den todo hecho.

**Mili:** Volviendo al tema del futuro y las nuevas

medicaciones yo quiero decir que, en efecto, yo estoy viendo un cambio de perspectiva. En "el Salón", el grupo de mujeres positivas que ayudo a coordinar, veo que a algunas personas ahora les encanta ir al médico, porque reciben buenas noticias: que si sus defensas siguen subiendo, que si el cóctel está dando buenos resultados... Ir al médico ya no es para estas personas la situación estresante que era antes, sino un motivo para mantener el optimismo. Gente que de tener 3 ó 4 T4s ha pasado a tener 200; de venir al grupo en silla de ruedas a venir por su propio pie... Mira la Pilar, que ha pasado de estar medio muerta a pesar 20 kilos más y a llevar una vida activa y controlada. Antes no tenía esa perspectiva. Veíamos las cosas a corto plazo mientras que ahora parece que podemos hacer planes más a medio y largo plazo. Yo también lo vivo así, incluso estoy pensando en la posibilidad de volver a trabajar para ahorrar dinero y hacer cosas como viajar el próximo verano... En "el Salón" les recuerdo a las chicas que no hemos comentado las pérdidas y el duelo desde hace mucho y me dicen "huy, nena, qué dices, no queremos hablar de eso, queremos hablar del amor primaveral y el VIH".

**Lo+ Positivo:** ¿la muerte ya no es un tema clave?

**Mili:** No, no es eso, es que está un poco más lejos y nadie quiere pensar en ello. Hemos pasado de estar preparándonos para morir a replantearnos el futuro y hacer planes para vivir. Nos olvidamos de que lo que está funcionando ahora quizá no vaya a seguir funcionando, pero mientras tanto, es un alivio enorme. La gente vive la euforia del presente.

**Xavi:** Creo que perder el miedo a la muerte te ayuda a retrasarla. Los fármacos ayudan pero la confianza que pones en ellos también.

**Pilar:** Estoy de acuerdo.

**Mili:** Además, la gente está más informada, y si el médico les propone monoterapia van a decirle: ¿pero tú de qué vas?, quiero que me des lo que a esta otra persona le está funcionando tan bien, quiero una combinación triple. La gente está más informada, al menos la gente que conozco.

**Pilar:** Yo siempre he tenido esperanza pero es cierto que mi relación con la muerte ha cambiado. Estuve tan enferma que la gente venía al hospital a despedirse de mí y yo también me despedía de ellos. De repente, desperté de mi semiinconsciencia y decidí, no sé como, que no me moría. Desde entonces he empezado el nuevo tratamiento con cóctel triple y la mejoría es tan grande que empiezo a creer en un nuevo futuro, un poco jodidilla, tomando muchas pastillas al día, pero dando guerra por muchos años. Antes la

muerte era mi amiga más próxima, iba abrazada a mí; ahora está a mi lado, como siempre está al lado de la vida, pero está más lejos, de otra manera. A mi marido, cuando me diagnosticaron en el 92, le dijeron que me quedaba un año de vida, pero ellos no sabían con quién se la jugaban.

**José Luís:** Sí, hay un cambio; pero, he observado en algunas personas ex-usuarias de drogas que después de años y años de drogas y delincuencia y enfermedad y no haber hecho nunca una vida "normal", parece que ahora pudieran tener la oportunidad y el tiempo para ello, y noto que algunos se resisten a trabajar o "normalizar" sus vidas.

**Mili:** El problema del ex-adicto es rehacer su vida sin drogas. Ha vivido sólo para consumir y sólo se lo han currado para poder consumir. El gran reto que supone aprender a vivir sin drogas es igual si tienes el VIH o no. Esto es un trabajo enorme pero un adicto es un enfermo, no una lacra.

**José Luís:** No me refiero a todos, pero mucha gente se ha acostumbrado a vivir de otros y no quiere mojarse.

**Mili:** Depende de la gente. Las personas que se han recuperado conmigo y que han aprendido a vivir sin drogas sólo tienen ganas de vivir y trabajar y seguir adelante. Además, la pereza no es algo exclusivo de los adictos.

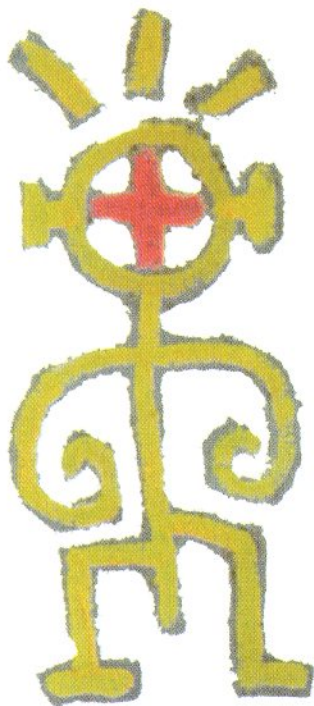
**Xavi:** Creo que para muchas personas el SIDA ha supuesto el punto de cambio en sus vidas y que muchas han empezado a hacer cosas positivas a raíz de saber que eran VIH+.

**Xevi:** En mi caso, haber estado enganchado ha supuesto una experiencia tan fuerte en muchos aspectos (la proximidad de la muerte, el submundo de la delincuencia, etc) que en cierto sentido estoy contento de haber pasado por ello. Me he buscado la vida en situaciones tan límite que

hacerlo ahora me parece incluso fácil.

### El sexo y la sexualidad

**Xavi:** Ahora me veo más selectivo, busco más la calidad que la cantidad y voy con más cuidado para no contagiar a otras personas. No suelo decir a mis compañeros sexuales ocasionales que soy VIH+ pero siempre utilizo preservativo. No me gusta decirlo porque no quiero que su actitud hacia mí cambie por eso, que me traten con más cariño o delicadeza, que se compadezcan de mí. La pareja con la que estaba cuando me diagnosticaron no quiso volver a follarse conmigo jamás pero no ha vuelto a ocurrirme algo parecido. Ahora bien, lo que sí me sigue ocurriendo es encontrar posibles parejas sexuales con las que acabo no haciendo



LILLO TAJER

## Cada uno de nosotros tiene que moverse para conseguirlo, no esperar a que nos lo den todo hecho.

do nada porque se empeñan en no usar preservativo. No lo entiendo, tienen la información sobre lo que hay que hacer pero ¡¡siguen arriesgándose!!

**Mili:** Durante los tres años que siguieron a mi diagnóstico no fui capaz de tener ninguna compañera sexual. No fue fácil pero ahora vuelvo a tener sexo placentero y disfruto de practicar sexo limpio, no estoy colocada y gozo de la experiencia en sí misma. El SIDA me ha enseñado a tener menos miedos y practico lo que yo entiendo por sexo seguro sin quedarme con las ganas y dando rienda suelta a mis fantasías siempre y cuando la otra persona esté tranquila y de acuerdo con la práctica. Si ambas sabemos cual es la situación física concreta de la otra sabemos muy bien lo que podemos y no podemos hacer. Por ejemplo, si acabo de ir al dentista y me ha sacado una muela, no me voy a poner a comerle el sexo a mi compañera. Si ella quiere hacérmelo a mí, es decisión suya utilizar una barrera o no. Siempre he comentado que soy VIH+ cuando he iniciado una relación sexual, de esta manera podemos negociar lo que queremos y no queremos hacer. Siempre he tenido una vida sexual placentera, ¡incluso cuando he estado tres años sin tener sexo con otras personas, me lo he pasado muy bien yo solita!

**Xevi:** Para mí sexo y drogas han estado íntimamente unidos durante buena parte de mi vida sexual adulta. Ahora mis hábitos han cambiado y siempre utilizo preservativo. Al principio he vivido situaciones delicadas e incluso he llegado a practicar sexo sin condón porque la otra persona se negaba a usarlo aunque sabía que era positivo. Durante años sufrí con la idea de que pude haberla contagiado hasta que me enteré que no es positiva. Ahora no volvería a acceder en una circunstancia parecida. Nunca he tenido problemas en decir que soy positivo a una posible pareja sexual, quizá porque suele haber una simpatía y conocimiento mutuos previo al sexo que hace que "el tema" salga sólo. Mi vida sexual es placentera aunque supongo que, como todo, siempre se puede mejorar y el sexo sigue siendo algo muy importante para mí.



# DROGAS RECREATIVAS

## + INHIBIDORES:

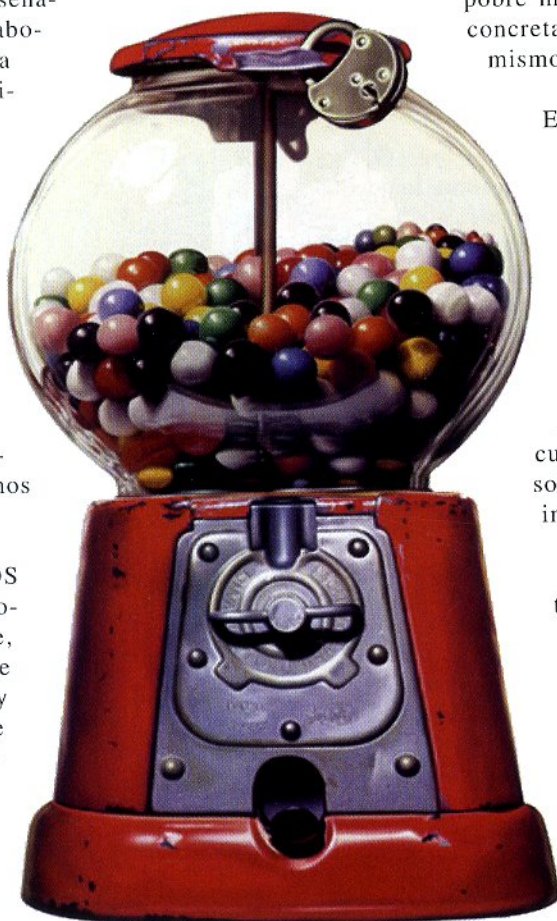
Últimamente se han dado algunos casos de interacción perjudicial entre inhibidores de la proteasa, como Crixivan y ritonavir, y drogas recreativas, como la heroína, la metadona o el éxtasis. Se ha informado ya de algunas muertes atribuibles a la combinación de dos de estas sustancias: en concreto, una en Londres y dos en Sydney, durante la celebración del Mardi Gras. Hay que señalar, sin embargo, que ningún laboratorio ha realizado hasta ahora estudio alguno sobre estas posibles interacciones, alegando que no tienen por qué tomar en cuenta sustancias ilegales. Esperemos que lo hagan en el futuro inmediato por la presión de los grupos de activistas.

Hemos encontrado un par de artículos que comentan estos casos y que ofrecen información útil para las personas interesadas. Os hacemos un resumen de cada uno.

El número 265 de AIDS Treatment News, una prestigiosa revista estadounidense, incluye un artículo de Bruce Mirken centrado en ritonavir y varias drogas recreativas. De acuerdo con Mirken, Phillip Kay era el nombre de la persona que murió el 6 de octubre pasado a causa de lo que parecía una sobredosis de MDMA, más conocido como éxtasis. El nivel de esta sustancia encontrado en su cuerpo llegaba a 4,56 mg/litro, que se acerca a diez veces más de lo que sería una intoxicación seria, o más claramente, como si se hubiera tomado 22 pastillas de éxtasis. Su compañero, Jim Lumb, seguro de que Kay no tomó tal dosis, se puso en contacto con los laboratorios Abbott, fabricantes de ritonavir, solicitando información y poniéndoles sobre aviso del caso.

En su carta de respuesta, el Dr. P. Kon de la división británica de los mencionados laboratorios, puntualiza que "Abbott no ha realizado, ni tiene pensado hacerlo,

ningún estudio de interacción entre ritonavir y sustancia ilegal alguna, incluyendo el éxtasis", aunque al parecer la compañía sí que ha evaluado la posible interacción teórica entre las dos drogas. En resumen, ritonavir inhibe la isoforma P450 2D6, que participa en la metabolización del éxtasis, aunque también es cierto que entre el 3 y el 10% de las personas son pobres metabolizadores de esa isoforma concreta, por lo que se podrían dar los mismos efectos sin ritonavir.



El Dr. Kon rechaza en su carta la sugerencia de Lumb de advertir públicamente sobre estos problemas, ya que "las drogas recreativas/ilegales nunca tienen un uso seguro, por lo que Abbott no va a aprobar su uso bajo ninguna circunstancia".

Abbott, no obstante, envía a cualquier médico británico que lo solicite una hoja de papel sobre interacciones con ritonavir.

