

LO + POSITIVO

MAYO-JUNIO 1998 N°5

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

- **¿Por qué yo?** Una mujer seropositiva
- **Dieta primaveral** ¡A comer!
- **Una calada de 50.000 pesetas** Un asunto de drogas
- **Tu nombre envenena mis sueños** Las cándidas
- **Los impenetrables** Quimiocinas

Aquí ocurre algo



Bristol-Myers Squibb

"Nuestro nombre
dice mucho
de nosotros"

Líderes
en la
investigación
del
VIH

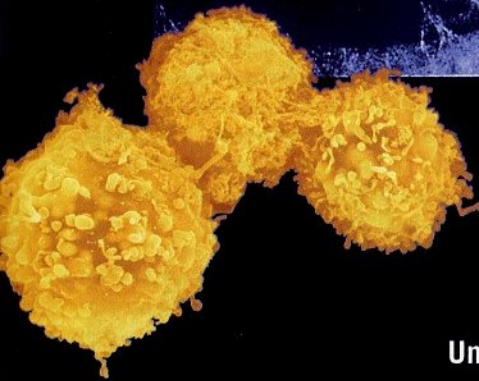


Bristol-Myers, S. A.
Grupo Bristol-Myers Squibb



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

E. Ludwig



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

Una nueva opción potente y cómoda para cualquier terapia antirretroviral.



Boehringer
Ingelheim 

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

El equipo de Lo+Positivo somos:

Rob Camp
Jaume Fabrés
Ismael Sala Salas
Maite Suárez
Joan Tallada

En este número han colaborado:

Coordinadora Gay Lesbiana
Eduardo Alonso
Ismael Carrillo
Georgina Fabrés
Montserrat Moliner
Juan Carlos Nuviala
Jordi Palasí & Marina Albadalejo
Galletas La Polar

Gracias a Positive Nation, de Londres.

Lo+Positivo es una publicación del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos sobre el VIH (GTT), una asociación sin ánimo de lucro que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el SIDA. De esta manera queremos contribuir a que las personas con VIH puedan decidir por sí mismas, en diálogo con su médico, si tratarse, y en tal caso, cómo y cuándo hacerlo. También abordamos cualquier otro aspecto social, económico, político o cultural relacionado con la situación de las personas con infección por VIH.

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

GTT

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

Redacción:

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

Imprime:

ARKAB Gràfiques
Depósito Legal: B-40431-97

Con el patrocinio de:

Bristol-Myers Squibb
Glaxo Wellcome
Merck Sharp and Dohme
Productos Roche
Boehringer Ingelheim
Pharmacia & Upjohn
DuPont Pharma

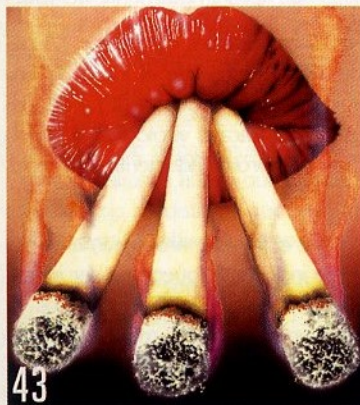
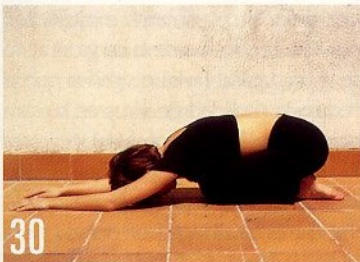
Lo+Positivo no comparte necesariamente el contenido de los artículos firmados.

Aunque parezca mentira, hay esfuerzos que valen la pena. A lo largo de dos meses se ha estado dando la vara desde diferentes frentes para conseguir la aprobación de nuevos fármacos en España. Al final, se han autorizado la mayoría de ellos, pero aun así parece que siguen habiendo problemas con dos no análogos de nucleósido: delavirdina y efavirenz. Se ha denegado el inicio de acceso expandido a delavirdina, aunque esperamos que el de efavirenz se abra en julio: ¡9 meses después de que se hiciera en otros países europeos! Esto se explica por el hecho de que el sistema actual para crear programas de acceso expandido implica que el comité ético de cada hospital debe aprobar el ofrecimiento que se le hace. Se trata de un proceso extremadamente lento y caro, lo que da un argumento más a favor de una agencia estatal de ensayos clínicos sobre el VIH de la que se viene hablando últimamente. Esta agencia, además de dar vía libre a, y garantizar diferentes tipos de, acceso a fármacos antes de su aprobación final -sin necesidad de peregrinar de centro en centro de salud- podría impulsar y coordinar todos los estudios que se llevan a cabo en nuestro país. Este organismo también podría tomar una decisión válida para todo el Estado sobre las nuevas pruebas de carga viral con un límite de detección de 20 copias (los llamados tests ultrasensibles), que ya se encuentran en el mercado internacional. Tanto Roche como Chiron, las empresas que comercializan estas nuevas pruebas, han ofrecido regalar el aparato a los hospitales, pero al tener que esperar respuesta de cada uno ellos, y no de una agencia estatal, otra vez parece que va a haber retrasos innecesarios.

El segundo tema de este mes, relacionado con el anterior, es la coordinación de acción entre ONG. En el reportaje central, nuestros entrevistados insisten en la fragilidad de las redes de coordinación, por lo que hay que pensar en cómo utilizar mejor los instrumentos de los que ya disponemos. La cosa no tiene secretos, y los resultados pueden ser alentadores: poco después, por ejemplo, de que un buen puñado de activistas decidimos una acción rápida y común para la aprobación de nelfinavir, éste fue aprobado. ¿Casualidad, coincidencia? La tecnología y las estructuras a nuestro alcance son variadas: teléfono, fax, a veces correo electrónico, prensa, grupos de profesionales y de personas VIH+, etc. Sólo hace falta utilizarlas ágilmente para influir con ideas que compartimos.

Y como aperitivo, una acción sencillita. La autorización de los accesos expandidos de delavirdina, de efavirenz y dentro de poco amprenavir (un nuevo inhibidor de la proteasa), así como de las nuevas pruebas ultrasensibles de carga viral, necesita tu apoyo y/o el de tu organización. Envía faxes al Ministerio de Sanidad: Sra. Ana Echevarría (913155247), Sr. Pedro Gómez (915964405), Sra. Carmen Laguna (913155247), Alejandra Montero (915964317), el Secretario del Plan Nacional del SIDA, Sr. Francisco Parras (915961719), y el Ilustrísimo Ministro de Sanidad, Sr. José María Romay Beccaria (915961719).

El equipo de Lo+Positivo



ARTICULOS

12 AQUÍ OCURRE ALGO

Un repaso de muchos temas candentes a 4 voces.

22 LOS IMPENETRABLES

Hay a quién un defecto genético le hace inmune al VIH: ¿se podría imitar para beneficio de tod@s.

28 TU NOMBRE ENVENENA MIS SUEÑOS

Contra lo que podría decir su nombre, las cándidas no son unas bacterias tan ingenuas.

SECCIONES

6 LA VERDAD ESTÁ AQUÍ DENTRO

¿Qué me pasa, doctor Deeks?.

26 ¡A COMER!

Platos contrastados, para variar.

30 ANOTACIONES AL MARGEN

¿Qué relación hay entre el VIH y los elefantes? Otra forma de estar en el mundo.

32 LO+PERSONAL

Una visión dinámica e interactiva sobre los antirretrovirales.

35 MÉDICOS Y PACIENTES

La soledad del corredor de fondo.

36 UNA MUJER SEROPOSITIVA

Harta, furiosa, consciente, esperanzada.

39 CASTIGAR O SANAR

Cambios, fármacos y prisión.

40 LAS+POSITIVAS

La extensión del VIH entre las mujeres sigue siendo una de las pandemias ocultas. U ocultadas.

42 OPIN@

Vida y muerte de las ideas.

43 UN ASUNTO DE DROGAS

Hecha la ley, hecha la trampa.

45 LO+NEGATIVO

Donación de sangre: por ella no pasa el tiempo.

46 GLOSARIO

O como incrementar tu colección de palabras fetiches.



Implicaciones clínicas del

'fracaso' viroológico:

entrevista con el Dr. Steven Deeks, del Hospital General de San Francisco

Recientemente se ha detectado que en algunos pacientes tratados con un régimen en el que se incluye un inhibidor de la proteasa y ha fallado el control del virus, se aprecia un mantenimiento del recuento de células CD4 (T-cooperante) y parecen mejorar clínicamente en contra de lo que cabría esperar dada su carga viral. Hasta la fecha, el informe más exhaustivo sobre esta observación es el estudio de una cohorte de 143 pacientes diagnosticados con 'fracaso virológico' cuyo seguimiento se realizó durante una media de 18 meses en el Hospital General de San Francisco. Este informe se presentó como póster en la 5ª Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas de Chicago. *AIDS TREATMENT NEWS*, un boletín de la comunidad de San Francisco, entrevistó al director del estudio Steven G. Deeks sobre sus hallazgos y sobre las directrices actuales en el Hospital General de San Francisco para el tratamiento de pacientes cuya carga viral no pudo reducirse a niveles indetectables con una terapia antirretroviral.

La verdad

Resumen del póster presentado en la Conferencia so- bre retrovirus

En la cohorte de 143 pacientes, cuyo seguimiento fue de 18 meses, se dieron siete muertes y sólo ocho nuevos casos de sucesos que definen SIDA (pneumocistosis, etc.) No se dieron nuevos casos de CMV o MAC. Se realizaron más análisis en los 108 pacientes con registro inicial de carga vírica. Antes del análisis los pacientes fueron distribuidos entre tres grupos mutuamente excluyentes:

A. Pacientes sin respuesta, con una reducción de la carga viral no mayor de un log por debajo de la línea basal (lo que significa que el régimen antirretroviral jamás redujo la cantidad de virus en su sangre a una décima parte o menos del nivel inicial antes del inicio del tratamiento) – 22 personas;

B. Pacientes con respuesta temporal, los que tuvieron por lo menos una bajada de carga viral al menos un log por debajo de la línea basal, pero cuya carga viral había rebotado hasta los niveles iniciales en su última visita – 45 personas; y

C. Pacientes con respuesta duradera, aquéllos cuya carga viral se redujo en más de un log en su última visita (pero, al igual que los otros, quedaban dentro de la definición estricta de 'fracaso' al no estar por debajo de las 500 copias en las dos últimas visitas) – 41 personas.

A los 18 meses, incluso los pacientes sin respuesta tuvieron un incremento medio de aproximadamente 50 células en los recuentos de CD4. Los pacientes con respuesta temporal tuvieron un incremento medio de más de 100 células y los pacientes con respuesta duradera más de 150. El incremento medio en los 108 pacientes cuyo tratamiento había 'fracasado' fue aproximadamente de 100.

Las siguientes conclusiones son citas textuales del póster: "A pesar de una duración media de 18 meses desde el inicio de una combinación potente con inhibidores de la proteasa (IP) y de más de 12 meses desde la emergencia del fracaso virológico, la subida de células T en este grupo fue de aproximadamente 100 células/mm³.

"Estas observaciones sugieren que el fracaso, virológicamente definido, de un régimen en el que se incluyen IP puede no ser indicativo de subsiguientes disminuciones de células CD4 T (en los 12 meses posteriores)." Se requeriría un seguimiento más prolongado de esta cohorte para poder examinar las implicaciones clínicas adicionales del fracaso de los IP.

está aquí dentro

La entrevista

AIDS TREATMENT NEWS: En este estudio sobre las consecuencias clínicas del fracaso virológico de la terapia con IP se considera a l@s "pacientes con respuesta duradera" como pacientes cuyo tratamiento ha fracasado. ¿Por qué?

DR. DEEKS: No se dio en ell@s el criterio estricto que se ha convertido en el estándar óptimo de toda terapia, que es conseguir el mantenimiento de la indetectabilidad de la carga viral. Su respuesta fue clara; su carga viral bajó y se mantuvo baja, pero, al menos, en una de las dos últimas visitas era detectable (mayor de 500 copias/ml según el test estándar bDNA).

ATN: ¿Hubo en este estudio predictores de respuesta pobre de los pacientes?

DR. DEEKS: Nuestra presentación sólo pretendía ser informativa: "Esto es lo que vimos". Tomar esta observación y definir cómo deberían tratar el tema de recuentos CD4 y de carga viral sería prematuro. Nuestros datos simplemente afirman que l@s pacientes que identificamos como "fracasos" con el tratamiento con inhibidores de la proteasa mantenían claramente un incremento sostenido de CD4. Éste es el punto principal de esta presentación. No afirmamos que a la larga est@s pacientes no vayan a progresar. Pero por lo que sabemos, entre los 12 y los 18 meses después de que registráramos el fracaso no se produjo ni un descenso de CD4 ni una progresión clínica en la mayoría de l@s pacientes. Esto concuerda con las conclusiones de la Dra. Judy Currier sobre su estudio ACTG 320: mostró que en las personas que habían recibido AZT+3TC o AZT+3TC+indinavir, sólo un pequeño aumento en el recuento de CD4 por encima de la línea basal (tras ocho semanas de tratamiento) se asoció íntimamente con un buen resultado clínico. Nuestros datos coinciden con sus observaciones.

Una posible interpretación práctica es que si l@s pacientes obtienen una respuesta de las células T, por pequeña que sea, ésta puede traducirse en un prolongado beneficio clínico. L@s pacientes en los que no se observe esta respuesta de las células T al tratamiento con IP pueden beneficiarse de una profilaxis más agresiva contra infecciones oportunistas. Con todo, nuestros resultados no pueden demostrar que si se fracasa virológicamente con un tratamiento con IP el/la paciente deba seguir con ese tratamiento en particular, ni siquiera que deba seguir tratamiento alguno. Para dar respuesta a estas cuestiones habría que realizar un estudio clínico prospectivo comparando las distintas opciones posibles para l@s pacientes: dejar la terapia, cambiar de terapia o seguir con la misma terapia.