Los datos que se ofrecen a continuación son, con todo, predicciones basadas en las formas conocidas del metabolismo de las drogas y no han sido verificados en estudios en vivo con animales o seres humanos:

- Heroína: una disminución moderada en la concentración de heroína.
- Metadona: un incremento importante en la concentración de metadona. Parece bastante probable la necesidad de rebajar la dosis más de la mitad. La metadona es metabolizada por CYP3A, una isoforma que puede ser potencialmente inhibida por ritonavir.
- Cocaína: interacción improbable, ya que la sustancia se metaboliza por canales de los que no hay pruebas que se vean afectados por ritonavir.
- Anfetaminas: se puede esperar un incremento en la concentración multiplicado por 2 ó 3. El segundo texto al que queremos hacer referencia es



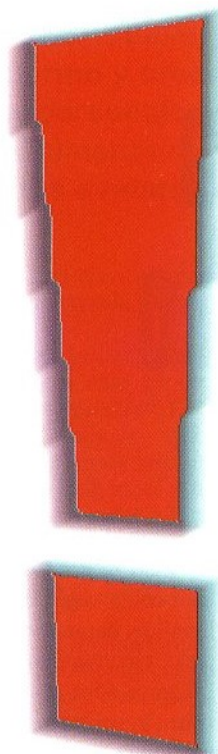
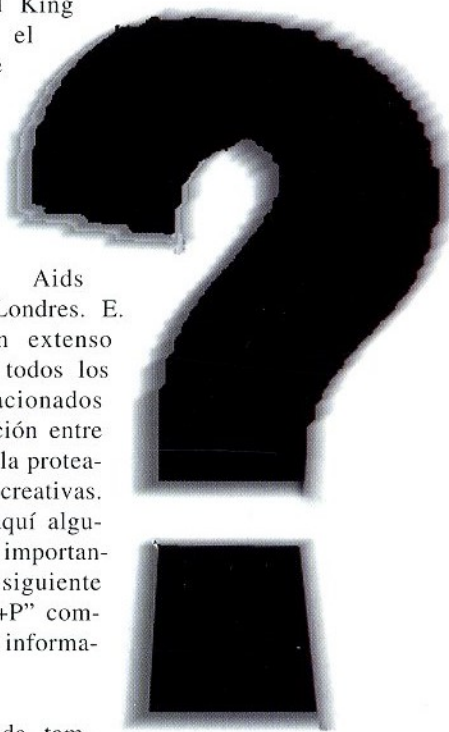
# AVISO PARA NAVEGANTES

(1)

el de Edward King publicado en el número 51 de marzo de 1997 de AIDS Treatment Update, el boletín del grupo NAM (National Aids Manual), de Londres. E. King hace un extenso repaso a casi todos los aspectos relacionados con la interacción entre inhibidores de la proteasa y drogas recreativas. Detallamos aquí algunos de los más importantes, y en el siguiente número de "L+P" completaremos la información.

King, de entrada, también cita el caso de Philip Kay, pero desea matizar algunos de los datos que se manejan en torno a la interacción entre fármacos y sustancias no autorizadas:

\* en ciertos casos excepcionales (en razón de los problemas



de metabolización descritos más arriba) se ha dado el caso de la muerte de una persona después de haber tomado una única pastilla de éxtasis.

\* con frecuencia, los investigadores no están demasiado seguros en cómo una sustancia no autorizada es metabolizada por el cuerpo.

\* la información disponible suele hacer referencia a la forma pura de la sustancia, cuando muy raramente lo que se vende en la calle es puro (incluso puede no contener nada de lo que se supone que debería): eso no sólo afecta al éxtasis, también a las anfetaminas, el LSD, la cocaína, la heroína, etc.

\* la proporción de cada uno de los componentes de la droga recreativa tampoco pasa ningún control, por lo que puede variar substancialmente de un caso a otro.

\* a veces los estudios sobre estas sustancias se retrasan ya que tanto los gobiernos como las compañías farmacéuticas quieren evitar ser vistos como instituciones que "condonan" (aprueban tácitamente) el uso de drogas no autorizadas.

Esta es la tabla confeccionada por AIDS Treatment Update a partir de los datos conocidos hasta la fecha. La agrupación de sustancias en una columna u otra tiene que ver con los canales de metabolización que el cuerpo utiliza para eliminarlas.

| Droga recreativa          | Posible interacción con ritonavir                     | Posible interacciones con indinavir, saquinavir o nelfinavir         |
|---------------------------|---|--|
| Alcohol                   | No se cree que haya ninguna interacción significativa | Improbable, pero posible teóricamente con un uso crónico del alcohol |
| Anfetaminas (speed)       | Los niveles de amfetamina se multiplican por 2 ó 3.   | Posible teóricamente   |
| Nitrato amílico (poppers) | Improbable  | Improbable   |
| Cannabis (marihuana)      | Sin información disponible                            | Interacción teórica; sin datos conocidos                             |
| Cocaína                   | Improbable  | Improbable   |
| Éxtasis                   | Los niveles se pueden x por 2 ó 3                     | Posible teóricamente   |
| Heroína                   | Los niveles de heroína decrecen en un 50% o menos     | Sin datos  |
| LSD (ácido)               | Sin información disponible                            | Interacción teórica; sin datos                                       |

# Adolfo Colmenares:

## Vivir a despecho

### Un Chi Co con una biBlia

Adolfo tiene 29 años, mucha fe en Dios, y un montón de gente que le adora. Nació y creció en un pueblo cerca de Caracas, en el seno de una familia muy humilde, compuesta por 5 mujeres y él: "Como yo digo, mi cielo, cinco mujeres y media", rememora entre risas. Hasta los trece años vivió una infancia rodeada de zapatos, vestidos y pelucas. Y entonces se hizo mormón: "Yo sabía que no era como los demás, así que, mi amor, creí que la biblia iba a ayudarme, iba a hacerme cambiar".

Fue con esa misma biblia -con la que predicaba el evangelio- la que llevaba encima tres años más tarde, a los dieciséis, la tarde que siguió a una de sus hermanas hasta un estudio de danza caraqueño. La visita fue determinante: "Cuando vi la clase, a todos aquellos chicos, vistiendo con aquellas mallas, me dije: ¡ay, mi cielo, yo quiero hacer esto! Me inscribí y empecé en seguida. Cada día tomaba el pasaje para Caracas y luego volvía a casa." Al poco tiempo, recibió su primera propuesta por parte de una compañía local. Su familia le ayudó mucho aquellos años de aprendizaje, por eso Adolfo, en agradecimiento, en cuanto reunió algo de dinero en España, les compró una casa, de la que aún sigue pagando el resto de la hipoteca cada mes. Las 5 mujeres están muy orgullosas de él: ¡es el único miembro de la familia que ha viajado en avión!

Adolfo conserva los reportajes de la prensa de Caracas, como los publicados en "La danza", donde se habla de él en términos superlativos, ensalzando su buena calidad de bailarín, y comentando también los pinitos que hizo como coreógrafo en solitario. Pero él ya no se plantea volver nunca más al baile contemporáneo: "¡sí me vieran ahora los críticos de Caracas se caen para atrás".



### Una BeCA para BaRCeloNa

La calidad y el talento le consiguen una beca que le trae a Barcelona en 1990. Aquí estudia con Àngels Margarit en el Institut del Teatre, y pasa a trabajar con compañías como Mudances, Lanònima Imperial o la Cia. Sol Picó. Pero la danza en nuestro país no permite comer regularmente, por lo que un día decide asumir una propuesta diferente. A partir de ahí descubre el mundo del play-back y la parodia recreativa de grandes mitos de la canción: nacen los chicos Mambo (1993), y Adolfo disfruta con los aspectos más frívolos, frescos y expresivos del baile. Todavía simultanea por un tiempo el travestismo escénico con los trabajos de danza seria: "al principio, era puramente los fines de semana, que te ponías unos tacones, y venga a una discoteca a ganar algo de dinero; pero empezó a tener tanto éxito, tanto éxito, que cada uno dejó su compañía y nos dedicamos a las pelucas, el maquillaje y los zapatos de tacón. Encantados; nosotros tanto como toda la gente de danza que nos venía a ver".

Nos plantamos en 1995. En pleno éxito, Adolfo cae enfermo y tiene que dejar el grupo y empezar su travesía por un completo catálogo de enfermedades oportunistas: tuberculosis, pulmonía, úlcera estomacal, candidas bucales, esofogales, intestinales, y más recientemente, citomegalovirus (CMV). Llegó a pesar tan sólo 43 kilos. El primer tratamiento antirretroviral fue un fracaso. Empeoraba de un día para otro y tenía que dormir con una palangana al lado por los constantes vómitos. En agosto del 96 decidió por sí solo, ante la ausencia de su médico por vacaciones, dejar el tratamiento, y consiguió una mejoría ostensible. Recuperó el apetito y reguló el tránsito intestinal. Hace poco, sin embargo, empezó una terapia triple con Eпивir, Zerit y Crixiván (3TC, d4T e indinavir), que le ha ayudado a ganar peso y con muchos menos efectos secundarios. ¡Nunca antes había pesado 65 kilos!

Todo este tiempo él y David, entonces su compañero y que sólo cobraba cuando conseguía bolos como técnico de sonido, sobrevivieron económicamente gracias a la ayuda de los compañeros y amigos; en especial los componentes de "Chicos Mambo", Martí y Philippe, que nunca se han olvidado de él.



**Llegar a tener un cuerpo flexible como un muelle, subirse a un escenario y dominarlo por completo, caer enfermo y creer que todo se acabó, pero recuperarse y volver a recrear personajes de fantasía y congoja, por todo eso ha pasado Adolfo Colmenares, un ser humano que vive a despecho de los avatares del VIH.**

El CMV le ha hecho perder irreversiblemente el 70% de la vista y le ha obligado a pasar tres veces por el quirófano. Adolfo reaprende ahora el sentido del tacto: a teclear el teléfono (de la Cruz Roja, con un botón grande anaranjado para casos de urgencia), a marcar el número secreto de los cajeros automáticos, a escribir en una nueva agenda tamaño grande, donde el número de cada persona ocupa una única página rotulada en rojo con letras enormes.

Pero él estaba preparado incluso para quedarse completamente ciego. Con un sentido del humor envidiable, nos explica: "yo le decía a mis amigos: igual me ven cualquier día ahí abajo vendiendo cupones; ¿qué tiene de malo? Además, seguro que en dos horas los vendía todos, sólo por el morbo. Yo estaría vestida de Despecho y la gente diría: "¿Sabes qué? Le acabo de comprar un cupón a una travestí ciega".

### **DeSPecho: alCOHOL, boleROS y llORAR**

"Al encontrarme mejor he querido volver a actuar. Empecé con Brenda Lee y otras de su época, pero en verdad no hablo inglés, y prefiero saber lo que canto: así que me decanté por los boleros. Cada vez que iba a Caracas compraba discos compactos de glorias de siempre, que ahora interpreto. ¿Y el nombre? En Venezuela, cuando un hombre te deja, te conviertes en un mujer despechada. El alcohol, los boleros y llorar son tu único consuelo. Eso es Despecho."

A Despecho la vemos en un vídeo que recoge la inauguración de un tienda de muebles de los años cincuenta en la calle Cervantes de Barcelona. Actúa sobre una chaise-longue de Pascal Frot, con vestuario de "Época", y arreglos de "Nou Estil", asesorado por Gabriel Askoitia, zapatos apurpurinados de "Casimiro", pelucas de "Monjes", maquillaje y gafas de Montse Tolosa (todo a precios muy especiales, o simplemente regalado). Lleno a rebosar, las gentes aplauden con ganas una representación de bolsillo, que a pesar de su pequeño formato no deja a nadie insatisfecho/a. Despecho nos ilustra canciones sabrosas poco conocidas por el público español, pero también muestra insospechadas posibilidades de boleros tan populares como "La vieja molinenda", que los presentes acompañan a media voz.



Los bises obligan a alargar hasta más allá de la media hora una actuación que no debía pasar de los 15 minutos.

No nos extraña. Despecho no actúa de pie ni hace piruetas, pero saca provecho de una cara con una extraordinaria expresividad. Es como si toda la fuerza, toda la energía, toda el ansia de vivir de Adolfo saliera a la luz, en una fusión estremecedora, en el rostro de Despecho. Al final, todo son felicitaciones y parabienes. El público ha quedado encantado, y Adolfo/Despecho ya recibe las primeras ofertas para nuevas actuaciones en salas de la ciudad.

### **la geoGR@fía de la SUPERVivencia**

"Si me hubiera quedado en mi país, ya estaría muerto, porque allí hay que pagárselo todo, y mi familia es muy pobre!". Adolfo sabe que, a pesar de todo, ha sido afortunado, porque ha caído enfermo en un país donde ha conseguido asistencia gratuita, y se ha visto arropado por la profesionalidad y el cariño de mucha gente.

Ante todo, habla de David, ex-amante, amigo, compañero, cuidador. Cuando Adolfo se siente un trasto, empaqueta su colección de 50 barbies (capitaneadas por una opulenta Carmen Miranda, vestida con un traje hecho a mano por el propio Adolfo, como muchas de estas muñecas, entre las que destacan dos grupitos: uno de negras y otro de leather) y desaparece. Entonces, David lo busca de casa en casa, y con mucha ternura, lo trae de vuelta.

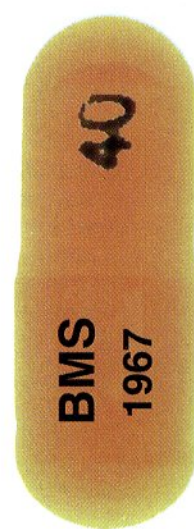
También cuentan mucho en su vida los citados Martí y Philippe, los Chicos Mambo, pero es que además habla con devoción de la actriz y amiga del alma Carmen Vidal ("Si yo no fuera mariquita, me casaría con ella") y se deshace en elogios con el equipo médico de Can Ruti: Guillem Sirera, Anna Veny, David Andreu, Sílvia Gel y el conjunto de enfermeras; además de Begoña Lemos, su asistente social.

Hasta aquí retazos del devenir de Adolfo Colmenares por estos tiempos que nos ha tocado vivir. En adelante, queremos verle con traje ajustado de tigresa, zapatos del 8 y pestañas como columpios. Si tenéis la ocasión, nos os la perdáis, y llegad pronto: a Despecho hay que verla de cerca.

Para contratar a "Despecho":  
Adolfo Colmenares. Tf. (93) 4531557

¿tomar **fármacos**  
para tratar el **VIH** ?

si lo haces,  
hazlo **bien**



## ¿Cuándo?

El intervalo de tiempo entre las dosis de cada uno de los fármacos ha sido establecido con cuidado para mantener estable su presencia en tu cuerpo.

Espacia las dosis de cada fármaco regularmente a no ser que tu médico te diga que no importa; tres veces al día significa una dosis cada ocho horas.

Si se te pasa una dosis no pierdas la calma, y no tomes una dosis doble. Sencillamente, tómate la dosis cuando te des cuenta, y a continuación toma la siguiente en su momento habitual.

Si vomitas dentro de las dos horas siguientes a la toma de un fármaco, ingiere otra dosis para reemplazarla, y después toma la dosis siguiente a la hora habitual.

Prueba a utilizar un reloj con alarma o crear un horario a manera de recordatorio. O bien, utiliza una cajita de pastillas que contenga los fármacos de un día, de tal suerte que puedas saber si te las has ido tomando o no.

## ¿Cómo?

Fíjate en qué fármacos deben tomarse con las comidas, y cuáles con el estómago vacío.

Mantén la constancia, o de lo contrario tu cuerpo ingerirá una cantidad equivocada de fármacos.

Equivocarse en las tomas significa que el fármaco puede no funcionar, o que el virus desarrolle resistencia (es decir, que empiece a ignorar el fármaco).

Escribe en una hoja de papel o en una pizarra a qué hora tomas cada fármaco, qué puedes comer y cuándo.

Si no estás seguro/a de cuándo tomar un fármaco o de qué puedes comer, pregúntale a tu médico, enfermera o farmacéutico.

## ¿Qué?

Mantener la cantidad correcta de fármacos en tu cuerpo es muy importante.

Si el nivel es demasiado bajo, el virus puede desarrollar resistencia (es decir, empezar a ignorar el fármaco).

Asegúrate siempre de que tienes las cantidades suficientes de fármacos para cubrir las tomas hasta la próxima visita al médico.

No reduzcas nunca las dosis durante unos pocos días. Eso es peor que dejarlas de tomar por completo.

Si padeces efectos secundarios desagradables, no abandones la dosis sin haber hablado con tu médico sobre maneras de tratarlos. Muchos efectos secundarios son temporales.

## ¿Por qué?

Tomar fármacos contra el VIH puede cambiar tu vida. Piensa en ello con calma.

Ésta puede ser una relación de por vida entre tú y los fármacos. ¿Estás preparado/a para ello?

Los nuevos fármacos contra el VIH tienen reglas especiales y puede que sólo funcionen si los tomas adecuadamente.

Estas reglas incluyen tomar la cantidad adecuada de fármacos en el momento adecuado, planificar lo que comes y cuándo.

Si no te tomas cada fármaco de la manera adecuada, el virus puede hacerse resistente (es decir, empieza a ignorar los fármacos). Los fármacos que tomas dejarán de funcionar y otros fármacos contra el VIH puede que ya no te sean útiles posteriormente.

Tómate el tiempo necesario para elegir el momento adecuado en tu vida para hacer un cambio tan grande y empezar con los fármacos contra el VIH.



# Pastillas con guarnición

*Sabemos que los inhibidores de la proteasa deben tomarse a intervalos estrictos, pero eso no es todo: también deben cumplirse reglas estrictas sobre la comida. Presentamos una guía básica sobre terapia antirretroviral y nutrición.*

Los recientes avances sobre la terapia antirretroviral nos han ayudado a vislumbrar nuevos horizontes en el tratamiento contra el VIH. Las nuevas combinaciones triples pueden tener además un cierto beneficio dietético. La conexión entre las terapias combinadas y la nutrición no se ha investigado oficialmente, pero la reducción de la carga viral y el aumento de los recuentos de células CD4 seguramente mejorarán el apetito y el peso corporal. Las terapias de combinación triple puede ser un elemento clave en la gestión del peso corporal.

No obstante, la toma de la medicación antirretroviral nos presenta nuevos dilemas dietéticos. Algunos fármacos exigen ser tomados con el estómago vacío, mientras otros deben tomarse después de haber comido. La programación correcta de las comidas y de los fármacos puede ser engañosa. Es más, evitar comer o reducir la ingestión de grasas como parte del cumplimiento del programa de medicación puede hacer que ganar peso sea más difícil. Lo que ayuda es sentarse a hablar con tu dietista y trabajar conjuntamente en un horario que te vaya bien. Con esto se garantiza una buena ingestión nutritiva y maximiza la cantidad de medicación que tu cuerpo absorbe.

Tienes que ser particularmente cuidadoso/a con la dieta si estás tomando indinavir (Crixivan). La absorción de este inhibidor de la proteasa, que se ingiere tres veces al día, puede quedar muy reducida

por una dieta rica en grasas. Puedes comer mientras tomas el fármaco siempre que la comida sea sin grasas o con una cantidad muy pequeña. En cambio, se debe tomar una hora antes o dos horas después de una comida alta en grasas.

Comer grasas puede ser vital si estás intentando ganar peso. En tal situación, puede ser mejor evitar tomar indinavir con las comidas. El desayuno es quizás la comida del día en la que resulta más fácil reducir los niveles de grasas: la mayoría de los cereales para desayuno, el pan, las tostadas, el zumo de frutos, la mermelada y la miel no contienen grasas, y el yoghurt y la leche descremada la contienen en muy bajas cantidades.

Si tomas tu primera dosis de indinavir con el desayuno a las 8 de la mañana, la segunda y la tercera dosis deberían tomarse en torno a las 4 de la tarde y medianoche aproximadamente. Entonces puedes tomar lo que te apetezca en la comida del mediodía y en la cena. Se debe beber muchos líquidos: el objetivo es un mínimo de 3 litros al día. Si estás intentando ganar peso, asegúrate de que bebas líquidos ricos en calorías como los zumos de fruta, la leche, las bebidas carbónicas y los néctares, pero todo eso además de los 3 litros de bebida clara (agua).

Los otros inhibidores de la proteasa, el saquinavir y el ritonavir, deben tomarse con comida, ya que tal cosa ayuda a que el cuerpo absorba el fármaco.

La absorción del saquinavir se potencia más si se toma con zumo de uva. Este zumo contiene unos agentes conocidos como flavonoides que detienen la absorción de los flavonoides presentes en el saquinavir, incrementando así la cantidad de fármaco que es eficaz

contra el VIH. Ahora bien, hay que tener cuidado con el zumo que compras. Los flavonoides sólo se encuentran en la esencia de la fruta. Esto quiere decir que zumo hecho a partir de la pulpa está bien pero es más caro, y en cambio los que se venden recién exprimidos se encuentran en tetrabrik en los refrigeradores de los supermercado no sirven para nada.

En cuanto a los fármacos análogos de nucleósidos (es decir, los que no son inhibidores de la proteasa), el 3TC, el ddC, el d4T y el AZT pueden tomarse con o sin comida y la cantidad de fármaco absorbida en la sangre no queda afectada en ninguno de los dos casos (aunque a algunas personas le ha ayudado a prevenir vómitos). La única excepción es el ddI, que debe tomarse con el estómago vacío; o bien una hora antes de comer o un mínimo de 2 horas después.

No hay ninguna restricción para beber cerveza, vino o licores mientras se toma fármacos contra el VIH, pero seguramente es mejor beberlos con moderación.

*Claire Murray es jefa de Dietética del Stephens Centre, perteneciente al Chelsea and Westminster Hospital de Londres y es miembro de DHIVA (Dietistas en VIH/SIDA).*



**Restricciones dietéticas con los fármacos**

| Fármaco                 | Tipo                     | Dosis                  | Condiciones dietéticas  | Efectos que pueden afectar la nutrición                      |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|---|--|
| ddC                     | análogo de nucleósido    | 3 veces al día         | puede tomarse con o sin comida  | náuseas, vómitos, llagas en la boca, diarreas, estreñimiento |
| Zerit o d4T             | análogo de nucleósido    | 2 veces al día         | puede tomarse con o sin comida  | náuseas, vómitos, llagas en la boca, diarreas, estreñimiento |
| 3TC                     | análogo de nucleósido    | 2 veces al día         | puede tomarse con o sin comida  | náuseas, vómitos, diarreas, dolor abdominal.                 |
| ddl                     | análogo de nucleósido    | 2 veces al día<br>**** | debería tomarse 1 hora antes o 4 horas después de la comida*                            | náuseas, vómitos, diarreas.                                  |
| AZT                     | análogo de nucleósido    | 2 veces al día         | puede tomarse con o sin comida: Tomarlo con la comida puede reducir la náusea           | náusea, vómitos.   |
| Saquinavir (Invirase)   | inhibidor de la proteasa | 3 veces al día         | tomar con la comida para incrementar la absorción**                                     | náuseas, vómitos, diarreas.                                  |
| Ritonavir (Norvir)      | inhibidor de la proteasa | 2 veces al día         | tomar con la comida para incrementar la absorción                                       | náuseas, vómitos, diarreas, alteraciones del gusto***        |
| Indinavir (Crixiván)    | inhibidor de la proteasa | 3 veces al día         | 1 hora antes ó 2 horas después de una comida rica en grasas; beber 3 litros de líquidos | náusea, vómitos.   |
| Nevirapinano (Viracept) | nucleósido               | 2 veces al día         | puede tomarse con o sin comida  | ningún descrito  |

\* la efectividad del ddl sufre una reducción a causa del ácido, y los niveles de ácidos en el estómago aumentan durante la digestión.

\*\* los flavanoides en el zumo de uva inhibe la absorción de los flavanoides en saquinavir por parte del hígado y en consecuencia incrementa la cantidad de saquinavir que es eficaz en contra del VIH.

\*\*\* Para evitar la náusea, deberías empezar a media dosis e ir aumentandote poco a poco durante 15 días

\*\*\*\* Se puede tomar la dosis diaria en una toma por la mañana.

**plan de comidas orientativo para indinavir**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 8:00 h. (poca grasa)       | Indinavir, cereales con leche descremada, zumo de naranja                  |
| 9:30 h. (muchísima grasa)  | Tostadas con queso, o un bocadillo de bacon y mantequilla con pan integral |
| 11:30 h. (muchísima grasa) | Galletas de chocolate y café con leche                                     |
| 13:30 h. (grasa moderada)  | Bistec a la plancha con patatas y ensalada variada con aceite y vinagre    |
| 16:00 h. (poca grasa)      | Indinavir, yoghurt descremado  |
| 18:00 h. (muchísima grasa) | Helado   |
| 21:00 h. (grasa moderada)  | Pollo sin piel y con salsa de tomate, vaso de vino blanco                  |
| 24:00 h. (sin grasa)       | Indinavir, zumo de frutas  |

**comida con poca grasa que se puede comer junto con indinavir**

- Toda la fruta (incluyendo zumos) y la verdura excepto el aguacate, la pera y el coco.
- Cereales para el desayuno (evitar el muesli con nueces o coco); pan blanco, integral o de varios cereales (evitar los panes presentados con aceite de oliva -como el pan de ajo- o los que contengan semillas o nueces); pasta; arroz hervido; patatas; panecillos y bastoncillos; pastas de té; madalenas; galletas.
- Pescado blanco (a la plancha, hervido o al vapor); atún en lata al natural; legumbres tales como lentejas, garbanzos y alubias; maíz o tofu.
- Leche descremada; yoghurt descremado y queso fresco; requesón bajo en grasas; quark.
- Té; café; chocolate caliente light; mermelada; miel; caramelos; aderezo de ensalada sin grasas; sopas (excepto las cremas); sorbetes; helados sin grasa.

*De pequeño nos decían un refrán: "lentejas comida de viejas". Quizás se decía porque las lentejas aportan mucha energía, debido a que tienen un alto porcentaje de proteínas, las cuales son materiales de construcción y mantenimiento de las células y de los tejidos vivos, o sea de nuestros organismos.*

Sin proteínas no hay vida y éstas están presentes en todos los tejidos vivos del cuerpo y en casi todos los alimentos. A parte de todo esto, la lenteja contiene minerales como el hierro y el cobre que van bien para la sangre y la anemia y el silicio que mejora el cabello. Las lentejas son los legumbres más digestivas y se recomienda comer legumbres 2 veces por semana en invierno y una vez por semana en verano.