ATN: ¿Cuáles son los riesgos de seguir con la terapia a pesar del fracaso virológico?

DR. DEEKS: Si se permite la replicación viral con una presión selectiva, podría desarrollarse resistencia de alto nivel al fármaco.

Este proceso puede seguir manifestándose mucho tiempo después de que la carga viral empieza a incrementarse, lo que puede limitar las opciones de futuro con las llamadas 'terapias de rescate'. Un segundo riesgo sería el mantenimiento de los efectos secundarios, los cuales, para algun@s, pueden pesar más que cualquier efecto duradero de estas terapias. En nuestra clínica, la gran mayoría de pacientes, una vez fracasado virológicamente su régimen con IP, o bien siguieron con la misma terapia o bien cambiaron a otra terapia con un IP diferente. Virológicamente, estos grupos tuvieron un resultado parecido. No demasiad@s pacientes consiguieron una supresión vírica duradera tras cambiar a otro régimen con un segundo IP. No podemos pronunciarnos sobre si se hubieran obtenido mejores resultados o no de haber abandonado toda terapia.

Hay que destacar también que investigadores clínicos de la Universidad Johns Hopkins han informado sobre una razonable eficacia de un cambio rápido a otro régimen con un segundo IP. El hecho de que algun@s de sus pacientes cambiaron de régimen con prontitud puede ser crucial. El retraso de este cambio durante meses, común entre la mayoría de pacientes que estudiamos, puede favorecer el desarrollo de resistencia de alto nivel.


ATN: ¿Existe algún dato sobre pacientes que decidieron interrumpir del todo cualquier terapia?

DR. DEEKS: Sólo tenemos media docena de pacientes que decidieron abandonar por completo los antirretrovirales tras fracaso virológico del tratamiento. Entre los facultativos del Hospital General de San Francisco existe el fuerte convencimiento de que abandonar toda terapia no es algo recomendable. De manera que no tenemos datos para establecer una comparación. Así que sólo podemos afirmar que según nuestras observaciones, tras 12-18 meses el fracaso virológico no tiene por qué asociarse a fracaso clínico. Aunque esto no justifica que alguien diga: "mi IP ha fracasado pero voy a seguir tomándolo". Eso es algo que realmente no sabemos y, ciertamente, existen riesgos si se sigue con el tratamiento.

ATN: ¿Se ha observado un incremento de resistencia viral en est@s pacientes?

DR. DEEKS: No lo hemos buscado aún y no tenemos demasiados datos sobre resistencias en est@s pacientes. Habrá que hacer este análisis.





Carga viral: ¿Cómo de baja debe ser una carga viral baja?

ATN: ¿Cuál es el siguiente paso?

DR. DEEKS: Los virólogos e inmunólogos necesitan hacer un estudio más detallado y tratar de determinar si existe alguna razón subyacente para pensar que el fracaso virológico y la resistencia a un IP puedan conferir una disminución de la virulencia virológica. Esto podría explicar por qué virus resistentes actuarían de modo menos destructivo con las células T. Otras observaciones afines sugerirían también que la resistencia a los IP se produce no sin un coste elevado para el virus.

ATN: En la destrucción inmunológica, la cuestión sería ¿Es posible que el virus no elimine las células CD4 sino que evite que éstas se produzcan en primera instancia?

DR. DEEKS: Sí. Y es posible que la respuesta virológica temporal pudiera llevar a un beneficio clínico sostenido. Si el problema causado por el virus se da precozmente en el desarrollo de un sistema inmunológico maduro, podría pensarse que un pequeño lapso de tiempo sin la actuación del virus sería suficiente para que se regenerara el sistema inmunológico. Por lo tanto, la función inmunológica podría mantenerse en caso de reaparecer el virus y esto supondría un beneficio clínico sostenido. Queda implícito, no obstante, que la progresión ocurrirá tarde o temprano; pero desconocemos cuándo va a producirse.

Si se estudian con detenimiento los datos de los ensayos con análogos de nucleósido se aprecia que la respuesta a los recuentos de células CD4 es más constante que la respuesta virológica. De manera que lo que hemos observado puede no asociarse a fracaso de IP específicamente. Puede tratarse de un fracaso asociado a cualquier clase de fármacos antirretrovirales.

ATN: ¿Qué necesitaríamos para contestar a la pregunta de si la gente debe permanecer con el tratamiento o abandonarlo? ¿Un ensayo clínico?

DR. DEEKS: Lo que las personas necesitan no es saber si parar, cambiar o reciclar: necesitan nuevos y mejores fármacos.

Tal vez durante el próximo año se cuente con evidencia clínica sobre cómo optimizar el tratamiento de pacientes que no responden virológicamente a los inhibidores de la proteasa. Presumiblemente, los ITINN serán un componente crucial de esta estrategia.

Estos fármacos, los ITINN, efavirenz (Sustiva®), nevirapina (Viramune®) o delavirdina (Rescriptor®) son muy potentes, pero rara vez son eficaces a menos que se administren con otros fármacos que sean efectivos. Para los pacientes que ya han pasado por la primera línea de terapias antirretrovirales, probablemente, ya no habrá ese fármaco o par de fármacos lo suficientemente eficaces como para dirigir una supresión completa.

ATN: ¿Cuál es su criterio sobre el asunto de si una carga viral por debajo de 400 copias es lo bastante buena o si por el contrario debe estar por debajo de 50, 40 o menos?

DR. DEEKS: Este es uno de los temas que va a traer de cabeza a los facultativos el próximo año. Los datos que los Laboratorios Abbott presentaron hace un año muestran claramente que cuanto más se rebaja, más tiempo permanece baja, lo cual tiene su lógica. De manera que el objetivo de la terapia sería bajar la carga viral lo máximo posible.

Otros datos sugieren que una gran proporción de pacientes 'indetectables' con las pruebas estándar serían detectables con las pruebas ultrasensibles; lo que constituye una gran preocupación.

Algunos otros pósters de la Conferencia sobre Retrovirus son también relevantes en este sentido. Un estudio europeo, relativamente pequeño, se centró en comparar cinco fármacos frente a cuatro fármacos frente a tres fármacos. Los investigadores observaron los índices de reducción viral en las primeras dos semanas [con qué rapidez desciende el virus al inicio de una terapia antirretroviral] y apreciaron que a medida que se incrementa el número de fármacos con los que empieza el/la paciente, la reducción se incrementa sustancialmente. Personalmente, esto me sugiere que las combinaciones actuales de tres fármacos, por ejemplo, la clásica AZT+3TC+indinavir puede no ser suficiente para rebajar por completo la carga viral; si se tiene en cuenta que con cuatro o cinco fármacos se consigue un descenso más rápido. Esto indicaría también que los regímenes actuales con tres fármacos pueden ser subóptimos para algunos pacientes, lo que explicaría por qué seguimos apreciando fracaso del tratamiento en pacientes con una estricta adhesión al tratamiento. ¿Qué importancia tiene conseguir los niveles más bajos posibles de carga viral? Obviamente, el estándar óptimo para contestar esta pregunta sería la ausencia de progresión clínica. Pero en las personas que llegan a estos niveles tan bajos se da muy poco la progresión clínica; nos llevaría años distinguir entre, por ejemplo, los que están por debajo de 400 de aquellos que están por debajo de 40. En la práctica nunca sabremos la diferencia a ciencia cierta.

De manera que volvemos a la teoría. La teoría tiene mucho que ver con lo que hacemos, y tal vez debe ser así. Aquí la teoría nos sugiere que cuanto menos replicación viral se tenga, menos resistencia se desarrollará y más tiempo actuarán correctamente los fármacos. Así pues, el objetivo principal de la terapia antirretroviral debe ser reducir los niveles de carga viral tanto como sea posible.

Fuente: AIDS Treatment News Issue #289 - February 20, 1998; publicación bimensual. Suscripciones y Redacción: P.O. Box 411256 San Francisco, CA 94141

Vigilancia de los regímenes

Toronto Sun Online (01/20/98)

En una conferencia satélite celebrada en Montreal, el Dr. Mark Wainberg, presidente de la *International AIDS Society* y director del *Mc Gill University AIDS Center*, y el Dr. Calvin Cohen, profesor de la *Harvard Medical School*, explicaron que los inhibidores de la proteasa han de ser tomados en combinación con otros fármacos y en un régimen estrictamente controlado para ser efectivos. Si no se respeta el régimen, pueden aparecer mutaciones y resistencia viral.

En palabras del Dr. Wainberg: "Existen múltiples evidencias que demuestran que si un/a paciente pierde alguna toma de pastillas, y toma sólo 2 de los 3 fármacos, el virus puede replicarse en la presencia de 2 fármacos y crear resistencias que no ocurrirían con los 3 fármacos". Cohen también destacó la importancia de seleccionar un régimen farmacológico que el/la paciente pueda seguir, así como la importancia de vigilar el progreso del tratamiento. *

Ensayo con condones en la prisión

Australian Associated Press (01/19/98)

Acaba de iniciarse en una prisión de Australia un ensayo de tres meses en el que los internos podrán comprar condones a través de un sistema de correo interno. Un representante del ministerio de justicia declaró que "nosotros no alentamos el sexo en las prisiones, pero no somos ingenu@s y sabemos que ocurre, y estamos intentando asegurarnos de que existe alguna manera de parar la propagación de enfermedades de transmisión sexual como la hepatitis y el SIDA." Se están preparando más ensayos en otras prisiones, dependiendo del éxito de este estudio. *

Personas virémicas a pesar de HAART

El estudio de una cohorte suiza de VIH ha detectado índices de fracaso virológico en pacientes avanzad@s y pretratad@s similares a los detectados en el Hospital General de San Francisco y otros centros. En torno al 49% de las personas en esta cohorte que toman HAART (terapia antirretroviral altamente activa) no alcanzaron cargas virales indetectables, es decir, cargas virales por debajo de 500 copias por mL.

Su carta en *The Lancet* (en el número con fecha de 7 de marzo de 1998) describe al total de los 101 pacientes de su estudio que empezaron HAART antes de febrero del '97 y que tomaron los fármacos por lo menos durante 3 meses. Inicialmente, este grupo tenía un recuento promedio de células T de 162; el 66% había presentado evidencia de fallo virológico en sus regímenes anteriores de mono o biterapia. Después de 12 meses, el 93% del total del grupo tenían recuentos de células T superiores a los recuentos iniciales, aunque 49 de ellos tenían cargas virales detectables.

Al acabar el año, aquellos que se hicieron indetectables y permanecieron así tenían un promedio de incremento de 138 células T. A las personas que sólo fueron indetectables temporalmente les fue por lo menos igual de bien con un promedio de aumento de 130.

La auténtica sorpresa se dio al observar a l@s 49 que no fueron indetectables en ningún momento del año. L@s 33 que a pesar de todo siguieron tomando su medicación tuvieron un incremento promedio de células T de 105, que no está demasiado lejos de los que alcanzaron la indetectabilidad. Incluso l@s 16 que detuvieron o interrumpieron el tratamiento (por un promedio de 55 días) tenían un aumento medio de 57 células T al acabar el año.

Ilustraciones: Montse Moliner & Jau Fab



El estudio comparó estos aumentos con la experiencia de la cohorte antes del advenimiento de las HAART. El número medio de células T perdido por año fue de 60. Con la terapia de dos nucleósidos, el descenso se detuvo, pero las recuperaciones eran discretas: no más de 40 células T tras un año. L@s autores deducen, acertadamente, a partir de esta comparación, que algo más debe estar ocurriendo con las HAART aparte de la supresión viral.

Observaron a 15 pacientes con cargas virales continuamente detectables pero con incrementos de células T y descubrieron que l@s 15 tenían una acumulación considerable de mutaciones de resistencia a los fármacos. A partir de este hecho, especulan que quizá los virus extensamente mutados sean menos "capaces" de reproducirse o de dañar el sistema inmunológico y/o que pequeñas rebajas de la carga viral y una pausa en la eliminación de células T puede dar tiempo al sistema inmunológico para que realice recuperaciones pequeñas pero significativas. *

LA VERDAD ESTÁ AQUÍ DENTRO

Tirosina

Hola, en la actualidad estoy tomando d4T+3TC+Crixivan. ¿Existe alguna contraindicación con los suplementos mosto (St John's wort) o l-tirosina? ¿Y con la creatina? Mi doctor sabe un montón sobre medicamentos pero me mira como un cordero degollado cuando le pregunto sobre algo remotamente 'alternativo'. Gracias,

Craig

Dolor muscular

Carla, tras bastantes meses con Crixivan, empecé a notar dolor muscular y en las articulaciones que se fue agravando progresivamente hasta sentirme como un frágil ancianito de cien años.

Resumiendo, algun@s especialistas me hicieron revisiones exhaustivas para observar posibles causas adicionales, y una vez que el problema fue definido como de manejo del dolor, me recetaron una tableta de 150mg de codeína dos veces al día lo cual supuso una tremenda diferencia. Como ves, a mí, sólo me funcionó un analgésico narcótico.

Con la dosis adecuada no me sentía 'dopado' ni dolorido. Cuando empecé a notarme 'dopado' supe que era el momento de rebajar la dosis: fui bajando hasta 50 una vez al día y después, tras ocho meses, pude dejar de tomar codeína sin que volviera a resurgir el dolor. Hoy en día el dolor ya no es un problema.

La formulación de Codeína en versión de emisión sostenida ayuda a no tener que ir persiguiendo el dolor con pastillas. La codeína causa estreñimiento; así que, a menos que tengáis problemas de diarrea, es posible que necesitéis laxantes si la tomáis. Esos días dolorosos en que no podía ni con el peso de mis brazos ya se han acabado. Buena suerte,

Alex C.