De las zanahorias nos decían que comiéramos, que eran buenas para la vista, y no iban mal encaminados ya que tienen beta carotena que se transforma en vitamina A en nuestro cuerpo. Esta vitamina es indispensable para la tiroide, el hígado, la piel, las mucosas, los ojos, el cabello y las uñas. También tienen vitamina B6 que sirve para los nervios y la piel. Vitamina C para huesos e intestinos y vitamina D para el raquitismo y los huesos, vitamina E para las disfunciones sexuales y por último vitamina K que es antihemorragias. También contiene sales minerales como el calcio para los huesos y músculos. Sodio para el plasma y la sangre, yodo que regula la tiroide y el cloro que regula los nervios. La zanahoria abre el apetito, en zumo es buena en caso de diarreas.

Resumiendo, como habéis visto, las vitaminas y minerales son indispensables para nuestra salud y nuestra vida.

Para acabar el menú un pastel de yogur y coco. El yogur contiene vitamina A, B6, D, E y K (antes mencionadas) y además tiene vitamina B1 para los nervios y músculos y B2 para la piel y la vista. B12 para la anemia y para la formación de glóbulos rojos y vitamina H para enfermedades de la piel; finalmente el coco contiene calcio.

Lo que se recomienda a las personas con VIH es no abusar de las cosas dulces, sobretodo las personas propensas a tener candidias. Éstas, cuanto más dulce se toma

más felices se instalan en nuestro organismo.

¡Ya sabes! ¡Nuestra salud comienza con lo que comemos!

PILAR ZUBIAGA



## recetas

### Potaje vegetal de lentejas

Ingredientes:

1 litro de agua fría  
200 g. de lentejas crudas  
2 cebollas enteras medianas  
3 dientes de ajo pelados  
2 tomates pequeños  
2 zanahorias pequeñas peladas y cortadas  
1 rama de apio cortada  
1 hoja de laurel  
Sal  
Un chorrito de aceite

Se junta todo crudo en una olla espaciosa, y se pone a calentar. Después del primer hervor, se deja cocer durante unos 30 minutos. Servir los platos adornados con orégano.

Importante: si se necesita añadir agua durante la cocción, tiene que ser caliente para que no interrumpa el hervor; en ese caso las lentejas quedarían duras.

Sugerencia: este plato puede dejarse reposar unas horas o incluso un día entero; vueltas a calentar, las lentejas son más deliciosas.

### Ensalada de patatas

Ingredientes:

3 patatas medianas  
1 lata pequeña de atún  
1 huevo  
1 tomate grande de los de ensalada  
50 g. de olivas sin hueso  
Sal  
Aceite

Lavar bien las patatas y ponerlas a cocer enteras con su propia piel durante 20 minutos. A continuación, dejarlas enfriar, pelarlas y cortarlas a gusto. Aparte, cocer el huevo, pelarlo y trocearlo. Lavar y trocear al tomate. En una fuente de ensalada, juntar las patatas, el huevo y el tomate. Añadir el atún y las olivas. Aliñar con sal y aceite.

### Pastas de coco y yoghurt

Ingredientes:

50 g. de margarina  
225 g. de harina con levadura  
25 g. de coco  
150 ml. de yoghurt entero cremoso

Frotar la margarina en la harina. Añadir el resto de los ingredientes, y amasarlo todo hasta conseguir una masa suave. Extenderla en una superficie ligeramente salpicada de harina y cortar en 12 ó 14 piezas. Colocarlas en una bandeja con un poquito de aceite y hornear a 220 grados durante 25 minutos.

CARMEN MARTÍNEZ



# ¿Acampad@ en tu retrete?

*Con la información que te ofrecemos a continuación no pretendemos que lleves a cabo todos los cambios de golpe, sino que empieces a pensar en cambiar poco a poco la manera de comer para mejorar tu vida cotidiana. Si encuentras cosas que simplemente no son prácticas para ti, pues déjalas, pero sigue mirando - a lo mejor puedas cambiar 4 ó 5 cosas ¡y te bastarán!*

Existen varias manipulaciones de la dieta que pudieran afectar el número y aspecto de las deposiciones.

Hay que evaluar el componente de la dieta (lactosa, fibra, grasa) que alivia mejor los síntomas aunque en caso de mala absorción, el componente de grasa en la ingesta es el factor de más importancia. Seguimos con algunos consejos prácticos:

## **Reducir la cantidad de fibra/residuo.**

Sugerimos no consumir alimentos ricos en fibra como p.e. los productos integrales: pan, galletas, tostadas, arroz y pasta integrales. Es preferible tomarlos blancos.

Sustituir los cereales de desayuno con fibra (muesli, cereales de paquete con "bran": All Bran, Weetabix, Bran Flax, etc.) por los que menos fibra (arroz hinchado, Cornflakes, etc.) contienen.

Es preferible evitar legumbres tales como las judías secas, garbanzos, lentejas, soja... así como verduras con bastante fibra: guisantes, habas, maíz, judías verdes con grano.

Prestar atención a las verduras y frutas crudas, especialmente las que tienen la piel dura y semillas ya que no son adecuadas para mantener un equilibrio en el tránsito intestinal.

Observar cierto cuidado con las

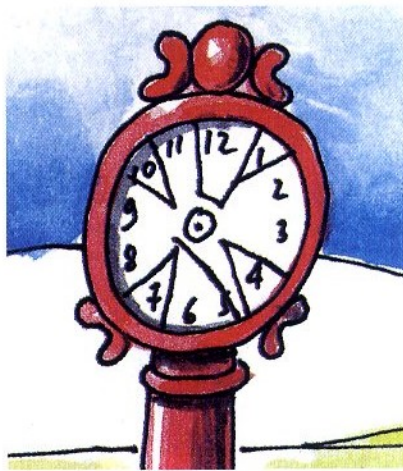
frutas y frutos secos (avellanas, almendras, ciruelas secas, etc.) y mermeladas con piel y semilla.

No es recomendable ingerir una gran cantidad de fruta y verdura y, en caso de hacerlo, es mejor consumirla cocida.

Para aumentar la cantidad de pectina, fibra que puede tener un efecto astringente en la dieta, algunos especialistas recomiendan incluir una cierta cantidad de salvado de avena.

## **Reducir la cantidad de lactosa.**

Se puede sustituir la leche (no es recomendable la leche entera, semi o descremada, condensada, evapo-



rada o productos que llevan leche añadida como puré de patata, los cereales en general o postres lácteos como flanes, natillas y helados) por leches especiales sin lactosa o leche de soja sin lactosa y enriquecida o utilizando pastillas para fermentar la lactosa antes de consumirla.

Generalmente, la poca cantidad de lactosa que hay en el yogurt (descremado) puede ser mejor tolerada por algunas personas, especialmente los yogurts naturales (bioactivos), o fermentos como el Speisquark y el kefir.

También los quesos, en los cuales la lactosa ha sido fermentada, son mejor tolerados. Para la persona con diarrea, es mejor un queso con poca grasa tipo Burgos, Vilallón, etc.

## **Reducir la cantidad de grasa.**

Intentar limitar las fuentes de grasa en la dieta: aceites, mantequilla, margarinas, manteca de cerdo, mayonesa, nata, crema de leche.

Procurar no sobrepasarse en el consumo de carnes/pescados o cortes con alto contenido de grasa como el cerdo, cordero, gallina, oca, pato, hamburguesas comerciales, pescado azul, y los embutidos tipo chorizo, sobrasada, salami, mortadela, lomo embuchado, bacon, salchichas, butifarras, patés.

Sugerimos la ingesta de ternera, pollo, pavo, conejo, cortes magros de cerdo, cordero, jamón magro, carne picada magra, pescado blanco; merluza, rape, lenguado, mero, marisco cocido, crustáceos (gamba, langostino, etc.).

Controlar el consumo de aguacates, aceitunas, frutos secos y semillas.

No se consideran adecuados el chocolate, cacao y productos que lo contengan.

Comer productos de pastelería tipo croissant, ensaimada, hojaldres (sin nata o crema), etc.

No es apropiado comer alimentos fritos, rebozados, salsas, sofritos, cremas, etc.

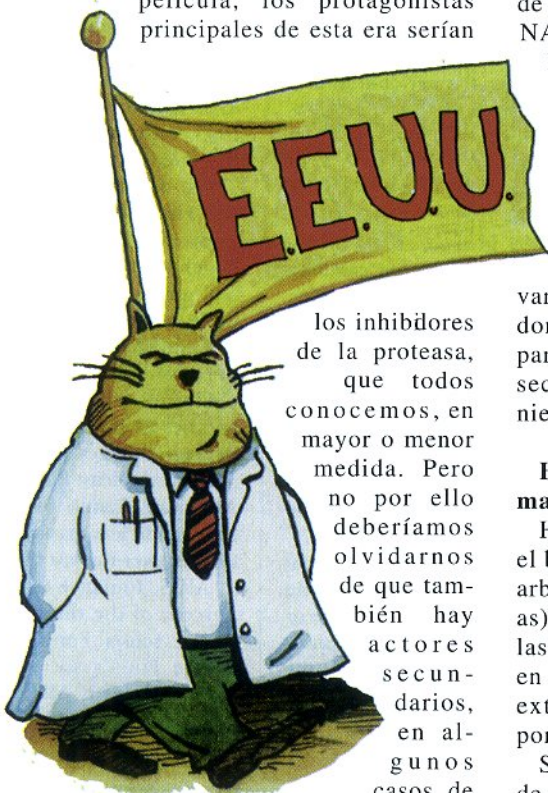
Se pueden utilizar productos comerciales como suplementos para reforzar la dieta y hacerla más variada y completa. Son aconsejables los suplementos de vitaminas y minerales según los aportes diarios recomendados por vuestros dietistas.

SUSANA

# Una actitud nada c

*Respecto a la historia del VIH/SIDA, podríamos decir que estamos en la era de la terapia combinada. Esta era no empezó el mismo día en todos los países del planeta. En algunos países empezó hace años, en otros hace meses y en algunos todavía no ha empezado. Nosotros, los seropositivos españoles, estamos inmersos en ella desde hace ya unos cuantos meses.*

Si hiciéramos un símil con una película, los protagonistas principales de esta era serían



los inhibidores de la proteasa, que todos conocemos, en mayor o menor medida. Pero no por ello deberíamos olvidarnos de que también hay actores secundarios, en algunos

casos de una gran calidad, y de que alguno de estos actores secundarios algún día podría llegar a ser protagonista.

## Situación actual del uso de las terapias no convencionales (NC)

En estos momentos es difícil reflejar la situación de una forma general respecto a estas terapias en España. Quizás en unos meses podamos hacerlo: algunas ONGs y personas dedican parte de sus esfuerzos a temas relacionados con las terapias NC y están intentando organizarse a nivel nacional y a hacer especial hincapié en el uso y difusión de estas terapias (el 9-11 de mayo se realiza el 1er encuentro NATC España).

Lo que si parece claro, o es un denominador común, es que los resultados esperanzadores de los inhibidores de la proteasa han hecho que disminuya en gran medida la solicitud sobre información de las terapias NC, aunque nos consta que

varias personas que toman inhibidores están usando terapias NC para ayudar a paliar los efectos secundarios, y por cierto, obteniendo buenos resultados.

## Boj (SPV30) - Una de las últimas novedades

Hace más o menos unos 2 años, el boj (*buxus sempervirens*, árbol o arbusto de la familia de las buxáceas) se ha empezado a utilizar entre las personas con VIH/SIDA, y más en concreto el SPV30, que es un extracto natural comercializado por la firma francesa Arkopharma.

Se han realizado varios estudios de este producto, de los cuales hay algunos informes anecdóticos, a parte de dos estudios amplios en concreto que son de relevante

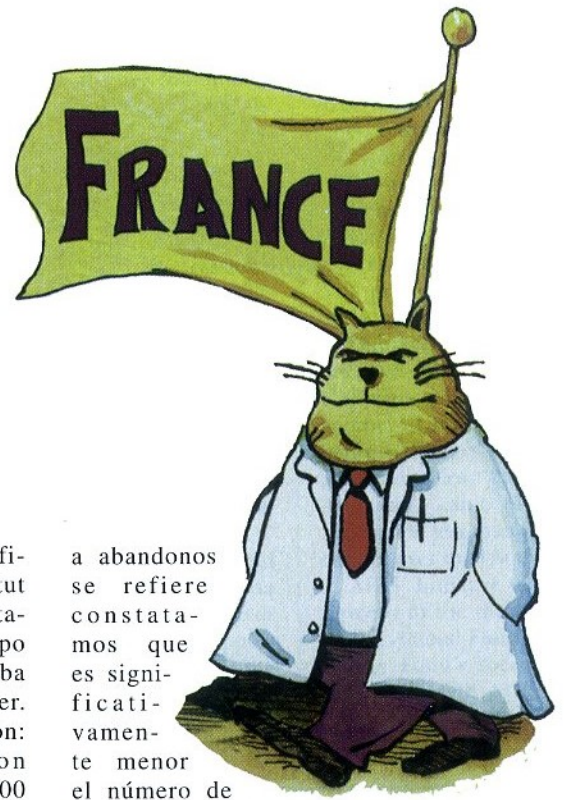
importancia. Las conclusiones de ambos se presentaron en la conferencia de Vancouver. El primero hace referencia a los resultados finales de un estudio abierto americano sobre 400 pacientes y el segundo a los resultados de la fase II del estudio sobre 140 personas francesas.