Ejercicio

Mi consejo: intenta encontrar un gimnasio o un centro cuyo personal esté familiarizado con personas con problemas por VIH, y procúrate una tabla de ejercicios a medida de tus necesidades. He visto gente con SIDA, recién salida del hospital y, al principio, incapaz de subir un tramo de escaleras, hacer unos progresos considerables tras seguir un programa especialmente diseñado. Seguid el vuestro sin tregua durante al menos 12 semanas antes de plantearos el tirar la toalla. Si la panza no se reduce, durante ese tiempo seguro que os sentiréis más llen@s de energía y dormiréis mejor.

Richard

Emilio Emini, vicepresidente de investigación virológica de Merck Pharmaceuticals, afirmó que su compañía lleva meses estando al corriente del problema con los lípidos. Añadió que "hasta la fecha, no podemos pronunciarlos".

Controlar el cuerpo

No tienes que permitir que continúe la pérdida de grasas. Yo tengo Crixipanza y adelgazamiento facial, pero desde hace dos meses estoy con una dieta sin colesterol, comiendo lo más adecuado, bebo varios litros de agua diarios y hago entre 1 y 2 horas de ejercicio al día. Mi barriga ha bajado y me siento estupendamente. Cuando empecé a hacer ejercicio era tan doloroso que estuve a punto de dejarlo, pero seguí, despacito y con constancia. Ahora puedo decir que he hecho lo adecuado. Lo único que quiero decir a la gente es que, en buena medida, puedes llegar a controlar tu propio cuerpo.

Rod

Cómo guardar Crixivan

En respuesta a la pregunta sobre cómo guardar Crixivan, y sobre si puede mantenerse fuera de su envase durante unas cuantas horas, te diré que dos doctores me dijeron que no pasaba nada por llevar Crixivan en otro recipiente, siempre y cuando estuviera protegido del contacto con la humedad (por ejemplo, no lo lleves en el bolsillo). Cada mañana yo pongo mi dosis de la tarde, junto con el resto de las pastillas para el día, en un pequeño pastillero de plástico y me lo llevo al trabajo metido en la bolsa. Parece que funciona porque llevo catorce meses con la carga viral indetectable.

Bill

Hombros agarrotados

Hace tres meses podía juntar mis manos detrás de la espalda y levantarlas hasta los hombros. Ahora no puedo ni juntar las manos en frente ni juntar los codos. No puedo estirar el brazo derecho sin sentir mucho dolor.

De no ser porque hice ejercicios de flexibilidad ahora no sería capaz de mover los hombros. A pesar de todo sigo notando mucho dolor cuando intento nadar de espalda o hacer crol. No creo que sean las articulaciones, los doctores ya las han comprobado. Es algo que tiene que ver con los músculos y sólo he empezado a notarlo desde que tomo IP, aunque, ya que mi carga viral es indetectable supongo que debo atribuirlo también al tratamiento.

Estoy de acuerdo con lo que escribió Joe, si no me moviera con mucho cuidado creo que podría romperme los hombros. Mientras tanto, me despierto cada vez que doy una vuelta en la cama.

Larry

Mencioné mi problema con los hombros a un entrenador VIH+ que ha tratado con programas especiales a muchas personas positivas. Su respuesta fue: Levanta pesas ligeras, haz los estiramientos adecuados y trabaja las zonas doloridas. Parece que los fármacos tienden a acumularse en los hombros. Sigue haciendo ejercicio para sacarte de encima lo que te sobra o se te van a quedar 'los hombros agarrotados'.

Él fue la persona con menos experiencia médica a la que le comenté el problema, pero su conocimiento del problema era el más directo y su consejo el que mejor funcionó.

Ahora, si soy constante con mi serie de ejercicios de estiramiento y reforzamiento de los hombros todo va bien. Si los dejo unos cinco días mis hombros empiezan a agarrotarse de nuevo.

Claude

Insensibilidad en extremidades

Cuando dejé mi tratamiento de triple combinación, noté cierto alivio en mi neuropatía. También sé que hay personas que han notado cierta mejora con el ácido alfa lipóico, un suplemento que se obtiene sin receta. La desipramina y esa clase de fármacos pueden ayudar en ciertos casos pero producen somnolencia como efecto secundario.

En mi caso, he conseguido buenos resultados con la acupuntura, pero soy de la opinión que es imperativo un ejercicio moderado de la zona afectada. Intentad todo lo que esté en vuestra mano para aliviar cuanto antes el dolor en previsión de daños irreversibles.

Buena suerte,

Roland

Dolor en las piernas

Mi doctor me recomendó empezar tratamiento con Zostrix crema (Capsaicin crema) para reducir el dolor en mis piernas causado por neuropatía severa. Desde hace bastante tiempo padezco un dolor agudo en las piernas (no sólo los pies) pero las dos últimas semanas ya fue demasiado.

Todo lo que sé es que esa crema mata los nervios en las piernas reduciendo así la transmisión de dolor al cerebro.

Me gustaría saber si alguien sabe más sobre este tratamiento, que parece ser común para tratar la neuropatía diabética, y sobre otros posibles que aliviaran este dolor. Gracias a todos,

Jonathan

Tomas de Videx

Mi doctor me ha dicho que puedo tomar las 4 píldoras del Videx al mismo tiempo por la tarde, para eliminar la toma de las 4.00. Lo he intentado una vez, pero es más de lo que puedo tolerar, prefiero levantarme a las 4 de la madrugada que intentar masticar esas 4 pastillas. Bebo tanta agua que de todas formas suelo tener que levantarme para ir al baño sobre esa hora. ¿Alguien tiene dificultades similares para tomar la medicación según va pasando el tiempo? No quiero decir que se te olvide, sino que a veces yo empiezo a atragantarme cuando las tomo. Vuestra respuesta será tenida en cuenta.

Rod

Mi situación personal

Yo tenía un problema de dientes sensibles antes de empezar a tomar fármacos. Me habían dicho que no se trataba de mis dientes, sino que eran mis encías las que estaban causando el problema. Parece que la recesión de las encías no es rara en pacientes con problemas de inmunodepresión. Mis encías dejaron de producirme problemas desde que hace años encontré un buen dentista y comencé a tomar AZT+3TC.

El me dijo: "Tus encías han recedido un poco y están exponiendo la parte sensible de tus dientes que no está cubierta por el esmalte. Podemos, de momento, cubrir esa parte con un material del mismo color que tu esmalte y que es utilizado para empastes, e ir viendo como evoluciona tu situación". Decidí hacer esto (casi no se nota) y seguí cepillándome los dientes, usando Listerine para enjuagues, hilo dental y haciéndome limpiezas regulares.

En cuanto a las venas, están un poco más marcadas, pero sólo cuando estoy de pie, y eso sólo en mis pantorrillas, que, según los datos archivados en mi gimnasio, miden lo mismo que antes del VIH o de los IP. No experimento Crixipanza, ni redistribución de grasas ni problemas gastrointestinales. Con suerte, la única dificultad en estos momentos radica en mis hombros, que debo ejercitar con regularidad y cuidado, haciendo estiramientos y suaves ejercicios de musculación, como pesas y "mariposa" o cualquier cosa que sirva para trabajar mis codos hacia arriba. Si interrumpo estos ejercicios durante una semana, empiezan los dolores de hombros, y siento como si mis articulaciones estuvieran sujetas con cola de pegar. Estoy iniciando mi mes número 20 con IP..

Alex C.

Grasa en la cara

Hola a todo el mundo. Estoy con Crixivan+3TC+d4T+ddl desde hace 16 meses. Mis resultados son buenos: carga viral <60 y CD4=550. La razón por la que tengo 3 nucleósidos es que en ese momento no había 3 nuevos fármacos para mí, y mi doctor me propuso tomar 2 fármacos viejos y 2 nuevos. También quiero conservar el 3TC porque me ayudó a librarme de mi hepatitis B crónica.

Desde junio de 1997 tengo problemas de Crixipanza. No es serio porque nunca he tenido demasiada grasa, pero sí que estoy perdiendo el tejido graso de mi cara. He probado distintos métodos, como las enzimas pancreáticas, pero no he tenido éxito.

Desde hace un par de meses visito a un terapeuta naturista, y parece que empiezo a notar cierta mejora, aunque tengo mis dudas sobre si será debido a su influencia. ¿Alguien ha experimentado la recuperación espontánea de su grasa facial?

Coen

Niveles de IP

Si se reducen los niveles de ritonavir se reducen los efectos secundarios del ritonavir?

Paul

A mí me han hecho una prueba, usando métodos especializados de laboratorio, para medir la absorción de SAQ+RIT. Tomo 400 mg de cada uno dos veces al día. La concentración de SAQ tras 2,5 horas se incrementó 100 veces, pero el RIT a esa dosis no alcanzó los niveles plasmáticos de concentración recomendados. Las concentraciones de SAQ se ven muy incrementadas con el RIT..

Quizá quieras hablar con tu doctor/a de esta prueba. La tienen para todos los IP.

Nelson



Aquí ocurre algo

por Maite Suárez

Desde la aparición de los inhibidores de la proteasa y la generalización de los cócteles de fármacos durante los últimos 2 años, han proliferado las voces que anunciaban la pronta "cronificación" o "normalización" de la infección por VIH, al tiempo que parecían estar deseosas de ventilar de una vez por todas este asunto tan "engorroso" del SIDA. Los frascos de pastillas llegaban a las manos de much@s seropositiv@s junto con un mensaje más o menos sutil: "Ahora, tú eres el/la responsable de tu salud".

Lamentablemente, la consigna liberadora, "Demos los fármacos adecuados y a correr" es mucho más puñetera de lo que parece y a menudo funciona sólo a medias ¿o debería decir "a monos"? Lejos de resolver o aliviar las deficiencias endémicas en nuestro sistema de salud (deficiencias que el VIH ha desvelado trágicamente durante años), esta pretendida universalización de los cócteles antirretrovirales podría estar agravándolas.

Es cierto que los casos de SIDA descienden, pero los de VIH continúan su imparable ascenso, con las transmisiones entre UDVP aún a la cabeza. L@s jóvenes de este país mantienen en su mayoría relaciones sexuales sin protección y el índice de transmisiones en relaciones heterosexuales aumenta regularmente. Las escasas campañas institucionales de prevención primaria así como los programas de reducción de riesgo dirigidos a la población toxicómana traducen pobre e ineficazmente un discurso político lleno de bondades y triunfales estadísticas. Por su parte, el VIH penitenciario campa por sus fueros y dibuja, a menudo hasta el extremo, una geografía del VIH plagada de contradicciones.

En el terreno propio del sistema sanitario, la figura del/la médico sigue despertando controversias que reflejan la compleja red de factores en la que clínico y paciente han de desenvolverse: saturación y/o inadecuación de los servicios de salud; dificultades asociadas a la adhesión a intrincados regímenes de tratamiento; limitaciones presupuestarias y trabas burocráticas; la presencia del/la médico como figura de poder y prestigio y su propia "adhesión" a un estándar óptimo de tratamiento que ciert@s médicos no pueden, no saben o no quieren ofrecer a sus pacientes... Son los contornos variables de una relación crucial en la vida de muchas personas VIH+.

Por otra parte, el incipiente apoyo a la

comunidad VIH en nuestro país por parte de las multinacionales farmacéuticas está marcado desde su origen por un agravio comparativo, si consideramos el recibido por nuestro@s vecin@s europe@s: ¿consecuencias de un patrón cultural que otorga protagonismo y poder a la clase médica y priva a la comunidad de un soporte que, potencialmente, podría ser garante de una mayor independencia de ambos respecto a los poderes públicos?; ¿diferencias transnacionales entre códigos de conducta empresarial?; ¿necesitamos dedicar más tiempo a "nuestra relación"? El tiempo y sus avatares irán desvelando el intrínquilo.

Finalmente, resulta interesante reflexionar sobre el papel que, en este contexto, están jugando las asociaciones anti-SIDA en este país y cuales podrían ser sus retos más inmediatos. ¿Somos las ONG unos "gestores de servicios de segunda clase" para ciudadanos de ídem? ¿Debemos quemar las subvenciones y dedicarnos a la política, como sugiere más adelante uno de nuestro@s entrevistad@s?

Lo+Positivo ha contrastado éstas y otras reflexiones con el pulso vital, la figura y la voz de 4 personas seropositivas y activas en el mundo del VIH a las que, el pasado 11 de marzo y coincidiendo con la convocatoria anual de SEISIDA (Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA), este año en Santander, conseguimos reunir en torno a la mesa de un restaurante de la capital cántabra.

Aunque tod@s ell@s colaboran desde diferentes posiciones con sus respectivas organizaciones, quisimos hablar con ell@s como personas seropositivas en "representación" de sí mismas, y no de sus correspondientes ONG: aquí están Silvia, valenciana y positiva durante la mitad de sus treinta y pocos años; Abel, un "histórico" del movimiento ciudadano anti-SIDA y actualmente presidente de la asociación ciudadana anti-SIDA de Cantabria; Alberto, un maño curtido en el mundo del VIH; y Joan, mallorquín y voluntario de base en su ONG isleña.

Lo+Positivo agradece a tod@s ell@s su generosidad al compartir abiertamente con nosotr@s un buen pedazo de su experiencia como personas positivas y como veterán@s activistas del VIH.

Por último, gracias al restaurante "Hierba buena" de Santander, que nos acogió pacientemente hasta altas horas de la madrugada y facilitó nuestro trabajo con su hospitalidad y buen hacer profesional.

LO+P: Empecemos por abajo y hablemos de prevención primaria: según datos difundidos incluso por la tele hace escasas semanas, parece que hasta 3/4 partes de l@s jóvenes de este país practican sexo no seguro a pesar de reconocer que poseen la información necesaria sobre transmisión de ETS (enfermedades de transmisión sexual) en general y del VIH en particular: ¿Cómo interpretáis esta noticia? ¿Habría personas que no tienen información y otras que la tienen pero no la usan?

ABEL: Tenemos que empezar por ver lo que ocurre "en casa": si las propias ONG estamos bajando la guardia, nos estamos dedicando a publicar folletos informativos y poco más, entonces: ¿qué queremos?