## El estudio americano<sup>1</sup>

El estudio americano fue descrito en dos comunicaciones: La primera, más política (Stokes et al.), pretendía subrayar que un estudio abierto puede ser llevado a cabo por iniciativa de la comunidad VIH. Stokes, un activista de la comunidad VIH, consiguió obtener SPV30 gratuito para 500 personas además de la promesa de ofrecer datos de laboratorio y clínicos cada dos meses y crear una red de colaboración que englobaría médicos, investigadores y afectados.

La segunda comunicación (Pharo et al.) analiza los datos provenientes de 173 de los 400 pacientes reclutados por Stokes. El recuento base de CD4 iba de 0 a 860, el de CD8 de 42 a 3.269 y la carga viral de 0 a más de 2 millones de copias. Se trataba de un estudio abierto y las personas también tomaban otros fármacos antirretrovirales. Para ser admitido en el estudio era indispensable que los tratamientos con fármacos antirretrovirales hubieran sido abandonados al menos dos meses antes para poder adjudicar la responsabilidad de los cambios analíticos y clínicos exclusivamente al SPV-30. Después de 6 meses de tratamiento, el 63% de los participantes

# onvencional



experimentó descensos de la carga viral y en el 38% de ellos el descenso fue mayor del 50% (ó 0,3 log). El 41% experimentó aumentos de CD4 y el 52% de CD8. No se apreció toxicidad significativa durante el estudio; episodios transitorios leves de diarrea o calambres abdominales fueron detectados en ocasiones. En general, las personas notaron un aumento de energía, mejora del apetito y concentración, sensación de bienestar y aumento de peso.

### El estudio francés

Después de analizar el informe clínico de los laboratorios Arkopharma podemos decir que: Se trata de un estudio multicentro, aleatorio, doble ciego, con placebo, que evalúa la eficacia y la tolerancia del SPV 30 sobre pacientes seropositivos VIH asintomáticos realizado durante los años 1995 y 1996.

### *...el SPV30 con una dosis de 990 mg/día ralentiza la progresión de la infección del VIH*

Se ha realizado de acuerdo a una buena práctica clínica, internacionalmente reconocido, incluso por la medicina convencional. Por citar algún miembro del equipo de científicos digamos que el investigador principal fue el P.Dellamonica (Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hôpital l'Archet,

de Nice), que el consejero científico fue el L. Montagnier (Institut Pasteur, Paris) y que fue presentado en Vancouver por un equipo francés (Duran et al.) que trabajaba bajo la supervisión del Montagnier.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes asintomáticos con recuentos de CD4 entre 250 y 500 y que nunca habían sido tratados con antirretrovirales. El tratamiento duró 37 semanas de media, aunque en un principio estaba previsto que fuera de 72 semanas pero el tratamiento se paró por recomendación del Comité Independiente del estudio. Los pacientes se dividieron en 3 grupos; uno con una dosificación diaria de 990 mg., otro con una dosificación diaria de 1.980 mg. y por último el grupo placebo.

De las conclusiones de los científicos podemos extraer que no se aprecian diferencias significativas en lo que concierne a la evolución global de los linfocitos CD4 y la carga viral. No obstante, si hay algunas diferencias significativas a favor del grupo SPV 990 en lo que se refiere básicamente a la comparación en base a dos criterios de agravación biológica.

- momentos en que los recuentos de CD4 han estado por debajo de 200 (p=0,036)

- subida de más de 0,5 log. de la carga viral (p=0,029)

De estos parámetros se puede deducir que las agravaciones clínicas son menos numerosas en los pacientes del grupo SPV 990 (p=0,039). De otro lado, en lo que

a abandonos se refiere constatamos que es significativamente menor el número de abandonos en el grupo SPV 990 (25% en el grupo placebo, 20% en el grupo SPV 1980 y 6,3% en el grupo SPV 990).

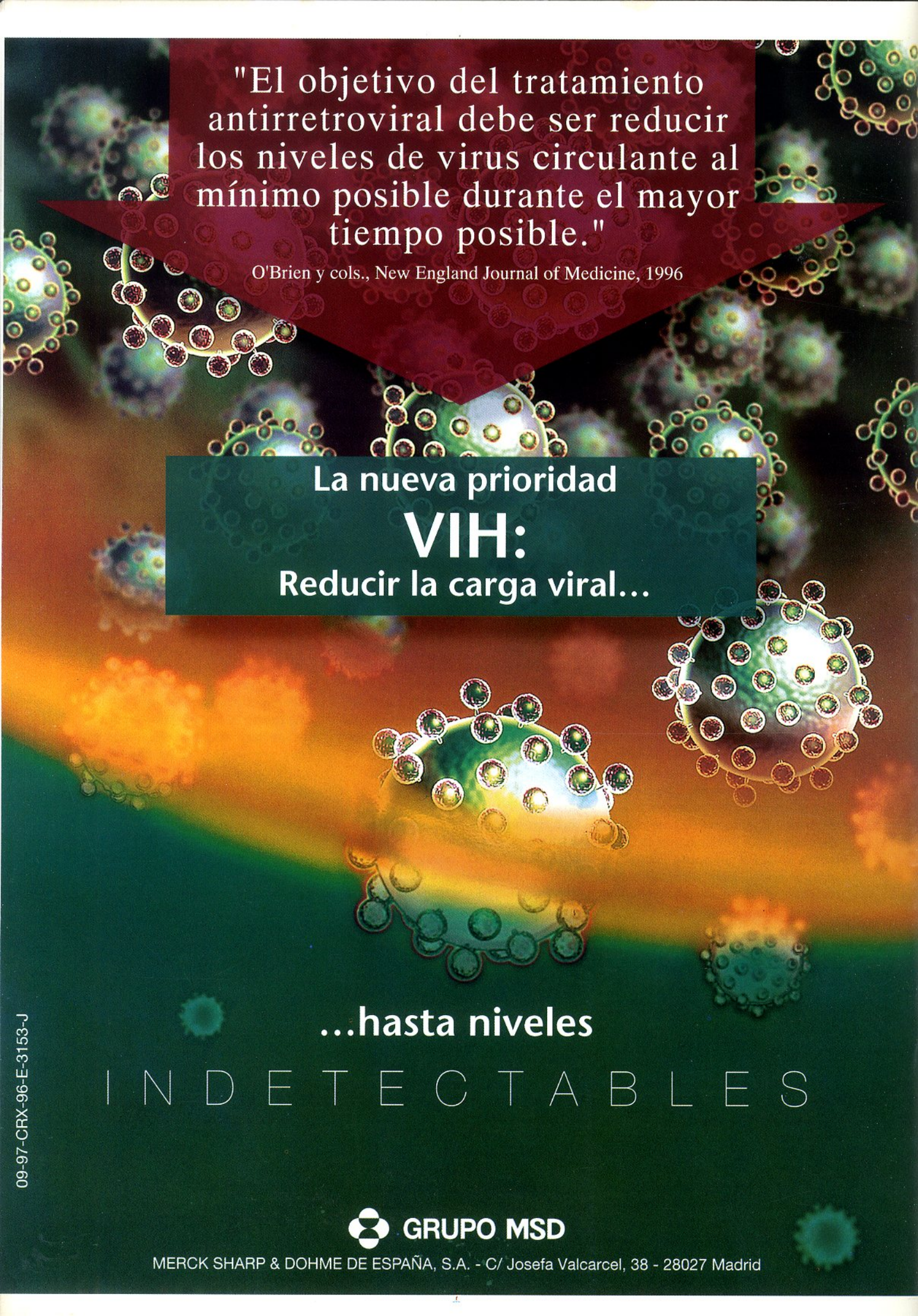
Respecto a los efectos secundarios no hay ninguna diferencia en los 3 grupos. No se ha observado ningún efecto secundario grave ni ninguna anomalía biológica importante ha sido constatada.

Éstas son las bases que hacen afirmar a los autores que el SPV30 con una dosis de 990 mg/día ralentiza la progresión de la infección VIH en los pacientes asintomáticos con una tolerancia clínica y biológica excelente.

Respecto al estudio francés acabaremos planteando unas preguntas y cuestiones: ¿por qué no realizaron el ensayo durante las 72 semanas? (se podría hacer un estudio con un número mayor de pacientes); ¿por qué una dosis más alta de SPV30 da, más o menos, los mismos resultados que el placebo?, ¿puede ser el SPV30 una de las sustancias para usar en terapia combinada?

XEVI GARCÍA FLORIS

1. Conclusiones del estudio americano realizadas por Alessandra Durante y Roberto Adamoli.



"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

# Dudas, luego existes.

*El VIH cambia mi vida constantemente. Toda gira en función de cómo estoy física y emocionalmente. Lo que más trabajo me ha costado aprender desde que me diagnosticaron es a tomar decisiones. Nunca estoy completamente segura de si lo que decido será lo mejor para mí. A veces creo que esta enfermedad es la de no saber e ir probando, la de la locura de tomar una cosa y veinte otras para los posibles efectos secundarios.*

Mi vida con el VIH tiene dos partes, una los tres primeros años y medio sin tomar medicación, y la otra desde que empecé un cóctel de tres fármacos (3TC, d4T e Indinavir); sólo puedo decir que tomar cualquiera de las dos decisiones es difícil.

Durante estos primeros años, estuve sometida a la presión constante de mis médicos, oyéndoles decir que me equivocaba, insistiéndome una y otra vez que tenía que empezar. No entiendo si saben que el estrés baja las defensas porque los médicos insisten e insisten, aumentando nuestro estrés y no respetando las decisiones que tomamos. Hoy en día sigo pensando que hice lo correcto para mí.

Mientras estaba bien, no tenía molestias y mis defensas estaban altas, tenía muy claro que no quería ninguna medicación. Pero cuando un día empecé a cansarme, a tener menos fuerzas y mis defensas empezaron a bajar, me planteé cambiar de estrategia frente al VIH. Las causas que contribuyeron a decidirme fueron mi estado físico y el resultado que veo que estos nuevos fármacos producen en personas que estaban en un proceso muy avanzado de la enfermedad.

Tomar esta medicación implica que tengo que prestarme más atención, cuidarme más. He tratado de

adaptar el horario de los fármacos lo mejor que he podido, tratando de romper lo menos posible el ritmo de mi vida. Aunque creo que lo he hecho bastante bien, hay noches que cuando suena el despertador para las pastillas me gustaría que no fuera así. En fin, pasan los días y a todo me acostumbro, es muy importante conseguir hacer una rutina.

Los fármacos me están produciendo retención de líquidos. He de ingerir tres litros de agua al día para no tener un cálculo renal. Tengo las muñecas inflamadas, la barriga hinchada y los tobillos me los noto un poco inflamados desde hace unos días.

Lo primero que hice fue ir al médico y explicarle lo que me ocurría. La primera vez que me quejé no hizo caso, la segunda me dijo que era normal y por fin a la tercera vez se dignó a mirarme la barriga y dijo: Sí, tienes la barriga inflamada. Decidió que era un problema de estreñimiento y de gases, me recetó leche magnesiada y me dijo que yo misma estableciera la dosis adecuada, que no tenía que tener diarreas. Insistí en que yo iba bien de vientre y en que no estoy estreñida, a él le daba igual; según él, con eso mejoraría. Tomé la leche y empecé a tener diarreas, así que dejé de ingerirla.

A veces creo que los médicos están sordos, que no te hacen caso hasta que no insistes varias veces o a hasta que no ven que te estás muriendo. Deberían saber que la gente que tenemos el VIH nos preocupamos constantemente por cualquier alteración física que podamos tener y que no vamos de visita por gusto.

Como no funcionó lo de la leche me fuí a una herboristería, me prepararon una mezcla de hierbas para

la retención de líquidos, y ahora llevo 15 días tomando un litro de esta mezcla al día. Durante los primeros días mejoré algo y las diarreas desaparecieron. Ahora, tres semanas después, vuelvo a estar igual y con los tobillos inflamados. Volveré al médico y al herbolario a ver ahora que me dicen. Así funciona mi vida con el VIH, vas probando una cosa y luego otra hasta dar con lo que funciona durante un tiempo para luego tener que volver a cambiar.

Mientras, pregunto a otras mujeres si también les ocurre lo mismo y que es lo que hacen o le dicen sus médicos. También tengo un mensaje puesto en Internet. Siempre tienes que estar buscando información. Siempre estoy pendiente y a veces me gustaría desconectar.

Me preocupan estos nuevos fármacos pues no están muy bien estudiados y no se que pueden acabar haciendo en mi cuerpo. Yo lo que he observado en mí y en otras mujeres que hacen el mismo tratamiento que yo es que todas hemos cogido peso a una velocidad que a mí no me parece normal, que todas estamos algo hinchadas. A veces pienso que es una cuestión hormonal, lo cierto es que siempre acabo no sabiendo qué pensar.

La aparición de estos fármacos me están permitiendo tener otra visión con respeto al VIH, pues a pesar de las complicaciones que he comentado yo me noto más fuerte, no me canso tanto y puedo hacer más cosas durante el día. Hoy tengo esperanza en que a lo mejor puedo sobrevivir a esta epidemia. Creo que esto es muy importante ya que yo hace unos meses no tenía la misma perspectiva de futuro que tengo ahora.

MILI GARCÍA

*GlaxoWellcome*

# Encarar la hepatitis C

*Buena parte de las personas que usan o han usado drogas inyectables son portadoras del virus de la hepatitis C, que hoy día tiene un índice de mortalidad incluso más alto que el VIH. Aprender a conllevar las dos infecciones es vital.*

Me gustaría explicar algunos de los aspectos que tenemos que encarar como comunidad como consecuencia de la pandemia de hepatitis C. Para much@s usuari@s o ex-usuari@s de drogas, esta epidemia puede aparecer como una secuela del SIDA, ya que es crónica y deteriorante, ¡pero también con periodos de bienestar, gracias a Dios! Me he quedado muy sorprendida por la variedad de respuestas a esta epidemia que en un extremo niega por completo la importancia de este virus: "Vaya noticia, hemos estado viviendo con enfermedades desde el primer día que nos picamos;" y al otro extremo de absoluto pánico se piensa que cada pequeño calambre doloroso en tu hígado se está convirtiendo en cáncer.

En algún punto medio de este tramo necesitamos mirar a los hechos a la luz del día, relajados con un amig@, médico o asesor/a que sepa del tema, y tomar decisiones sobre qué podemos hacer, pues vivimos con él.

Actualmente no existe algo que podamos llamar el *counselling* anterior a la prueba. Hasta lo que sabemos, la hepatitis C se transmite por medio del intercambio de jeringuillas y por recibir productos sanguíneos. Parece que hay algunas pruebas de que la hepatitis C se podría transmitir sexualmente por medio de una penetración sin condón, pero esto no asusta mucho. Es decir, como en el caso de VIH y sexo oral, la hepatitis C parece transmitirse mediante la penetración heterosexual en el caso en que la pareja haya estado junta por muchos años. Por eso recomendamos a la gente que practique el sexo seguro en cualquier caso, ya que debemos recordar que otros bichitos -enfermedades de transmisión sexual- pululan por

ahí fuera y no los queremos, sin contar ya con el VIH (que se haya convertido en un enfermedad "gestionable" no quiere decir que nos entusiasme).

Si un análisis de sangre muestra que has estado expuest@ a los anticuerpos del VHC, y te duele el hígado, es muy probable que quieran comprobar tu carga viral (prueba del PCR) y/o pasarte por un ultrascan. La prueba del PCR es un análisis de sangre, y el ultrasonido es lo que te hacen cuando te frotran la zona del hígado (en el lado derecho, por debajo de las costillas) con lo que parece una maquinilla de afeitar eléctrica, cuyos resultados en la pantalla dirán si tienes cirrosis o no. Por desgracia, puede que no escojan nada que sea menos avanzado técnicamente que esto, por lo que si tu hígado sigue doliendo -y a veces también para contribuir a investigaciones- con frecuencia decidirán hacerte una biopsia del hígado, en cualquier caso. ¿Y qué es esto, un viajecito?

Todavía no he pasado por la mía, pero las historias que he escuchado han sido suficientes como para espantar a cualquiera (¡al menos por un buen rato!). Algunas personas afirman que tuvieron dolores durante varias semanas. Otras (los más machitos, seguramente) han dicho, "¡bueno, simplemente te pinchan con una cosa punzante en tu hígado, te sacan un trocito y listos, ya pasó todo!". Dado el hecho de que 1 de cada 10.000 personas mueren como consecuencia de esta práctica, suponemos que es algo más que sólo un viajecito. Y si tu hígado ya te duele de verdad, no es muy probable que te encante este método invasivo. En los hospitales ponen anestesia local y a veces dan un valium si al paciente le cuesta relajarse. Pero la cosa también depende de las habilidades del médico.

L@s usuari@s de drogas han tenido tradicionalmente problemas con sus médicos y las biopsias pueden ser el momento en el que todos los viejos miedos de discriminación enseñen sus feas caras.

Nosotr@s preferiríamos que no nos doliera durante varios días después de la aplicación del método, pero su primera preocupación es que no deberíamos tener acceso a opiáceos controladores del dolor. Creo que es mejor que tengas calmantes en tu cuerpo antes de pasar por la prueba, aunque sea ilegal. También ayuda reconocer que no todos los médicos nos odian. Podéis intentar y conseguir de ell@s otra pastilla más si realmente el dolor es agudo; no tengáis miedo a pedir. En realidad, la cuestión para la mayoría de nosotr@s (especialmente para quienes toman calmantes a diario, y quienes han dejado de hacerlo hace poco) es que puede ser difícil saber cuánta medicación calmante se necesita. La otra cosa que recomendaría es "imaginar que estás en una playa, y los rayos reconfortantes del sol te rodean con su fuerza sensual"... ¡Creo que nos acercamos a una cassette sobre visualización!

Ahora, volvamos a asuntos más mundanos. El 10% de las madres positivas de hepatitis C también tienen el virus. Este dato aumenta hasta el 25% si también eres seropositiva. Es un tema en el que es muy difícil tomar una decisión y es claramente uno de los mayores retos de las mujeres viviendo con hepatitis C, y para los profesionales que intentan ayudarnos. Recomiendo con insistencia que los diferentes profesionales reciban formación sobre hepatitis C.

Me encantaría tener un niño, y sé que sería una madre atenta, fuerte y cálida. Sin embargo, después de muchas sesiones repletas de lágrimas he decidido que ésta no es la manera de hacer las cosas. Lamento mucho mi pérdida de salud, y no quiero sentirme peor en la circunstancia de que mi descendencia también sufra. Además, y este ha sido el factor determinante para mí, ¿podría gastar los increíbles niveles de energía que los niños requieren?

# Expediente X

*Los extraterrestres están entre nosotr@s. La relación médico/paciente es la prueba tangible de que hay vida inteligente en otros planetas (aunque a veces pueda cuestionarse lo de la inteligencia...). Guillermo Valverde escribe sobre esos extraños seres con bata blanca y fonendoscopio que pueblan los rincones más oscuros de nuestros hospitales.*

A veces el trato con l@s médicos especialistas en VIH parece tan difícil como comunicarse con un ser extraterrestre. Utilizan un lenguaje rebuscado e ininteligible, y se escudan detrás de una flotilla de residentes y ayudantes. Cuando, finalmente, se establece contacto, disponemos de unos pocos minutos, y responden en clave. Es lógico que muchos terrícolas vean con desconfianza esta especie, preguntándose cuáles serán los verdaderos motivos de su presencia en la Tierra. Algunos abandonan su intento de convivir con los alienígenas, refugiándose en la naturaleza, donde otr@s profesionales de la "medicina alternativa" les ofrecen un trato más humano. Lástima que la eficacia de sus brebajes no pueda compararse con la de las bombas antivirales que usan los hombrecillos y mujercillas del fonendoscopio.

A medida que las personas seropositivas nos convertimos en pacientes crónicos, el número de pacientes que debe tratar cada especialista de un hospital de día o una consulta externa se va multiplicando. El número cada día mayor de opciones de tratamiento y la novedad de los medicamentos utilizados complica mucho el proceso de toma de decisiones. La introducción de los inhibidores de la proteasa, los cócteles multifármaco y las pruebas de la carga viral ha modificado radicalmente el tratamiento de l@s pacientes seropositiv@s. Hay muchas herramientas nuevas, todas muy prome-

tadoras, pero nadie sabe aún exactamente cómo deben utilizarse. Los medios de comunicación y el Internet bombardean a médicos y pacientes con información, no siempre muy fiable. Bromas de extraterrestres aparte, no cabe la menor duda que la relación paciente/médico es actualmente un tema difícil (¡más que nunca!), rodeado de tanta confusión, histeria y rumorología como la eterna cuestión de los platillos volantes.

Idealmente, la relación médico/paciente debería ser muy sencilla: el médico examina el paciente, emite un diagnóstico, y prescribe un tratamiento. El paciente cumple el tratamiento y se cura. Fin de la relación. Desafortunadamente, la infección por VIH sigue siendo crónica y potencialmente mortal. A continuación ofrezco algunas pistas sobre cómo convivir con un/a médico extraterrestre y no morir en el intento...

## **Tu relación con el médico es a largo plazo**

Ante un diagnóstico VIH+, una de las tareas más difíciles que se te presentan es la de iniciar una relación con un médico que te permitan tener el seguimiento que requiere el cuidado de tu salud. Hoy por hoy, la relación con el médico es a muy largo plazo, por lo que es esencial que estés a gusto con el (o la) profesional que te ha sido asignado, o que tú has escogido.

## **Tu calidad de vida es importante.**

Entre los factores que pueden hacer que la relación con un/a profesional concreto/a sea más o menos cómoda para ti, hay muchos que no tienen que ver con el médico. El que un hospital esté más cerca o más lejos de tu domicilio, el que ese centro funcione mejor o peor y pueda o no realizar determinadas pruebas in situ... todo esto son cosas que pueden tener un impacto importante sobre tu calidad de vida a la hora de hacer un

seguimiento analítico y un tratamiento.

## **Tu médico no puede ser tu única fuente de soporte emocional e información.**

En general, la relación con el especialista (en medicina interna, o en infecciosas) empieza en las primeras semanas después del diagnóstico VIH+. Se trata de un momento difícil de tu vida, cuando estás haciendo frente a todas las novedades que implica tu diagnóstico; tienes mucha ansiedad y demasiada información. En estas circunstancias es fácil que tu ansiedad interfiera con tu buen juicio y desarrolles un cierto grado de hipocondría (lo cual no quiere decir que no puedes tener síntomas de infección importante). Es frecuente que el/la especialista -que tiene centenares de pacientes, muchos de ellos graves- tenga poca paciencia con estas consultas, y

## **Tu médico no puede ser tu única fuente de soporte emocional e información**

que tú te quedes con la sensación de no ser atendido/a correctamente. No conviertas el médico en el blanco de tu malestar: busca otros recursos que puedan ofrecerte el tiempo y la información que necesitas.

## **Tu médico no es Dios.**

Tradicionalmente, la relación médico/paciente era una relación jerárquica. El médico decidía. El paciente obedecía. Y punto. Con el tiempo, la manera de entender esta relación ha ido cambiando. En el estado español, la función del médico está regulada por la Ley General de Sanidad de 1986, que protege los derechos del paciente.

## **Culpabilidad, miedo, ignorancia...**

Es frecuente que l@s pacientes VIH+ tengamos tres "puntos débi-



les” que nos pueden impedir ser más asertivos en nuestra relación con l@s profesionales de la salud (tanto los que ejercen la medicina “tradicional” como los que practican la llamada “medicina alternativa”): la culpabilidad, el miedo y la ignorancia.

- culpabilidad: la infección por VIH está, frecuentemente, asociada a comportamientos con una fuerte carga moral: el consumo de drogas, la actividad sexual... En caso de conflicto, un médico desaprensivo puede utilizar el sentimiento de culpabilidad del paciente evocando su vía de infección:

*Paciente: ¿No crees que seis meses entre revisiones es demasiado tiempo?*

*Médico: Tanto preocuparte por tu salud, tanto preocuparte por tu salud... Mejor habría sido que te hubieras preocupado cuando te infectaste, y no ahora...*

- miedo: el hecho que la infección por VIH sea todavía potencialmente mortal, implica que un diagnóstico VIH+ conlleva, de por sí, una carga de miedo importante. A esto se suma que muchos pacientes temen que un conflicto con su médico pueda repercutir negativamente en la calidad de la atención que reciben. En última instancia, su temor es que el médico les pudiera privar del acceso a los tratamientos que necesitan. Aunque es cierto que el carácter corporativista de la profesión médica y de la administración pueden colocar al paciente en una posición de desventaja ante el facultativo en caso de conflicto abierto, la idea que el especialista va a privarte del tratamiento que necesitas es una fantasía que no se ha dado más que en algunos casos extremos.

- ignorancia: el factor que más desequilibra la balanza de poder entre médico y paciente es la información. Los especialistas poseen formación y experiencia. Es muy difícil que un paciente participe activamente en las decisiones de tratamiento si no dispone del vocabulario y los conocimientos suficientes para formar opiniones sólidas. Es imposible entablar un diálogo con el especialista si la información de la que dispones es confusa o errónea. Comentar con el médico información procedente de rumores (“me han dicho que...”) o de los medios de comunicación

generales (periódicos, radio, televisión - plagado de errores...) tiende a ser una pérdida de tiempo para tí y para tu médico. Verifica tu información, comprobando la fiabilidad de sus fuentes. No te fíes de tu memoria: presenta la información por escrito, adjuntando, si es posible, una fotocopia de los artículos. Entre las personas seropositivas, es frecuente que la información se transmita oralmente, deformándose con facilidad. Al final, las informaciones originales se tergiversan hasta convertirse en auténticos disparates. No te tomes demasiado en serio ninguna información recibida hasta que hayas comprobado. Sólo así podrás tener un diálogo constructivo con tu especialista.