Sin ir más lejos, el otro día, en el encuentro de Sitges [Abel se refiere al simposio sobre "Nuevos avances en terapia antirretroviral" patrocinado por Roche] l@s de Cantabria comentamos con l@s representantes de otras asociaciones las actividades que teníamos previstas para Carnaval: salir a la calle metid@s en una comparsa y hacer "prevención en directo", repartiendo condones, dando globos y máscaras a l@s niñ@s, haciéndonos ver, vaya... Pues bien, ¿te puedes creer que de tod@s los que estábamos allí, que éramos un montón, nadie se había planteado hacer algo parecido?

JOAN: Bueno, en Palma llevamos varios años saliendo a la calle en Carnaval, que conste.

ABEL: Claro, porque es la situación más pintada para hacer prevención: es carnaval, hay fiesta y hay "pedo", hay "carne" y cana al aire si se terciá. ¿O no? Pues parece que las ONG estamos en horario de oficina, cumpliendo como burócratas, y el fin de semana "no me pidas nada porque no trabajo". Si eso es lo que hace el movimiento ciudadano, que es el que tiene que decir a la administración cómo se funciona, pues...

SILVIA: La administración tiene medios y recursos para hacer

cosas que nosotr@s, desde las ONG, no podemos hacer. Nosotr@s no tenemos los recursos necesarios para hacer todo con eficacia.

ALBERTO: Sí que es cierto que existen los dos niveles: gente que tiene información y no la utiliza y gente que no está bien informada. Últimamente, en los días mundiales del SIDA se montan cosas muy aparentes, vale. Puede que el día que se hace la campaña, la gente se quede con el mensaje, pero a los 3, a los 4 o a los 10 días se les ha olvidado. No se trata sólo de lo que estén haciendo las ONG, que parece que somos la mano de obra barata, es que las cosas no están bien hechas ya desde arriba, desde el ministerio. ¿Qué hacen? ¿Un puñado de anuncios por TV poco antes del 1 de diciembre? ¿Para qué? ¿Para lavarse la cara? Ell@s tienen los medios, mientras que las ONG vamos haciendo lo que podemos y como podemos. Sabemos, por ejemplo, que much@s heterosexuales pasan de todo y se están contagiando ahora más que nunca, además de nuevos fenómenos como lo que podríamos llamar el "SIDA rural", esto es, paisanos del pueblo que a lo mejor van a pasar un rato con una prostituta en el bar de carretera, y un día resulta que está infectado él, ha infectado a la mujer y, en fin, un desastre. Estamos viendo cada vez más casos de este tipo, nada de entre 18 y 34 años, sino gente bien entrada en los cuarenta, los cincuenta y aún más. Yo creo que aquí hay falta clara de información, o que la información no llega como debería.

SILVIA: Claro, esas mujeres siguen pensando que el tema no va con ellas, y eso es porque lo poco que se hace no va dirigido a la población en general. El año pasado, la campaña institucional se dirigía a l@s toxicóman@s; este año, presentan jovencit@s con caras virginales. El virus puede ser problema de cualquiera, pero no se ha hecho calar este mensaje. Claro que el fallo empieza en la época escolar; en la ausencia de una educación sexual para l@s niñ@s y jóvenes. Se habla mucho de las llamadas "asignaturas transversales", pero no conozco a ningún padre o madre cuyo hijo o hija reciba clases de educación sexual. Las ONG vamos de vez en cuando a dar nuestra charla, pero se necesita mucho más que una charla para educar de verdad. Las campañas son defectuosas, ineficaces e insuficientes, y eso es responsabilidad política.

LO+P: Hablemos de reducción de riesgos (RR): el uso inyectable de drogas sigue produciendo la mayoría de seroconversiones en España, a pesar de que la RR está en la boca de cualquier polític@. ¿Creéis que las acciones concretas van a la par con este discurso?



Es más barato dar metadona y narcotizar atención integral orientados a la reinserción

Las campañas son defectuosas, ineficaces e insuficientes, y eso es responsabilidad política



ABEL: Hasta la fecha, los programas de reducción de riesgos se han implantado poco y mal. Muchas personas se han quedado y se quedan fuera de los programas de metadona. Siguen diciendo que van a ampliar cupos y a proporcionar metadona a todo el mundo y uno se pregunta si lo van a hacer y cómo van a hacerlo, porque si es de cualquier manera, como hasta ahora, pues no sé si merece la pena. Hay lugares donde a los usuarios de "bajo umbral" les están dando metadona y chutas al mismo tiempo, sin más. Que no nos vendan la moto de que los programas son integrales y tienen el objetivo de responsabilizar al sujeto y acercarle a la red socio-sanitaria y toda esa mandanga, porque la realidad es que están ignorando olímpicamente todas sus palabras bonitas: lo que hacen es "metadonizar" a la peña, y poco más. Así, se evita parte de los potenciales problemas que una población como la toxicómana pueda dar en términos de delincuencia, de "revuelta social", por así decirlo, y de paso controlan un poco mejor la crisis de salud pública que suponen cosas como el VIH o la TB. Me gustan algunas de las experiencias iniciadas en el País Vasco, donde algunos Centros de Atención Primaria están dispensando metadona. Ahí sí que puedes acercar al/la usuari@ a la red de salud, porque no le estás segregando, sino incluyéndole en el sistema "ordinario" de salud pública. Pero casos así son excepciones, y veo el futuro aún más problemático. La Comunidad de Madrid, por ejemplo, ha copiado el plan de la Comunidad de Cantabria para programas RR: uno de los peores modelos de acción que podría haber encontrado. Pero eso sí, posiblemente, uno de los más fáciles y baratos de aplicar.

ALBERTO: En Zaragoza sólo hay un centro de dispensación, y depende de Sanidad. Lo que hay son colas kilométricas, que salen hasta el medio de la calle y ponen en peligro la confidencialidad, con listas de espera cada vez más largas y con gente a la que se les da la metadona, se les pide que meen en el tarro y ¡hala, a correr! Ni atención integral ni nada, a no ser que les caigas bien y entonces se preocupen un poco más de ti. No hay seguimiento, no hay apoyo emocional, ni social, ni un objetivo real de rehabilitar a la persona como tal. Creo que lo que están haciendo es cronificar a la gente y quitárselos de encima. Es más barato dar metadona y narcotizar al personal que instaurar programas de atención integral orientados a la reinserción del/la toxicóman@. Cuanto más "colgada" esté la persona, menos se ocupan de ella, cuando tendría que ser justamente lo contrario. Es posible que la metadona en sí pueda ser útil, pero, en este plan no es más que un instrumento barato de control político. Tal y como veo las cosas, con listas de

espera cada vez más largas, con servicios cada vez más saturados y más y más peña cronificada con metadona, creo que el futuro sólo puede ser peor.

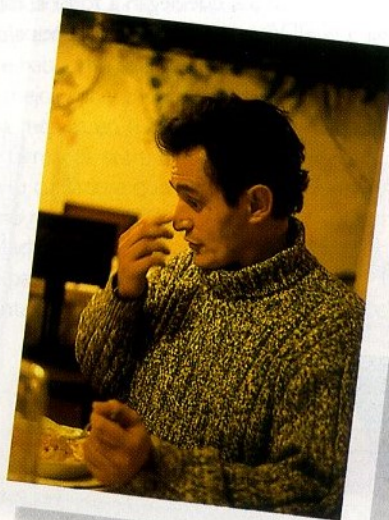
SILVIA: Yo lo que sé de Valencia es que los dispensarios de metadona son lugares cerrados físicamente, donde nada más llegar te encuentras con una valla que te separa del "mundo exterior", y desde que entras hasta que llegas a la puerta del edificio en sí puedes "pillar" de todo: heroína, cocaína, objetos robados, pastillas... En fin, una pasada. Yo me pregunto qué persona va a ser capaz de cambiar su estilo de vida teniendo que visitar todos los días semejante feria. No sé si las cosas están igual en otras ciudades, pero en Valencia esto es lo que hay.

ABEL: En todos los sitios está más o menos igual, igual.

JOAN: En Mallorca, la metadona está llegando a los pueblos. Al principio era una cosa urbana, pero cada vez la ves en más sitios. Eso sí, con colas kilométricas, de 150 y 200 personas. Los servicios son claramente insuficientes, y creo que algo serio falla con estos programas de metadona, ¡pero oficialmente siguen diciendo que la cosa va bien!

LO+P: Si esto ocurre en la calle, habría que ver cómo está la prevención en prisiones. Algun@s de vosotr@s tenéis conocimiento de este tema: ¿Qué pasa en las cárceles españolas con las personas VIH+?

ABEL: ¡Bueno, eso sí que es otro mundo! Mira, una vez que traspasas la frontera exterior y entras en territorio de Instituciones Penitenciarias, olvídalo. Si nosotr@s, personas VIH+ en libertad, tenemos dificultades tremendas, los pres@s están en otra dimensión. En prisiones no tienes derechos. La dinámica de poder en que en-



personal que instaurar programas de atención del/la toxicóman@



Hay que empezar desde abajo, desde las escuelas. Pero sino a l@s profesor@s que han de enseñarles, y a los el mundo de l@s adult@s

tran l@s funcionari@s, más tarde o más temprano hace que se haga su voluntad. No lo que dice la ley, sino lo que ell@s deciden. Y que no resultes reivindicativ@, porque entonces lo tienes aún

más crudo. Tendríamos que hacer un reportaje especial sólo con lo que está ocurriendo con el VIH en las cárceles, porque es que hay mucha tela que cortar:

ALBERTO: Aquello es otra cosa, es cierto. Yo sé lo que es estar en la cárcel, y lo he vivido: hace 8 años, en el centro penitenciario de Toledo, a mí no se me hacían analíticas, no se me ofrecía ni AZT, que es lo que había entonces. Comparativamente, sabemos que la cárcel sigue siendo otra historia.

JOAN: El "talego" es la marginación extrema, sin más. Yo sólo quería aprovechar para, desde Lo+P, reivindicar algo tan simple como que l@s intern@s VIH+ que salen de cumplir condena puedan tener su informe clínico, y no como ahora, que salen y no se les da nada, nada. Es que pueden haber sido vacunad@s, o haber recibido este fármaco o el otro, o yo qué sé. Naturalmente, si esta persona va a visitar al/a la médico de su comunidad una vez fuera de prisión, necesita una historia clínica para que est@ clínico sepa por dónde van los tiros. ¡Lógico, no?

LO+P: La transmisión sexual del VIH entre parejas en que un@ de los miembros es UDVP (usuarios de drogas por vía parenteral) sigue siendo una de las vías de transmisión más frecuentes en este país y las mujeres parecen ser el género más afectado: ¿Cómo veis este tema y qué soluciones propondrías?

SILVIA: Es más fácil trabajar la prevención con alguien que no es UDVP que con personas que son toxicóman@s activ@s. Yo vuelvo a decir lo mismo: necesitamos campañas intensivas y extensivas. Salvando las distancias, y sin pedir el mismo estilo de campaña, me pregunto por qué la Dirección General de Tráfico puede tener esas super campañas de casi 24 horas al día, que llegan a todo el mundo y tienen gran impacto, y el SIDA se ventila con 4 anuncios una vez al año.



ABEL: Yo es que cuestiono la realidad de todas esas estadísticas. Una cosa es lo que está ocurriendo en la calle y otra lo que tratan de vendernos. Oigo esas cifras de "más de un 60% de los casos VIH en este país es de UDVP" y luego veo casos que me hacen dudar de todas esas cifras epidemiológicas: gente que lleva chutándose 2 meses pero que ha trabajado como prostitut@ durante años y es automáticamente incluida en la casilla "UDVP"; personas que nunca han probado la aguja pero que son clasificadas en base a los hábitos de su pareja sexual, que sí es UDVP; hombres que ocultan sus encuentros homosexuales y se apuntan a la trasmisión heterosexual... Las estadísticas no son fiables porque quien nos las vende no está ahondando en la situación real, que es mucho más compleja.

JOAN: Yo también tengo muchas dudas sobre las estadísticas. Lo que sí puedo decir es que en Baleares tenemos montones de mujeres viudas de UDVP. Eso es real y lo vemos cada día.

SILVIA: Yo puedo ofrecer mi testimonio, que puede ser un buen ejemplo: yo tuve una pareja UDPV, años antes de casarme, y esta persona me transmitió el VIH. Pues bien, cuando me han preguntado la vía de transmisión, yo tengo que decir que fue sexual, porque yo nunca me chuté. Aun así, sé que en muchas ocasiones se me considera automáticamente como ex-UDVP por haber estado con alguien que sí lo era. Esto me disgusta, y sé que no soy la única mujer en un caso semejante.

LO+P: En definitiva: ¿Cómo creéis que debería trabajarse la prevención primaria?

ABEL: La prevención primaria hay que trabajarla desde un criterio de educación en la responsabilidad personal, y no desde el miedo o la cohibición. Empecemos a ampliar los conocimientos sobre la sexualidad de nuestro@s jóvenes; empecemos a conocer mucho más a fondo las drogas llamadas duras, así como las calificadas como blandas, que en muchos casos tienen beneficiosos efectos terapéuticos y que siguen prohibidas por razones de doble moral, mientras nos siguen prescribiendo todo tipo de drogas legales: barbitúricos, anfetaminas, etc., por intereses político-económicos.

ALBERTO: Hay que empezar desde abajo, desde las escuelas. Pero no sólo educar a l@s chaval@s, sino a l@s profesor@s que han de enseñarles, y a los padres y las madres, porque los errores empiezan desde el mundo de l@s adult@s.

JOAN: Ya, pero: ¿cómo le explicas tú a una gitana, por ejemplo, que su marido ha de ponerse un condón? Las barreras culturales a veces son insalvables.