### **Aprender a ser paciente.**

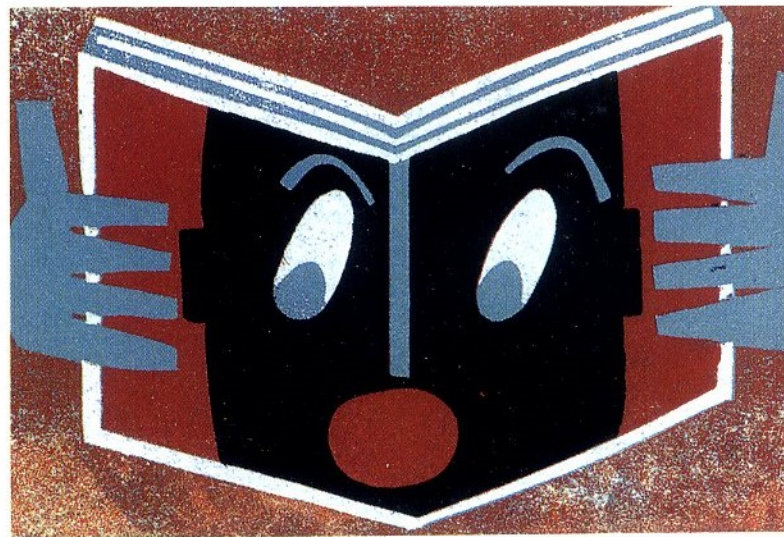
Es importante comprender que, aunque puede haber algún especialista poco profesional o simplemente neurótico/a, la gran mayoría de los aspectos negativos de la relación médico/paciente se dan por factores ambientales: el exceso de trabajo de los especialistas, la avalancha de información a la que se ven sometidos, presiones administrativas, etc. L@s especialistas también tienen sus propios miedos e ignorancias. Y si ellos alguna vez dejan que sus prejuicios personales afecten su buen criterio, l@s pacientes no lo hacemos menos.

Como persona seropositiva, es importantísimo tener una relación satisfactoria con tu especialista. No se trata de buscarle las cosquillas ni enfrentarse, sino de crear la relación fluida, facilitándole el trabajo, a la vez que te aseguras que estás recibiendo la calidad de atención necesaria de una forma tran-

quila y bien informada. Tantea el especialista que te ha sido asignado para ver si puede haber obstáculos para una relación cómoda a largo plazo. Infórmate sobre tus opciones (como la de cambiar de especialista), tomando las medidas adecuadas para afrontar cualquier dificultad que pueda surgir antes de que degeneren en conflicto abierto. En esto (como en tantas otras cosas) es más fácil prevenir que curar.

### **En definitiva...**

Dicen que los prejuicios son fruto de la ignorancia. L@s médicos, sobre todo los con poca expe-



### **El factor que más desequilibra la balanza de poder entre médico y paciente es la información**

riencia), son como seres recién llegados de otro planeta. Ell@s se acercan a tí con buenas intenciones (... o no ...), pero, en cualquier caso, con todos los prejuicios del

mundo. ¡Y a los pacientes nos sucede exactamente lo mismo! Pero, escucha a tu médico. Intenta ver la persona que hay detrás del profesional, con sus impaciencias, con sus sentimientos de impotencia y sus facturas a fin de mes y con todas sus propias culpabilidades, miedos e ignorancias. Intenta comprender con quién hablas, y aprender a expresarte en un lenguaje que pueda entender. No todos los extraterrestres están dispuestos a amoldarse a los terrícolas. Pero, en cualquier caso, a nosotros nos toca hacer la mitad del esfuerzo si queremos lograr una buena convivencia.

GUILLERMO VALVERDE

**CHIRON** | DIAGNOSTICS

Chiron España, S.A.

Laboratorios PENSA



**PENSA - Médica**

**GRUPO ESTEVE**

# "Nuestra" pena, bajo sospecha

*La aparición y expansión del VIH/SIDA, en los últimos 15 años ha supuesto la aparición de colectivos especialmente afectados por la enfermedad, la cual a menudo supone numerosas situaciones de discriminación y segregación social.*

Pero existe un grupo de afectados que permanece al margen de toda consideración de los programas de recursos sanitarios y sociales. Este "colectivo ignorado" es el de los reclusos/as seropositivos que a menudo tienen que vivir con su enfermedad en unas condiciones totalmente precarias y de desinformación. Llegan a la muerte de una forma indigna y llena de sufrimientos tanto para ellos como para sus familias.

Entre un 80% y un 90% de la población reclusa de Cataluña (1), es o ha sido consumidora de drogas por vía endovenosa, de tal forma que ésta es una cifra indicativa para poder afirmar que más del 70% de los reclusos son seropositivos. Estamos hablando de más de 4.500 personas en el ámbito de Cataluña y aproximadamente de unas 35.000 personas en el ámbito estatal.

La política penitenciaria quiere ignorar esta realidad, jugando con estadísticas confusionistas y pretendiendo hacer frente a este problema con la intervención de medidas sanitarias mal impartidas, caracterizadas, podríamos decir, por ser insuficientes, inadecuadas y a menudo incompetentes. En demasiados casos esta "aparición oficial" de toma de conciencia del problema se acompaña de determinadas maniobras ocultistas con el fin de disfrazar la auténtica realidad.

En este sentido es frecuente la excarcelación del recluso enfermo de SIDA, justo antes de su muerte (con el objeto de evitar que conste la defunción en el Centro Penitenciario). O el dificultar por parte de los Equipos Médicos de

los Centros Penitenciarios el acceso a la información médica y a los resultados de los análisis a los reclusos o a sus familiares.

La implantación masiva del SIDA en el mundo carcelario ha significado lo que han denominado algunos, la pena privativa de libertad convertida en una pena de muerte encubierta. De hecho, nos encontramos ante una "administración del sufrimiento", ejercida de una forma sutil: lo que debería consistir en un tiempo de privación de libertad se convierte para los afectados por el VIH en la antesala de su propia muerte. Por otro lado la deficitaria prevención en materia de contagio del VIH en el medio carcelario hace que a lo largo de los últimos años numerosas personas privadas de libertad hayan contraído el virus como consecuencia de su permanencia en la cárcel.

Es evidente que este panorama impone una serie de cuestiones a debatir a corto y largo plazo.

En un primer nivel, respecto a la política prevenciónista de las personas seropositivas en la cárcel, debemos insistir en que tienen que articularse medidas responsables y eficaces respecto al consumo de drogas en los centros penitenciarios. No bastan las sustancias desinfectantes, si las jeringuillas están prohibidas. Penalizar el consumo significa exponerse el mínimo para evitar la sanción disciplinaria. Y, evidentemente, esto implica no utilizar los desinfectantes y, consecuentemente, contagiarse.

En los programas de atención a drogodependientes establecidos por la Administración, se prevé la dispensación y reparto de jeringuillas. Por tanto, estas medidas han de hacerse extensibles a la población toxicómana que se encuentra en los centros penitenciarios, tal como se viene practicando en países como Alemania y Suiza.

Pero, sobre todo, el esfuerzo

tiene que ir destinado a cómo articular que la persona con el VIH en la cárcel pueda ser excarcelada lo antes posible. La reclusión en un centro penitenciario comporta unas condiciones de vida, habitabilidad, alimentación, emocionales y de contagio de enfermedades oportunistas -tales como la alta incidencia de tuberculosis-, que derivan en una aceleración del proceso hacia la muerte.

El VIH/SIDA ha delatado al sistema punitivo en cuanto a la vulneración de los derechos humanos que representa el mundo carcelario y el fracaso de su finalidad reinseradora. El SIDA ha puesto de relieve la terrible contradicción que presenta un sistema de justicia penal en el que el 80% de sus "castigados" son enfermos drogadictos. El SIDA ha significado que los presos, sus familias, los profesionales de la justicia y los movimientos sociales, adquieran un protagonismo en la lucha contra un sistema esencialmente ineficaz y patéticamente injusto.

Como en otras luchas precedentes en la historia el papel de los movimientos sociales en torno a la cárcel puede ser relevante a la hora de transformar una opinión pública construída para legitimar el propio sistema punitivo. Tiene que ser la propia sociedad la que reclame de los poderosos nuevas estrategias de gestión política, social y punitiva. Estrategias coherentes con los derechos fundamentales de las personas a las que gobiernan, elaborando políticas regidas por directrices de justicia social, y no por intereses económicos.

GEMMA CALVET BAROT  
A.S.P. (Associació Sida i Presó)

*Esta sección estará dedicada a las personas con VIH que padecen o han padecido prisión en nuestro país. Esperamos vuestras cartas, testimonios, denuncias y propuestas.*

# ABBOTT

## Más de 10 años combatiendo al VIH



**1985**

Aprobación por la FDA del primer ensayo para diagnósticos in vitro del VIH.

**1987**

Incorporación de la tecnología del ADN recombinante al ensayo del VIH.

**1988**

Primer ensayo combinado para detectar VIH 1 y VIH 2.

**1993**

Aprobación por la FDA de Claritromicina (KLACID®) para el tratamiento de MAC.

Lanzamiento de la primera nutrición específica para pacientes VIH (ADVERA®).

**1994**

Aprobación en España de Claritromicina (KLACID®) para el tratamiento de MAC.

Primer test de VIH de 3ª generación automatizada.

**1995**

Aprobación por la FDA de Claritromicina (KLACID®) para la profilaxis de MAC.

Primer test en autoanalizador de acceso continuo, aleatorio e inmediato (VIH 1/2 AxSYM).

**1996**

Aprobación por la FDA del inhibidor de proteasa Ritonavir (NORVIR®).

Comercialización de NORVIR® en España (28-Oct-96).

**Diagnóstico + Nutrición + Tratamiento**  
**El compromiso de ABBOTT**



ABBOTT LABORATORIES, SA . Josefa Valcárcel, 48. 28027 MADRID

## “Saber mal Perjudica”

Lo más negativo de este mes, y desde hace ya algún tiempo, es el juego didáctico “Saber Ayuda” de La Caixa de Pensiones. Tienen una exposición permanente en el Museo de la Ciencia de Barcelona, que no se adapta a los nuevos avances. Por ejemplo, desde el inicio de la campaña en 1994 ¡no han incorporado los nuevos fármacos disponibles! En el vídeo que acompaña el programa, el SIDA es la peste del siglo XX (no es una paráfrasis). Y en el juego interactivo para adolescentes, se considera que de entre las prácticas de riesgo ¡la penetración anal con condón es más peligrosa que la penetración vaginal sin condón! La Coordinadora Gai - Lesbiana de Barcelona manifestó su indignación y exigió un cambio en esa “lista negra” de prácticas sexuales. El director del Museo, Sr. Jorge Wagensberg, se niega a hacer cualquier modificación. Ahora, las chicas españolas (es un juego difundido por todo el estado) no se van a preocupar demasiado del sexo vaginal sin preservativo, porque al parecer hay cosas más peligrosas. Hasta hoy, las mujeres infectadas lo han sido por culpa de falta de políticas preventivas. A partir de ahora lo serán por programas de prevención erróneos y negligentes. Nuestra predicción: el ritmo de seroconversión en España (que tiene el honor de estar en 1ª posición europea desde 1994) va a aumentar gracias a la contrainformación difundida por “la Caixa”.

## Países de riesgo

Pero todavía hay más. España cuenta con el más alto índice de SIDA comparado con el de cualquier otro país europeo, con un total de 180 casos por millón de habitantes. Detrás de España se sitúan Italia, con 101 por millón; Francia, con 89 por millón; y Suiza, con 87 por millón. Por ejemplo, se calcula que en España van a nacer más niños VIH+ que en el conjunto del resto de 14 países de la Unión Europea. ¿Y qué se les ocurre a las mentes pensantes y bien pagadas sobre el asunto? Pues cambiar la retórica de los grupos de riesgo por la de los países de riesgo: “Es importante contar con una iniciativa transfronteriza que prevenga a los turistas de los riesgos que pueden correr”, afirma Peter Piot, director del Programa de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (1). Todo un alarde imaginación y eficacia, ¿no os parece?

## La desagradable distinción española

Por otra parte, y para acabar por esta vez, el pasado mes de noviembre médicos de reconocido prestigio en el campo del VIH presentaron un informe en el Parlamento Catalán en el que se estima que entre el 0,8% y el 1,2% de la población total de España está infectada por el VIH (2). Los números (en términos absolutos, aproximadamente 400,000 personas seropositivas) coinciden mucho con los países no desarrollados y con otros que no hacen campañas de prevención/información. ¿Alguien sabe si la reforma del tratado de Maastricht habla del VIH/SIDA?

1. Gracias a un amigo de Málaga por enviarnos este artículo, que apareció en Internet en diciembre. The Lancet (7.12.96), Vol 348 No. 9041 P 1578.

2. Parlament de Catalunya, Estudi sobre la SIDA, 22.11.97. DSPC-C 116.

¿Cómo has conocido la revista?

---

---

---

---

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

Selección de temas:   
Contenidos:   
Diseño:   
En general:

Desde tu punto de vista, ¿qué temas faltan?

---

---

---

---

¿Y qué temas sobran?

---

---

---

---

¿Qué sección o artículo te ha interesado más?

---

---

---

---

¿Buscarás el próximo número de “Lo + Positivo”?

---

---

---

---

Recorta y envíanos esta breve encuesta a

GTT C/ Pi, 10 1º 2ª  
08002 Barcelona

RESPONDENOS Y VERÁS

## *"Saber mal Perjudica"*

Lo más negativo de este mes, y desde hace ya algún tiempo, es el juego didáctico "Saber Ayuda" de La Caixa de Pensiones. Tienen una exposición permanente en el Museo de la Ciencia de Barcelona, que no se adapta a los nuevos avances. Por ejemplo, desde el inicio de la campaña en 1994 ¡no han incorporado los nuevos fármacos disponibles! En el vídeo que acompaña el programa, el SIDA es la peste del siglo XX (no es una paráfrasis). Y en el juego interactivo para adolescentes, se considera que de entre las prácticas de riesgo ¡la penetración anal con condón es más peligrosa que la penetración vaginal sin condón! La Coordinadora Gai - Lesbiana de Barcelona manifestó su indignación y exigió un cambio en esa "lista negra" de prácticas sexuales. El director del Museo, Sr. Jorge Wagensberg, se niega a hacer cualquier modificación. Ahora, las chicas españolas (es un juego difundido por todo el estado) no se van a preocupar demasiado del sexo vaginal sin preservativo, porque al parecer hay cosas más peligrosas. Hasta hoy, las mujeres infectadas lo han sido por culpa de falta de políticas preventivas. A partir de ahora lo serán por programas de prevención erróneos y negligentes. Nuestra predicción: el ritmo de seroconversión en España (que tiene el honor de estar en 1ª posición europea desde 1994) va a aumentar gracias a la contrainformación difundida por "la Caixa".

## *Países de riesgo*

Pero todavía hay más. España cuenta con el más alto índice de SIDA comparado con el de cualquier otro país europeo, con un total de 180 casos por millón de habitantes. Detrás de España se sitúan Italia, con 101 por millón; Francia, con 89 por millón; y Suiza, con 87 por millón. Por ejemplo, se calcula que en España van a nacer más niños VIH+ que en el conjunto del resto de 14 países de la Unión Europea. ¿Y qué se les ocurre a las mentes pensantes y bien pagadas sobre el asunto? Pues cambiar la retórica de los grupos de riesgo por la de los países de riesgo: "Es importante contar con una iniciativa transfronteriza que prevenga a los turistas de los riesgos que pueden correr", afirma Peter Piot, director del Programa de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (1). Todo un alarde imaginación y eficacia, ¿no os parece?

## *La desagradable distinción española*

Por otra parte, y para acabar por esta vez, el pasado mes de noviembre médicos de reconocido prestigio en el campo del VIH presentaron un informe en el Parlamento Catalán en el que se estima que entre el 0,8% y el 1,2% de la población total de España está infectada por el VIH (2). Los números (en términos absolutos, aproximadamente 400,000 personas seropositivas) coinciden mucho con los países no desarrollados y con otros que no hacen campañas de prevención/información. ¿Alguien sabe si la reforma del tratado de Maastricht habla del VIH/SIDA?

1. Gracias a un amigo de Málaga por enviarnos este artículo, que apareció en Internet en diciembre. The Lancet (7.12.96), Vol 348 No. 9041 P 1578.

2. Parlament de Catalunya, Estudi sobre la SIDA, 22.11.97. DSPC-C 116.

¿Cómo has conocido la revista?

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

Selección de temas:   
Contenidos:   
Diseño:   
En general:

Desde tu punto de vista, ¿qué temas faltan?

¿Y qué temas sobran?

¿Qué sección o artículo te ha interesado más?

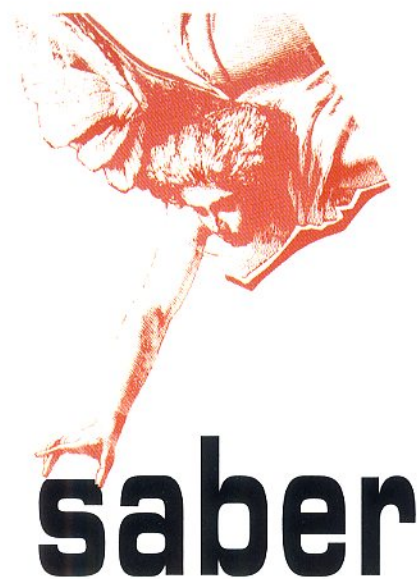
¿Buscarás el próximo número de "Lo + Positivo"?

Recorta y envíanos esta breve encuesta a

GTT C/ Pi, 10 1º 2ª  
08002 Barcelona

RESPONDENOS Y VERÁS

# glosario



# poder



## **ADN (Acido Deoxiribonucleico)**

Una proteína compleja y el almacén de la información genética. El VIH tiene la capacidad de asimilarse al ADN de una célula, cambiar su información genética y utilizarlo para replicarse.

**Antibiótico** Una sustancia derivada de un moho o una bacteria que inhibe el crecimiento de otros organismos y es usada para combatir infecciones.

**Anticuerpos** Proteínas de defensa que son producidas y segregadas por ciertos tipos de células blancas sanguíneas, en respuesta a un estímulo producido por un antígeno. Los anticuerpos atraen o neutralizan estos antígenos para que las células blancas sanguíneas las ingeran.

**Antirretroviral** Es el nombre que se da a los fármacos utilizados para combatir un retrovirus como es el caso de VIH.

**ARN (Acido Ribonucleico)** Una proteína compleja asociada con la mutación de las proteínas. El ARN sirve al VIH como material genético para variar la información del ADN.

**Asintomático/a** Una infección o fase de una infección que no presenta síntomas de ningún tipo. Con frecuencia, también se utiliza esta expresión cuando la falta de síntomas sólo es aparente, pero en realidad los síntomas son detectables con pruebas de laboratorio; en este caso los médicos hablan, con más exactitud, de infección subclínica.

**Carga viral** Cantidad de ARN del VIH que se encuentra en la sangre; se suele expresar en número de copias por mililitro o milímetro cúbico de sangre. Su progresión o reversión son geométricas, por lo que se expresan por valores logarítmicos (log). Su medida se considera hoy en día un factor fundamental para el seguimien-

to de la infección por VIH. Debe exigirse la realización de la prueba de la carga viral cada tres meses.

**CD4** Una proteína insertada en la superficie de las células/linfocitos T ayudantes (helpers), a través de la cual el VIH los invade.

**Células T** Células blancas de la sangre. Las diferentes clases de células T producen las linfoquinas y son en parte responsables de llevar a cabo la respuesta del sistema inmunológico frente a los antígenos. También se les conoce como linfocitos T.

**Células T4 (CD4 o T4)** Un subgrupo de las células T cuya función es el reconocer antígenos y a continuación activar diversos procesos de respuesta frente a éstos. Son el objetivo de la acción aniquiladora del VIH. Por ello, la medida de la cantidad de células T4 en la sangre era el indicador más usado para conocer el grado de actividad del VIH. La relación entre T4 y T8 en un sistema inmunológico no infectado es de 2 a 1; esta relación puede ser la inversa, de 1 a 2, en la sangre de las personas con VIH/SIDA. Ahora existe otra medida más explícitamente rápida del estado inmunológico - la medida de la carga viral.

**Células supresoras (T8)** Un subgrupo de las células T que frena la actividad del sistema inmunológico cuando detectan que la amenaza de la infección ha desaparecido y lo devuelve a su actividad habitual de vigilancia. Sin embargo, las T8 son engañadas con frecuencia por un VIH escondido en las T4, y frenan al sistema inmunológico por que no reconocen su presencia.

**Citoquina** Un mensajero químico del cuerpo humano cuya función es contribuir a la regulación del sistema inmunológico.

**CMV, citomegalovirus** Un virus relacionado con la familia de los herpes. En las personas con VIH/SIDA el CMV puede provocar hepatitis, infecciones gastrointestinales, neumonía e infecciones oculares, causando ceguera.

**Cofactores** Otras sustancias, microorganismos o características ambientales de un individuo que hacen más probable que éste desarrolle el SIDA después de haber sido infectado por el VIH. Cofactores son, por ejemplo, los parásitos y el grupo de virus herpes.

**Combinación, terapia de** El uso de dos o más fármacos o tratamientos. Estudios recientes demuestran que la terapia de combinación triple es la que se muestra más eficaz para evitar la resistencia del VIH a los antirretrovirales.

**Contraindicaciones** Circunstancias o condiciones que hacen que una medicina o forma de tratamiento sea inapropiada para una enfermedad específica. En muchos casos, ciertos medicamentos están contraindicados con otros, lo cual significa que no los puedes tomar a la vez.

**Crónico/a** Relativo a los estados de salud permanentes, y en especial a las condiciones o enfermedades incurables que pueden detenerlas sin llegar necesariamente a ser fatales. El VIH es una infección crónica con la que, debidamente tratada, se puede vivir, según los últimos estudios, muchos años.

**Demencia** La degradación de la actividad cerebral que afecta seriamente a las habilidades corporales y al discernimiento mental. La demencia es una de las pocas enfermedades que puede provocar directamente el VIH, aunque también puede ser causada por la falta

de tratamiento de la Meningitis Criptococcal y por el Toxoplasma. Hay poca investigación sobre el tema, aunque en diversos estudios postmortem se han encontrado síntomas de la demencia en los cerebros de hasta el 60% de las personas VIH+.

**Efectos secundarios o adversos** Las acciones o efectos no deseados producidos por un tratamiento. Normalmente se usa este término para referirse a efectos tales como dolores de cabeza, irritaciones en la piel o daño en el hígado. Los efectos secundarios deben ser evaluados tanto a corto como a largo plazo.

**Enfermedades oportunistas.** Enfermedades causadas por agentes que normalmente se hallan presentes en nuestros cuerpos o en el medio ambiente, pero que únicamente producen enfermedad cuando hay alteración en las circunstancias normales de salud, como por ejemplo, cuando el sistema inmunológico no funciona bien.

**Macrófago.** Una célula "basurera" que se encuentra en los tejidos del cuerpo y es capaz de destruir e ingerir las bacterias invasoras y otras sustancias ajenas al cuerpo.

**Médula ósea.** Tejido blando que se encuentra en la cavidad interna de los huesos. La médula ósea produce células blancas y células rojas de la sangre.

**Neuropatía periférica** Desorden de los nervios, afectando normalmente los pies o las manos, y en ocasiones a las piernas y los brazos. Se reconoce por un hormigueo molesto.

**Nódulos linfáticos** Pequeños órganos del tamaño de una habichuela que se encuentran distribuidos por todo el

cuerpo en el sistema de circulación de la linfa.

**Pancreatitis** Inflamación del páncreas, el órgano responsable de segregar enzimas digestivas y la insulina. Los fármacos antivirales ddI y ddC pueden causar pancreatitis en algunos individuos.

**Pandemia.** Fenómeno en el que una enfermedad se encuentra ampliamente extendida entre personas pero sin limitarse a un grupo o territorio determinados, como sería el caso de una epidemia.

**Placebo** Sustancia inocua que se suministra a una persona o grupo que sirven de control respecto a otras personas que toman una nueva sustancia o combinación de sustancias en experimentación.

**Profilaxis** Cualquier sustancia o medida (vitamina C, condones, vacunas, septrin, etc.) tomada a fin de prevenir la ocurrencia de infecciones o enfermedades.

**Receptor** Estructura molecular en la superficie de la célula que se caracteriza por unirse selectivamente a una sustancia específica y por su efecto fisiológico específico que acompaña a esa unión.

**Resistencia** Capacidad que desarrolla el VIH para mutarse y hacerse resistente a los fármacos antirretrovirales.

**Resistencia cruzada** Cuando la resistencia del VIH a un fármaco provoca a su vez resistencia a otro.

**Tuberculosis** Enfermedad altamente infecciosa causada por el microbacterium tuberculosis el cual típicamente afecta a los pulmones, pero que puede





# TU VISIÓN

La retinitis por CMV es una infección de la retina originada por el citomegalovirus (CMV). Esta enfermedad no afecta a todas las personas VIH positivas o con SIDA, pero el riesgo de desarrollar retinitis por CMV aumenta de forma muy importante cuando disminuye el recuento de células CD4. Los pacientes que reciben tratamiento conservarán su visión. Por el contrario, la retinitis por CMV no tratada puede originar ceguera y, por tanto, la instauración precoz de tratamiento médico es esencial.

# PREVISIÓN

Realiza un control regular de tu visión. Efectúa un control de cada ojo de forma independiente, con el otro cubierto. Si observas cualquier pérdida de visión, especialmente un incremento de partículas flotantes (pequeñas manchas de color negro), consulta a tu médico inmediatamente. El médico te realizará una determinación ocular para valorar si tienes o no cualquier lesión, empleando probablemente gotas para dilatar en primer lugar la pupila. Solicita asesoramiento respecto a cómo realizar en tu domicilio controles sencillos de la visión, así como en lo relativo a todos los tratamientos comercializados.

Al mantener un control regular de tu visión, puedes ayudar a que tu médico te ayude. Piensa en tu visión y efectúa los controles.



Productos Roche, S.A.  
Ctra. de Carabanchel a la de Andalucía, s/n  
28025 Madrid