ABEL: Estás cayendo de nuevo en mitos absurdos. Hace dos meses concluimos un cursillo dirigido a mujeres gitanas. Lo primero que hicimos fue buscar una facilitadora de grupo que fuera gitana y les hablara desde dentro de la comunidad y en su propio lenguaje. La educación entre pares es esencial, y aunque yo no voy a estar debajo de la cama para ver si esa mujer le pide o no a su marido que se ponga el condón, sí sé que el mensaje de prevención tiene más probabilidades de haber calado haciéndolo de esta ma-

**Yo sólo sugiero a cualquiera que se pase
¡Y se supone que yo tengo que hacerlo!**

no sólo educar a l@s chaval@s, padres y las madres, porque los errores empiezan desde

nera. En prisiones es lo mismo. Si entramos en un centro penitenciario a hacer prevención, necesitamos un@ intern@ que actúe como facilitador. Lo efectivo es educar a l@s reclus@s para que ell@s mism@s transmitan el mensaje a sus pares.

SILVIA: Yo no creo que la responsabilidad sea exclusiva de una de las partes. Sí creo que es responsabilidad política la de promover la educación en la responsabilidad individual, y eso, como dice Alberto, hay que trasladarlo al mundo real, que es muy complejo y que incluye a padres, educador@s, profesionales sanitarios y demás. L@s polític@s sol@s no van a hacer eso. Además, no es rentable electoralmente.

LO+P: Hablemos de prevención secundaria, ya que estamos en lo de la responsabilidad personal, una coetilla que también está presente cada vez que l@s médicos hablan de la importancia de la adhesión: ¿quién es responsable de que una persona VIH+ tome correctamente su tratamiento? ¿El/la mism@ paciente en exclusiva?

ALBERTO: Ya, claro. Hablan todo el tiempo de la responsabilidad del/la paciente. ¿Y la del/a médico? ¿Dónde está la responsabilidad del/la médico? A mí me choca oír (y lo he oído más de una vez y más de dos) a un/a médico decir de tal o cual persona que: "es dudoso que se tome bien el tratamiento". Yo me pregunto: ¿por qué es "dudoso"? ¿Lo has intentado? Sé que much@s médicos ni lo intentan, ni se plantean que quizá 10 minutos con una persona pueden ayudar a que cumpla con su tratamiento.

ABEL: ¡Diez minutos! ¿Tú sabes lo que son diez minutos del tiempo de un/a médico? Es como 2 horas en cualquier otro trabajo.

SILVIA: ¡El tiempo en una consulta de infecciosos es como oro de muchos quilates!

JOAN: No olvidemos que l@s médicos son l@s jueces suprem@s y las grandes estrellas de toda esta historia, ¿eh?

ALBERTO: Yo insisto en que muchas veces l@s médicos ni siquiera lo intentan; hay que hablar de la actitud de much@s médicos y de cómo algun@s pasan tanto o más que el/la paciente. Incluso puedes ver casos de clínicos que cuanto más "pardill@" es el/la paciente, más pasan.

ABEL: Y luego resulta que much@s pacientes mienten porque piensan (quizá con razón) que si dicen a su médico que no toman el tratamiento, pueden comprometer sus posibilidades de recibir la atención adecuada en el futuro.

SILVIA: Es cierto que ell@s [l@s médicos] saben de sobra que hay mucho incumplimiento, aunque yo a veces entiendo que se desesperen cuando ven que una persona pasa de todo, quizá porque lo más importante para ella es conseguir su dosis diaria de caballo y no tomar correctamente su tratamiento anti-VIH, o por otras muchas razones que puede haber para incumplir, porque el tema de la adhesión a los tratamientos es muy duro, mucho. A menudo, l@s médicos no tienen los medios para hacer más de lo que hacen. Yo no sé de quién es la culpa de esto, pero es lo que hay.

ABEL: Mira, lo que hay es que una cosa es vivir con el SIDA y

otra muy distinta vivir para el SIDA. Cada día veo más amig@s y gente a mi alrededor que está fallando con los tratamientos, y no es que fallen ell@s, es que esto de los tratamientos es la hostia, es imposible, imposible. Vivir para el SIDA resulta que es depender: depender de pastillas, depender de horarios, depender de agua, depender de comidas de esta manera o la otra, depender de zumo de pomelo... Depender; depender y encima encontrarte en una consulta con una persona con la que se supone que tengo que tener una relación muy buena, y que resulta que llega cabread@, porque está agobiad@ de trabajo, o porque ve que cada vez le fallan más pacientes con los tratamientos... ¡Y al final sales de la consulta peor de lo que entrabas! Si esto es la calidad de vida que te ofrecen los tratamientos, yo es que no sé, no sé. Yo llevo 18 años con esta historia, 12 tomando medicación, he escuchado todo tipo de tonterías, he aguantado lo indecible y aún hoy, cuando tengo un cólico, como el mes pasado porque no he bebido los dos litros y medio de agua diarios del Crixivan y las estoy pasando putas, ¡ encima me hacen sentir culpable! No puede ser. Yo sólo sugiero a cualquiera que se pase un mes bebiendo un mínimo de 2,5 litros de agua al día, y que me cuente. ¡Y se supone que yo tengo que hacerlo de por vida, el agua y todo lo demás!

LO+P: Entonces: ¿Es una utopía hablar de adhesión a largo plazo?

ABEL: Tal y como están las cosas ahora, sí. Yo tomo 14 pastillas diarias, hago profilaxis con pentamidina una vez al mes, tengo una hernia de hiato, el bazo inflamado, el hígado hecho polvo, y tendencia al vómito con lo que tengo que "acondicionar" mi estómago desde el principio del día, pensando en las tomas. A veces siento que me es imposible aguantar en este plan.

SILVIA: A mí lo que me costó muchísimo fue empezar con la medicación. Con la toma de fármacos llega la lucha por aceptar que estás enferma, y eso para mí fue muy duro. Una vez que asumí lo que había, me dije que merecía la pena probar y ver si me iba bien. La mejor adherencia llega con los buenos resultados analíticos y con una mejora en tu calidad de vida. Es necesario que los regímenes de fármacos sean más simples, más fáciles de tomar. Yo no soy todo lo cuidadosa que debería, y soy consciente del riesgo que como al no respetar tomas u horarios, pero ¡también he tenido malos resultados analíticos tras haber respetado religiosamente mis tomas de pastillas! Por lo menos tengo la suerte de que los fármacos me sientan bien, porque yo con un vómito me pongo a morir; ¡y pare-



un mes bebiendo un mínimo de 2,5 litros de agua al día, y que me cuente.
e por vida, el agua y todo lo demás!

ce que necesitas 5 para que lo consideren "relevante" como efecto secundario!

JOAN: Para mí, hasta hace pocos años, SIDA era igual a muerte. Aceptar que estaba enfermo fue difícil, y conseguir los fármacos que necesitaba también. Es duro y complicado, pero oye, para penas, puñales. Para mí, adherirme al tratamiento significa batallar por mi vida y seguir para delante, y me merece la pena. Llevo dos años con proteasas y debo decir que lo único que he tenido es un herpes. En mi caso tengo claro que me lo he creído, y aquí estoy.

ALBERTO: La adhesión también depende mucho del/la médico y de la comunicación que tenga con el/la paciente. A mí, en Zaragoza no me ofrecen las garantías terapéuticas que necesito. En su día me cambiaron un fármaco del cóctel sin cambiar los otros, que era lo suyo, y ahora ya estoy escarmentado y no quiero volver a exponerme a que se tomen decisiones equivocadas sobre mi salud. A veces tener el tratamiento y la atención que necesitas puede depender del lugar donde te tratas o del/la médico que lo hace. [Alberto practica "turismo terapéutico del VIH", se trata en un hospital de Barcelona, pero vive en Zaragoza].

ABEL: Claro, porque las milongas que nos vendieron al principio ya sabemos que no funcionan, y que si creas resistencias a un inhibidor puedes estar creando resistencias a toda la clase de inhibidores. Hay médicos que están siendo serios y están pidiendo que se hagan sistemáticamente pruebas específicas de resistencias para saber qué fármaco/s falla/n y poder decidir con conocimiento de causa, pero son los menos. Yo ya no me creo nada, estoy harto de falsas esperanzas. Ese lema del SEISIDA, "El binomio de la esperanza: prevención y tratamiento", casi que me hace daño, porque lo que están haciendo es cargarnos de pastillas, y más pastillas y ahora parece que las combinaciones serán cuádruples y quíntuples y la hostia. ¿Y los efectos secundarios? ¿Y todas las personas que siguen fallando? ¿Y las consecuencias a largo plazo? Uno se pregunta qué ocurre aquí...

ALBERTO: Claro que nos están vendiendo la moto, Abel, y en cierto sentido estoy de acuerdo contigo. Quizá en mi caso los fármacos son el clavo ardiendo al que me agarro. En 4 días tengo mi consulta para decidir qué hacemos ahora, porque mi tratamiento actual está fallando. Si puedo, lo intentaré con Sustiva, o lo que sea, si es que creo que puede serme de ayuda para continuar.



LO+P: ¿Creéis que l@s médicos que tratan casos VIH, en general, están preparados para ofrecer el tratamiento óptimo a sus pacientes? ¿Qué cambios serían deseables en este sentido?

ABEL: ¿Qué es lo que entiendes por tratamiento óptimo? Porque para mí el tratamiento óptimo significa tener a una persona que me escucha, que sabe quién soy y que me mira a los ojos, que no está rellenando papeles, porque es que l@s médicos cada vez tienen que rellenar más papeles, joder: que si protocolos, que si medicación esto o lo otro, ¡una pasada! Luego, si eso se apoya con fármacos, con terapias complementarias, con apoyo emocional, social y lo que quieras, pues vale, pero yo tengo a esa persona que atiende mis dudas y sabe de mi vida y quizá salga de la consulta sin ninguna receta, pero sintiendo que he sido escuchado.

SILVIA: Yo creo que tengo una buena relación con mi médico, pero pediría muchas cosas al sistema sanitario. Es necesario que la Administración agilice los trámites de autorización y acceso a fármacos que en otros países están disponibles mucho antes. El sentimiento de urgencia que tenemos l@s seropositiv@s no lo tiene la Administración y un puñado de meses puede ser vital para muchas personas con VIH. Además, pediría una cierta deferencia hacia enferm@s crónic@s que pasamos horas y horas de cola en cola y de consulta en consulta... ¡Si yo contara las horas de mi vida que he pasado en hospitales!

ALBERTO: Es cierto que en el hospital Can Ruti yo también siento que estoy en buenas manos, pero en general, creo que l@s médicos no están dando a sus pacientes lo mejor.

JOAN: En Can Ruti lo que hay es mucha majorette, mucho médico-estrella, pero mi experiencia personal con ese hospital no es nada satisfactoria. Allí no daban un duro por mí, y se me trató con bastante grosería. Si conseguí los inhibidores fue por mi médico de Mallorca, y ahora estoy satisfecho con él. Pero es necesario que se reciclen, que estén al tanto de lo que pasa. Yo pediría médicos de cabecera que estén al día, que actúen como eje del seguimiento y cumplan un papel semejante al que tenían en otros tiempos.

ALBERTO: Yo desconfío de que l@s médicos de cabecera puedan asumir algo tan complejo como el seguimiento de personas VIH+, y además tengo una historia personal de lucha con médicos de cabecera que ni te digo... Lo que se necesita es más medios, más personal especializado. L@s propios médicos lo reconocen. L@s que son un poco audaces, l@s que se toman un café contigo, te hablan de recortes presupuestarios, de trabas burocráticas. A mí me ha venido un médico, en Zaragoza, en la época en que todo el mundo estaba pendiente de las cargas virales pero no acababan de llegar, y me ha dicho: "Mira Alberto, si lo digo yo, mañana estoy en el paro, pero si lo dices tú y mañana me viene un/a periodista, yo no voy a mentir, voy a contarle lo que hay". Mira por donde, a la semana de la denuncia en prensa, se empezaron a hacer las cargas virales. Necesitamos que l@s médicos se mojen más.

ABEL: L@s clínicos están agobiad@s, hasta arriba de trabajo, de informes, de papeleo, de protocolos, la hostia. También hay que entender su papel. El número de ingresos disminuye, pero el de consultas aumenta sin parar: Estamos reventando unos servicios insuficientes que ya están hasta arriba de profesionales que no tienen

Las ONG somos una plataforma de lanzamiento y somos una fuente importante de información

Necesitamos que l@s médicos se mojen más

tiempo para escuchar y de gente agobiada que necesita que la escuchan. L@s médicos están atrapad@s en su pequeño espacio de poder, en su chiringuito. No se trabaja de forma interdisciplinar, sino polidisciplinar, y así nos luce el pelo. Yo he visto médicos tener que pedir prácticamente "por favor" a un/a colega de otra especialidad que atienda la derivación de su paciente VIH+. Entonces, puede que es@ colega sea cooperativo y puede que no: porque no le dé la gana, o porque quiera hacer una demostración de poder, a saber: Mientras tanto, es la salud de la persona VIH+ la que está en juego. En muchos casos, las propias luchas de poder entre l@s médicos son, para el/la paciente, un obstáculo más en la maraña hospitalaria.

LO+P: Sabemos que hay clínicos (incluso de l@s "estrella") que han de "hacer trampa" y buscar subterfugios (como echar mano de la cartilla de la SS de un familiar de la persona VIH) si quiere proporcionar a su paciente, por ejemplo, una combinación de 4 fármacos. ¿Hasta qué punto influyen las restricciones presupuestarias de cada gerente hospitalario en las opciones que puede ofrecerte un/a clínico y en definitiva en tu salud?

ALBERTO: Pues fíjate, influyen hasta el punto de estar en terapia doble y hasta en monoterapia, a estas alturas. Tod@s tenemos constancia de casos de este tipo. Ahora mismo, yo conozco a una persona que está en monoterapia de AZT. Hay médicos que se las ven y se las desean para obtener lo que necesitan para sus pacientes. Pero en una ciudad pequeña, que no sea un Madrid o un Barcelona, es que ni se plantean dar 4 fármacos. Además, si ven que la persona no controla el tema de los tratamientos, que es un/a "pardill@", más se estrechan sus opciones

LO+P: Hablemos ahora de la industria farmacéutica y de sus relaciones con la comunidad seropositiva de este país. ¿Cómo os explicáis que el apoyo económico que la industria proporciona a la comunidad VIH+ en otros lugares de Europa sea, en proporción al número de casos VIH, tan superior al nuestro?

ABEL: Creo que en España tanto la Administración como la industria farmacéutica aplican más o menos la misma política en su trato con las ONG: es un "divide y vencerás" que les resulta provechoso, porque sacan partido de que el movimiento ciudadano de este país esté tan disperso, tan cada un@ por su lado. Me gustaría saber realmente cuánto dinero se gasta la industria con las organizaciones comunitarias, porque es que no lo sé. Hacen algo por aquí, algo por allá, pero nadie sabe cuál es el pastel real. Pero claro, todos intentamos rebañar lo que podemos, porque la situación no da para remilgos.

JOAN: A mí me disgusta hablar de dinero, pero está claro que el trabajo sucio lo hacemos las ONG, y que las medallas se las ponen ellos: la administración y los que cortan el bacalao.

ALBERTO: Las ONG somos una plataforma de lanzamiento para las compañías cuando nos necesitan para vender un produc-



to, y somos una fuente importante de información para la industria farmacéutica. Pero debemos tener en cuenta que en España nos falta una tradición asociativa, unos años más de experiencia en el tema de la organización y la reivindicación desde la comunidad implicada. Parece que uno grita por un lado, otro grita por otro, y nadie se pone de acuerdo y así, claro: "a río revuelto, ganancia de pescadores". Aquí no hemos aprendido a organizar y unir nuestras fuerzas como en Gran Bretaña u otros países de Europa.

LO+P: ¿No creéis que hay además un factor cultural que hace que las compañías prefieran invitar a cualquier ciudad atractiva al Dr. X y Señora antes que apoyar a una ONG? L@s responsables afirman que, al fin y al cabo, es el/la médico el/la que receta, y a quien hay que hacer caso.

ABEL: Claro, y ahí ves casos de médicos que llegan a facturar 2.000 millones de pesetas al año en fármacos. Esto está ocurriendo con clínicos que llevan servicios de infecciosos en zonas urbanas o suburbanas y es una realidad contrastable: médicos que son recetador@s, sin más. Desde luego, es una cantidad lo bastante respetable como para que una compañía farmacéutica le pague no ya un viaje a donde sea, sino el chalé en la sierra si me aprietas. L@s poc@s médicos que creen que el mejor tratamiento es la escucha y el acercamiento a las personas, no facturan tantos millones, seguro. Lo que consiguen es bastante estrés, bastantes problemas y afianzarse en su vocación por la medicina.

ALBERTO: Es cierto que las compañías dirigen su marketing hacia los médicos. Saben que de ell@s es el poder, y son a ell@s a los que intentan ganarse. Yo es que el otro día, al volver de Sitges, tenía el convencimiento de que tod@s l@s médicos iban a intentar recetarme Fortovase o Nelfinavir.

ABEL: Alberto, lee todo el material que te dieron, y verás que después de tanta ponencia majestuosa, la documentación se cae por su propio peso, es insostenible. Eso sí, habían invitado a 300 ó 400 médicos, y nadie se llevó las manos a la cabeza.

LO+P: Intentemos ahora dar un breve repaso a lo que creéis que es el panorama actual de las ONG que trabajan en VIH/SIDA.

to para las compañías cuando nos necesitan para vender un producto,
ción para la industria farmacéutica

¿Cuál pensáis que debería ser su papel en estos tiempos que corren?

SILVIA: Creo que ahora las ONG deberíamos trabajar sobre todo la reivindicación, la denuncia. Seguimos dedicándonos a la atención y a la prevención porque tenemos la obligación moral de hacerlo, pero habría que incidir en el trabajo reivindicativo. Estar en actitud de alerta y denunciar tanto los casos particulares como las situaciones más generales; sacarlo en prensa, denunciarlo en los juzgados.

ALBERTO: ¿Cómo vas a denunciar al Consejero de Sanidad si necesitas los 2 millones que va a darte de subvención para que sigas sobreviviendo?

ABEL: Si el movimiento ciudadano depende de las subvenciones públicas, deja de ser movimiento ciudadano y se convierte en un gestor de servicios de las instituciones públicas. ¿Hasta qué punto esto es bueno? No lo sé, pero sí creo que la dependencia de lo público tendría que ser parcial, no total, porque el trabajo de reivindicación corre peligro si la dependencia es excesiva. El movimiento ciudadano ha de seguir dedicándose a abrir la brecha, a reivindicar que no se vivan situaciones tan extremas como las que conocemos hoy en día, a trabajar por una normalización, por un encauzamiento de los problemas. Pero cuidado: si reivindicamos y criticamos, debemos estar preparad@s para ofrecer alternativas. No podemos decir sin más: "Esto está mal" o "Esto no debe ser así" y quedarnos ahí. Debemos ofrecer programas coherentes y ser capaces de demostrar que funcionan.

ALBERTO: Yo, en general, percibo que las ONG han bajado la guardia, y cada vez son menos reivindicativas. En relación con las instituciones públicas, estamos sacándoles las castañas del fuego por 4 duros y cumpliendo tareas que son su responsabilidad. ¿Es que no deberían ell@s resolver las pensiones no contributivas, por ejemplo?

ABEL: Si ves a una persona que lleva meses esperando, que no le acaban de mover el tema y que está pasando necesidades, ¿qué haces? Todos conocemos las tremendas deficiencias del sistema, pero hay situaciones en que no puedes cruzarte de brazos.

ALBERTO: No podemos seguir solucionándole [a la administración] la papeleta sin más. Claro que se ayuda a esa persona, pero sin olvidarnos de reivindicar las mejoras necesarias.

ABEL: Mira, te pongo un ejemplo concreto, que es lo que a mí me gusta: nosotr@s llevamos años pidiendo una casa de acogida para enferm@s terminales, pero la opinión de la administración es que no es necesaria. Pues bien, cada vez que debo derivar a una persona a donde sea, a Coruña, a Bilbao, donde haya una plaza, hago que conste en el registro de Sanidad. Esa es nuestra manera de reivindicar, a ver si a fuerza de verlo delante, se dan cuenta de lo que es necesario. Hay que demostrarles día a día, año a año, que esas necesidades son reales.

Si el movimiento ciudadano depende de las subvenciones públicas, deja de ser movimiento ciudadano y se convierte en un gestor de servicios de las instituciones públicas

LO+P: ¿Que os parece si, para concluir, nos decís cómo veis vuestro futuro como personas seropositivas y activas en el mundo del VIH?

ABEL: Cuando miro hacia atrás puedo ver un largo camino de ausencias y cosas muy importantes, como mi hija, que ya no forman parte de mi vida. He tenido que trabajar y aceptar bastantes pérdidas en el pasado pero tengo la intención de seguir buscando y asumiendo compromisos, luchando y trabajando en y con el VIH, porque sigue venciendo el platillo de la balanza en el que coloco los beneficios que a mí me ha traído el SIDA. Desde el momento en que no me he muerto de una sobredosis, siento que estoy como disfrutando de una prórroga, y pienso seguir haciéndolo.

ALBERTO: A pesar de todas las pérdidas, de todas las personas que se me han muerto, yo puedo decir que en mi caso también el SIDA me ha hecho vivir las cosas de otra manera, sobre todo las cosas pequeñas que antes no apreciaba: levantarte por la mañana, poder respirar... No es fácil, pero puedo decir que me siento con fuerzas y que sé que seguiré luchando.

ABEL: Me choca que hables de esa forma de @s amig@s que se te han muerto. Yo no siento que mis amig@s muert@s estén muert@s para mí. Lo estarían si les olvidara, pero mientras yo viva, mientras permanezcan en mi memoria, estarán viv@s para mí.

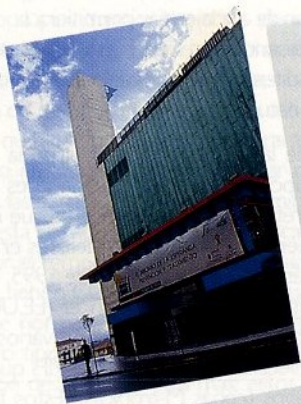
JOAN: La verdad es que creo que con esta tertulia me han entrado ganas de... ¡dedicarme a la política!

SILVIA: Creo que hay muchas razones por las que una persona seropositiva decide ser también activa en el mundo del VIH. En mi caso, llegué a mi ONG como afectada, me sentí ayudada y me he quedado para intentar hacer lo mismo. La ganancia que obtengo de mi participación en mi asociación es doble: por un lado, consigo información relevante para mi salud y, por otro, veo que puedo sentirme bien ayudando a otras personas. También es cierto que a mí el SIDA me ha cambiado mucho la vida. Ahora tengo claro que los amigos, la familia, los afectos son lo que de verdad es importante y que otras cosas como el dinero o el trabajo pueden pasar a un segundo plano porque, en realidad, no son tan importantes. El SIDA ha hecho que mis prioridades sean diferentes, me ha enseñado a disfrutar de las cosas pequeñas y me ha dado ¡muchas ganas de vivir! ■



EL COSTE DE LAS CASTAS

Desde 1995, la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA), organiza anualmente un encuentro científico de ámbito nacional sobre el tema del VIH. Parece, sin embargo, que la bonita "I" de SE-I-SIDA no se extiende a la labor de las ONG puesto que, a diferencia de lo que pasa en otros países, la comunidad VIH continúa segregada y "comiendo en la cocina". A trancas y barrancas, intentan medio satisfacernos y van haciendo concesiones: un chiringuito por aquí (preferentemente en una esquina perdida del Palacio de Congresos), una sesión por allá... Pero, en general, parece que somos l@s parias ignorantes a l@s que preferirían no ver durante sus días de congreso.



Este año, y gracias a la insistente reivindicación del representante cántabro de la comunidad VIH en el comité organizador, nos han tomado más en serio. Seguimos sin ser iguales que l@s médicos y representantes de laboratorio (¡Dios nos libre de tamaña soberbia!), pero por lo menos han intentado ayudar con becas para el viaje de las personas representantes de ONG. Prometen incluso ser más just@s el año que viene, y explican que este año el problema principal fue que no habían contado en sus presupuestos con ayudar a la comunidad en términos de viajes, estancia o, por supuesto, retribuciones por ponencias en el foro de las ONG (aunque sí que "ayudan", y sin cicaterías, a los médicos y otros profesionales que no tienen la desgracia de estar asociados a una ONG).

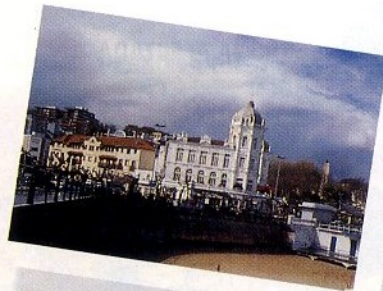
Esperamos que el año que viene, en su acto en Santiago de Compostela, las ONG sean tratadas con más respeto. Pero somos nosotr@s quienes tenemos que reivindicar lo que creemos es justo y pedir igualdad. Puedes empezar pidiendo becas que cubran la inscripción de asistencia (que ya conceden), viaje y alojamiento a pensión completa a SEISIDA, Apdo. de Correos 42137. 28080 Madrid.

ALBERTO: El asunto huele a segregación de las ONG. Parece que médicos e industria prefieren hacérselo por su cuenta, dejamos medio content@s y luego relegarnos a una esquina y guardarse la información y todo lo demás para ell@s. Yo me pregunto una vez más qué pintamos las ONG en todo esto. ¿Estamos en SEISIDA para decir lo que l@s clínicos no se atreven a decir? ¿Estamos por hacer bulto, como si fuéramos l@s últim@ mon@s de esta historia?

ABEL: Me conozco toda la historia porque Santander ha iniciado la polémica este año, al intentar cambiar las reglas del juego por vez primera y demandar igualdad de trato para tod@s. Quiero dejar claro que no se trata de embestir contra la organización de SEISIDA como tal, puesto que en el pasado (Valencia, A Coruña...), SEISIDA proponía sus condiciones y las ONG las iban aceptando. Obviamente, si no se reivindican las cosas, no se obtienen, así que esta vez yo me propuse que l@s representantes de las ONG estuvieran en igualdad de condiciones que el resto de invitad@s. Parece que los presupuestos estaban ya elaborados y que era tarde para cambios de mayor calado, pero finalmente, conseguimos que se ofrecieran 200.000 pts. por foro, independientemente del número de personas de cada ONG que hubiera. Sigo creyendo que no hay razones para que un@s participantes sean pagad@s y otr@s no y me preocupa que las propias ONG no lo sean. En todo caso, lo que está claro es que SEISIDA es la única reunión de estas características en España, y, a pesar de las discriminaciones, creo que es importante que la comunidad seropositiva esté presente, simplemente porque no hay otras oportunidades de encontrarse en un foro similar.

CARLOS: Antonio Gala hace dos años dijo que "desgraciadamente, somos muchos y muchas l@s que vivimos, siendo o no seropositiv@s, con el SIDA, pero hay much@s más que viven del SIDA, y han hecho del VIH su *modus vivendi*". Creo que este discurso [lo que se puede aplicar a SEISIDA] es algo así como "soy muy solidari@ pero no me pidas solidaridad".

Mientras tanto, a su lado estamos los que sí vivimos con el SIDA, y vemos cómo toman decisiones arbitrarias y deciden que las ONG no estamos en el mismo nivel que l@s médicos. Personalmente, me he quedado sin asistir porque nuestra ONG no dispone de medios económicos para tal dispendio.



LOS IMPEN

QUÉ SON Y QUÉ SE SABE DE

Durante mucho tiempo, la lucha contra el VIH ha estado centrada en el propio virus. De esta lucha han surgido los fármacos antirretrovirales que intentan dificultar la replicación del virus actuando sobre sus enzimas. Pero contra el VIH debemos utilizar todas las armas posibles, hacerle la vida imposible de cuantas más maneras, mejor. Por eso, desde hace un tiempo se están investigando nuevas estrategias anti-VIH. Uno de los planteamientos que parece surgir con fuerza es el de prestar más atención a las células que el VIH invade. Estas células son los leucocitos, encargados de desarrollar nuestra respuesta defensiva frente a cualquier infección. Los leucocitos no son células que flotan en cualquier parte, sino que son células activas que buscan y destruyen en los diferentes tejidos dañados o heridos cualquier patógeno o sustancia que nos sea nociva. Cuando hay un peligro de infección en organismo los leucocitos difunden señales químicas al resto de células que indican "aquí hay peligro, venid". Las quimiocinas son una de estas señales encargadas de atraer y dirigir a las células inmunitarias hacia los tejidos dañados. Para reconocer esas señales, sobre la superficie de los leucocitos hay numerosos receptores que las identifican, como antenas que recogen señales de radio.

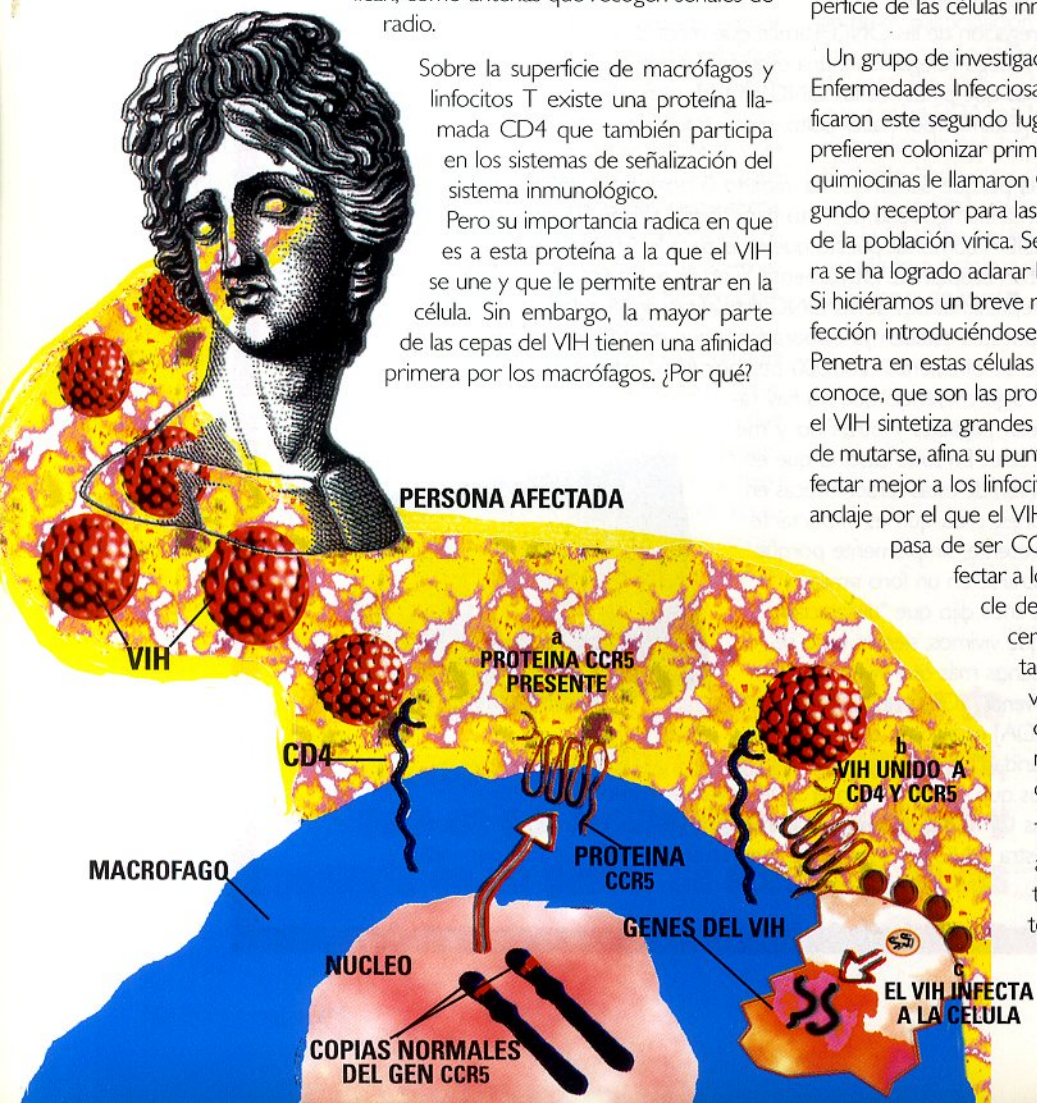
Sobre la superficie de macrófagos y linfocitos T existe una proteína llamada CD4 que también participa en los sistemas de señalización del sistema inmunológico. Pero su importancia radica en que es a esta proteína a la que el VIH se une y que le permite entrar en la célula. Sin embargo, la mayor parte de las cepas del VIH tienen una afinidad primera por los macrófagos. ¿Por qué?

Desde hacía tiempo, determinados experimentos habían demostrado que los CD4 no debían ser la única llave, el único lugar de anclaje, que permitiera la entrada del VIH en la célula. En alguna parte debía haber un segundo lugar de anclaje que permitiera la entrada, porque los CD4, aunque necesarios, no era suficientes. Pero este segundo receptor; a pesar de diferentes investigaciones, era difícil de encontrar y no se sabía qué naturaleza debía tener.

Ya en 1986, Jay A. Levy, de la Universidad de California en San Francisco, observó que un tipo de linfocitos T portadores de una proteína diferente, CD8, secretaba factores supresores que impedían, in vitro, que el VIH invadiera las células. Estos factores eran desconocidos hasta que años más tarde, en diciembre de 1995, un grupo de investigadores del Instituto Nacional del Cáncer (EE.UU.), entre ellos Robert Gallo, anunció que había identificado varios de los factores que bloqueaban la infección de las cepas del VIH que infectaban primero a los macrófagos (cepas M-trópicas). Estos factores resultaron ser las quimiocinas, moléculas de las que ya se tenía noticia. Advirtieron entonces que el segundo punto de anclaje para el VIH tenía que ser el receptor de las quimiocinas que posee la superficie de las células inmunitarias.

Un grupo de investigadores del Instituto Nacional de las Alergias y Enfermedades Infecciosas (también de los EE.UU.) aislaron e identificaron este segundo lugar de unión para las variantes del VIH que prefieren colonizar primero a los linfocitos T. A este receptor de las quimiocinas le llamaron CXCR4. Meses más tarde se identificó al segundo receptor para las cepas del VIH M-trópicas, que es el grueso de la población vírica. Se le ha denominado CCR5. De esta manera se ha logrado aclarar bastante el mecanismo de infección del VIH. Si hiciéramos un breve resumen sería el siguiente: El virus inicia la infección introduciéndose en los macrófagos, a los que no destruye. Penetra en estas células uniéndose a dos receptores que el VIH reconoce, que son las proteínas CD4 y CCR5. Una vez en su interior; el VIH sintetiza grandes cantidades de virus. El VIH, que nunca deja de mutarse, afina su puntería y cambia genéticamente para poder infectar mejor a los linfocitos o células T. De esta manera, el segundo anclaje por el que el VIH siente predilección cambia con el tiempo, pasa de ser CCR5 a ser CXCR4. Entonces empieza a infectar a los linfocitos T. Esto es el inicio de una debilidad del sistema inmunitario (a la que hay que hacer frente). El virus invade las células T y las mata. De pronto se produce una caída de los niveles de células T, apareciendo infecciones oportunistas y tumores que nuestro organismo debería poder combatir en situación de normalidad.

Toda esta cascada de descubrimientos ha abierto una nueva estrategia. Ésta sería la de taponar de alguna manera el segundo receptor; y así impedir que el VIH se afanzara en la



INMETRABLES

LOS CORRECEPTORES DEL VIH

superficie de la célula. Lo importante de todo esto es entender que la CCR5 es a la vez un receptor para las quimiocinas y para el VIH. Si la CCR5 se une a las quimiocinas no se puede unir al VIH, por lo que las propias quimiocinas o sus derivados sintéticos serían un tapón. Otra posibilidad sería la vacunación con fragmentos de CCR5. Al estar esta molécula fraccionada, nuestro organismo no la reconocería como algo propio y crearía anticuerpos contra la CCR5. Cada vez que los anticuerpos encontraran esta proteína la bloquearían. Pero entonces podríamos pensar que los macrófagos no escucharían las señales químicas, las quimiocinas, que les avisan que un tejido está dañado o enfermo y, nunca mejor dicho, podría llegar a ser peor el remedio que la enfermedad. Sin embargo, hay personas que no tienen CCR5 o éste es defectuoso, y llevan una vida perfectamente normal. Parece ser que la falta de CCR5 es compensada por otro tipo de receptores para las quimiocinas que existen en la superficie de la célula. Y es más: estos otros no son infectados por el VIH. Son literalmente impenetrables ante el VIH. Estas personas, aunque hayan tenido prácticas de riesgo, no desarrollan el SIDA, o permanecen sanos durante largos periodos de tiempo porque son total o parcialmente resistentes al VIH gracias a sus genes.

Normalmente, tenemos dos copias de cualquier gen. Si una copia está mutada, la persona es parcialmente resistente al VIH, y si posee las dos copias, lo es totalmente. Si uno de los genes, o los dos, originan una proteína CCR5 que es defectuosa o que simplemente no existe, el VIH no puede invadir los macrófagos, ya que le falta el segundo anclaje.

El hecho de que algunos individuos posean esta mutación genética no es algo gratuito sino que en algún momento debió ofrecerles a sus antepasados alguna ventaja. Se supone que durante el pasado debió suceder un hecho catastrófico, una epidemia que, como el VIH, también utilizaba la proteína CCR5 pero no la forma defectuosa. Esta epidemia aconteció hace mucho tiempo, se estima que 4.300 años, en Europa y Asia, pero no fue el VIH actual (¿O tal vez fue un brote del que hasta ahora no se tenía noticia?).

En relación con estos datos, los científicos Stephen J. O'Brien y Michael Dean, investigadores del Instituto Nacional del Cáncer, apuntan hacia un tratamiento radical del VIH/SIDA. Tenemos que decir que sólo es una propuesta y no se ha de generar falsas expectativas. Su idea es compleja, llena de dificultades, y tal vez irrealizable. Estos científicos consideran la posibilidad de aprovechar la existencia de individuos resistentes al VIH por ausencia o defecto de la CCR5 (una población estimada en ciertos países europeos de entre 5% y 10%). Su idea es la de destruir todas las células sanguíneas infectadas por el VIH. Con altas dosis de quimioterapia, tal como se hace ahora con ciertas leucemias y algunos cánceres, se destruirían todas las células de la médula

ósea, entre ellas, las que originan el sistema inmunitario, para luego serles trasplantada médula sana compatible, con lo que se puede llegar a producir una posible curación. Pero en el caso del SIDA, no cualquier tipo de médula, sino la de personas que poseyeran las dos copias del gen que les hace resistentes al VIH y que no poseen la proteína CCR5.

Simultáneamente, se produciría una curación y una protección contra el VIH. Pero esto, como indican los propios autores, entraña diversos riesgos (rechazo, ataques fatales de las células de la médula ósea contra el paciente que provocaría la muerte, etc), y es una propuesta que se debe sopesar cuidadosamente. También resultaría complejo identificar a los potenciales donadores y la creación de un banco de médulas. Es una propuesta aparecida en una revista importante como *Scientific American*, realizada por dos investigadores de prestigio. Pero sólo es una idea...

Aún falta bastante tiempo para que los fármacos que se deriven de la proteína CCR5 lleguen a comercializarse. El descubrimiento de la CCR5 es muy reciente (año 1996). Pero cada día que pasa aparecen nuevas noticias esperanzadoras. A principios de 1997, se descubrió otra proteína, la CCR3, que facilita la entrada en las células inmunitarias del cerebro. El bloqueo de los receptores impide, en el laboratorio, la infección de estas células por el VIH. Y del laboratorio a la vida real, nunca se sabe. ☉

Fernando G. Ballesteros



¿Te cuesta tomar los fármacos para el VIH?
No es sólo a ti . . .

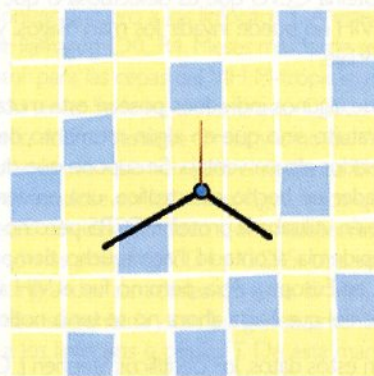
vivir CON tratamientos

Laia, 24, diagnosticada hace 3 años
"El farmacéutico me dio un pastillero con compartimentos para todas mis píldoras diarias. Ahora, de un vistazo sé si he tomado toda mi dosis o no."

Xerardo, al empezar tratamiento
"Compré un reloj con alarma de esos baratos y lo programé para la dosis de la tarde que siempre olvido."

horarios

Susana, 28, en triterapia
"Siempre olvidaba la última dosis del día, empecé a ponerla al lado de los líquidos de las lentillas. Ahora es automático"



Josemari, de Madrid
"En todo este tiempo que llevo en casa, me acuerdo de las pastillas por la tele: cuando empieza el culebrón me toca la dosis."

Adaptación al español

GTT

de una campaña de:

positive
nation

The Terrence Higgins Trust



nam

national aids manual

Andrés y Jordi, pareja y positivos desde hace 5 años
"Un profesional nos ayudó a establecer un buen horario; los dos tomamos pastillas diferentes y lo tenemos todo por escrito."



consultas

Zoraida, a punto de empezar una triterapia
"He aprendido mucho sobre tratamientos y sólo hablando con otras personas que ya los toman."

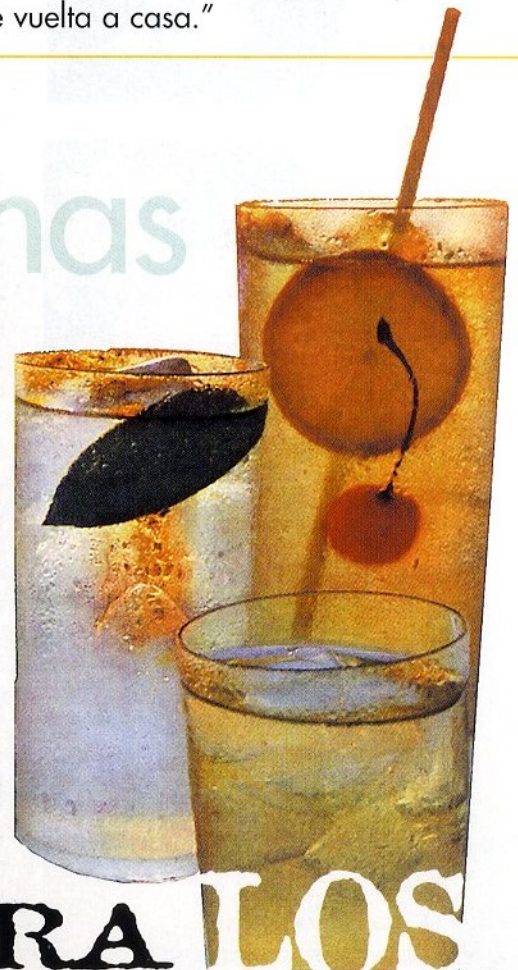
Carlos, con un nuevo tratamiento
"El doctor me explicó muy poco y la información técnica es muy compleja; así que llamé a una asociación y conseguí que me sacaran de dudas."

Carmen, de Granada, vive con el VIH desde hace años
"Llegué a creer que la náusea sería algo inevitable pero el doctor me recetó algo que funciona."

Paloma, 36, en tratamiento y trabajando
"A veces, tras las pastillas siento unas ganas tremendas de vomitar, así que siempre llevo otra dosis en el bolso. Mejor eso que un viaje de vuelta a casa."

Iñaki, 44, con carga viral indetectable
"Uno de los tratamientos debe ingerirse con algo de comida. Si no tengo hambre me tomo un buen batido."

tomas



NO
es
vivir **PARA LOS**
tratamientos

Dieta primera



Ensalada de cebolletas con naranja. La cebolleta también se la conoce como "cebolla de primavera", o sea, que como su nombre indica, es un plato indicado para esta época.

Al igual que la cebolla, la cebolleta contiene Vitaminas A, B y C y los minerales calcio, azufre y silicio, y posee las mismas facultades terapéuticas: gran diurético, buen antirreumático y un buen expectorante (hace sacar las mucosidades que tenemos en las vías respiratorias). En definitiva la cebolla es un buen alimento para el pulmón.

Esta ensalada va acompañada con naranja que es muy rica en vitamina C. Esta vitamina es muy importante en nuestra dieta de cada día ya que es un potente antioxidante, ayuda a regular el sistema de defensa y hace que aumente la inmunidad. También previene los molestos catarros. ¡Ya sabéis, no os olvidéis de la vitamina C! Hay que tomarla cada día.

Para aliñar, aceite de oliva, que contiene sustancias vitalizantes y vitaminas liposolubles (que se disuelven en grasa) como: provitamina A, provitamina D y vitamina E, lecitina, sustancias aromáticas, pigmentos y oligoelementos. El aceite de oliva de mesa es el más digestivo.

También tiene propiedades terapéuticas como sedante y purgante, y además aumenta la secreción biliar y favorece la ex-

pulsión de cálculos. Se recomienda en todas las enfermedades del hígado y en la litiasis biliar.

Para que este aceite posea estas sustancias y estas propiedades tiene que ser prensado en frío (menos de 40°), o sea, el aceite virgen. Con el tratamiento industrial y los productos químicos que se utilizan para refinar resulta un aceite desvitalizado que puede irritar el tubo digestivo y producir radicales libres. La cadena de supermercados Día tiene un aceite extravirgen, primera presión en frío a precio asequible.

Para acabar, aderezaremos la ensalada con una pizca de pimienta negra, que es antioxidante, estimula el apetito, aumenta la secreción de saliva y el jugo pancreático y previene los gases intestinales. Pero ¡¡cuidado!!., porque a grandes dosis es irritante.

De segundo plato, pavo con patatas al horno.

El pavo, o cualquier otro tipo de carne de ave, es rico en proteína y su contenido graso es menor que el de las carnes rojas, o sea que son menos calóricas. Esto hay que tenerlo en cuenta para las épocas de calor y también al ser una carne blanca es mejor para prevenir enfermedades cardiovasculares.

Las aves son alimentos que dan energía y salud y, cuando se consumen según las necesidades individuales, favorecen la seguri-



Ensalada de cebolleta con naranja

Preparación:

Se lavan y cortan finamente las cebolletas. Se pela y se corta en pedacitos la naranja. Se coloca en un bol mediano la cebolleta y la naranja y se aliña la mezcla con aceite de oliva. Salpimentar al gusto.

Sugerencias: Si sobra, esta ensalada puede guardarse para la siguiente comida o incluso el día después. De este modo, además, la cebolleta se hace más jugosa y menos fuerte de sabor y olor.

Observaciones: El olor y el sabor de las cebolletas son fuertes, por lo que si normalmente tienes pocas ganas de comer, es preferible que evites este plato. Sin embargo, como te decimos, dejar reposar la mezcla baja la "agresividad" de la cebolleta.

Ingredientes:

(para 2 personas):

- ◆ 2 Cebolletas tiernas
- ◆ 1 Naranja mediana
- ◆ Aceite de oliva
- ◆ Sal y pimienta

veral

Ingredientes:

- (para 4 personas)
- ▶ Una barra de pan del día anterior
 - ▶ 1/4 litro de leche desnatada, o yogur Bio desnatado
 - ▶ dos huevos
 - ▶ aceite
 - ▶ azúcar moreno

Ingredientes:

- (para 1 persona)
- ▶ 1/2 k de patas de pavo (según tamaño o apetito)
 - ▶ 1/2 patata mediana (según apetito)
 - ▶ Vino blanco
 - ▶ Tomillo
 - ▶ 2 dientes de ajo
 - ▶ Aceite y sal

dad en sí mismo, la capacidad de trabajo y de continuar trabajando.

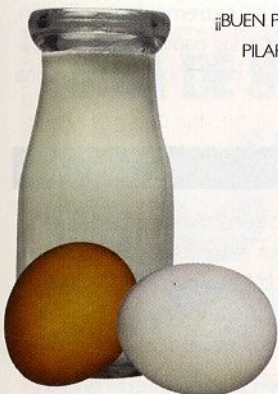
En exceso o cuando no se necesitan, pueden producir problemas por exceso de proteínas, como pereza, somnolencia, riñones con exceso de trabajo, impaciencia, agresividad y ácido úrico.

Ya sabéis, comer carne moderadamente, que no sea el plato de vuestra dieta diaria.

Las patatas nos aportan carbohidratos y minerales. Son digestivas, disminuyen el ácido de la sangre; o sea que, como veis, son un buen complemento para el pavo, el cual acidifica la sangre que la patata alcaliniza. Además la patata es una excelente proteína.

Todo esto, aderezado con tomillo, que es digestivo y por lo tanto facilita la digestión de comidas pesadas.

El postre, ya sabéis: cuidado las personas que tengan predisposición a tener candidas y malas digestiones o dejadlo para merendar si estáis lo bastante llen@s.



¡BUEN PROVECHO!!
PILAR ZUBIAGA

Pavo con patatas al horno

Preparación:

Se unta una bandeja con un par de cucharadas de aceite, y se coloca el pavo, las patatas peladas y cortadas a lo largo en cuatro trozos y dos dientes de ajo sin pelar. Adornar todo con unas pizcas de tomillo. A continuación, se introduce la bandeja en el horno a fuego mediano/bajo y se deja cocinar; dándoles vueltas al pavo y a las patatas cada 10 minutos. Cuando las patas estén bien doradas, puede apagarse el fuego y servirse de inmediato.

Sugerencias:

La parte del pavo puede variar en función de los gustos personales, pero hay que saber que las partes sin hueso, como los filetes de pechuga, se cocinan mucho antes que las otras. Este plato se puede acompañar con tu salsa favorita.

Observaciones:

Como ya hemos indicado en otros números, las hierbas como el tomillo tienen ciertas propiedades terapéuticas. ¡Atrévete a cocinar con ellas!

Torrijas

Preparación:

Se corta el pan en rebanadas del grosor de un dedo y se remojan en la leche. Una vez empapadas, se rebozan en huevo batido y se fríen en una sartén con aceite abundante y caliente. Se colocan en papel absorbente y se espolvorean con azúcar al gusto.

Sugerencias:

Utilizar azúcar moreno o integral le da un aroma especial y es más nutritivo. También puede optarse por miel e incluso por un poco de mermelada, sin excederse para que no empalague.

Observaciones:

Las torrijas llenan mucho y quizá sean excesivas como postre. También, pueden reservarse para el desayuno o la merienda. Como siempre, no pasarse con la parte dulce.

CARMEN MARTÍNEZ



Tu nombre enve

El género *Candida* está formado por más de 150 especies de hongos levaduriformes. En la naturaleza, las levaduras se encuentran en todos los seres vivos e incluso las encontramos asociadas a insectos y a plantas. En personas, el hongo *Candida albicans* es un componente habitual de la flora que se encuentra en las mucosas gastrointestinales, vaginales y orales. Las enfermedades derivadas de las candidas reciben el nombre de candidiasis (o candidosis) y se producen cuando este hongo se desarrolla y prolifera debido a una alteración de los mecanismos de defensa entre los que se halla la inmunidad celular.

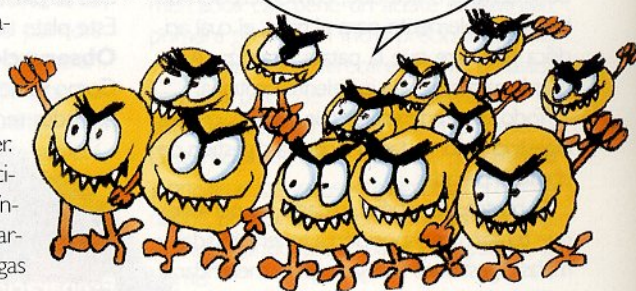
En los primeros casos de infección por VIH, las candidas ya destacaron como una infección corriente. Cualquier seropositivo al VIH puede padecer una infección micótica, y la dolencia puede ser: aguda, crónica, episódica, etc. Como parte de la flora microbiana, se localiza en boca, garganta, piel, cuero cabelludo, vagina, dedos de las manos, uñas, bronquios, pulmones y/o tubo gastrointestinal. A veces, puede presentar un cuadro invasivo, generalizado. En todo caso, se presenta como una infección oportunista que aprovecha el descenso de CD4 en el organismo para comprometer al sistema inmunológico.

La *Candida* es conocida desde tiempos remotos, en los cuales recibía el nombre de Monilia y, aunque este nombre aún se conserva en ciertas zonas, no es muy preciso ya que se refiere a una etapa anterior de su formación, antes de constituirse propiamente en levadura. Antiguamente también se la bautizó como flema, tomaña y humor. Hipócrates, en su obra "Epidemias", ya nos describe las aftas o muguet (también llamado algodoncillo) como placas blancas en pacientes debilitados. Muguet deriva del ancestral término escandinavo "torsk" que se puede traducir como "lirio del valle". Von Rosenstein en 1771 y Underwood en 1714 detectaron casos de muguet en recién nacidos infectados durante el parto o, posteriormente, a través de biberones en malas condiciones higiénicas. En 1835, Véron describió los primeros casos de candidiasis esofágica. Anotó que se habían presentado en pacientes cuyo estado era muy débil. Así, Bennett en 1844 y Robin en 1853 indicaron que la debilidad era el signo más evidente de una futura candidiasis. En este siglo, la *Candida* se reconoce como causa común de dolencias fúngicas más graves. Vamos a centrarnos en la candidiasis orofaríngea y en la candidiasis esofágica.

El tipo orofaríngeo está en relación inversa con la cifra de linfocitos T4. En consecuencia, el 92% de los pacientes con menos de 300 T4 la puede padecer. Se caracteriza, en su forma clásica, por la presencia de placas amarillo-blancuicinas que se desprenden de manera fácil, dejando la superficie inflamada. Estos síntomas pueden ser detectados en la lengua. Otras veces, se presenta como parches en amplias zonas de la mucosa bucal. La queilitis se desarrolla en las arrugas de las comisuras labiales produciendo ulceraciones y fisuras.

Normalmente, el hongo se limita a la capa exterior, pero puede atacar a las capas más profundas y producir necrosis (o muerte de los tejidos) de la membrana mucosa. En dichos casos puede llegar a impedir la ingestión (el acto de tragar) y, en su extremo, la respiración, puesto que las zonas dañadas son vastas y los tejidos afectados están muy inflamados. A menudo, llega a afectar las papilas gustativas, hipertrofiándolas. Por añadidura, la *Candida* puede crecer entre y en los dientes (las caries) y las encías y, por ello, debemos mantener una buena higiene bucal así como una dieta que no acuse un exceso de azúcares.

¡¡¡al ataque, chicas!!!



Los enjuagues



- En los momentos iniciales, la candidiasis orofaríngea responde bien al tratamiento tópico con nistatina o clotrimazol en un plazo inferior a una semana. La nistatina (Mycostantin) puede usarse en forma de tabletas o en jarabe. El clotrimazol puede usarse en forma de tabletas orales de 10 mg (Mycelex). Se comercializa, a su vez, en tabletas de 100 mg que se pueden tomar al acostarse.
- No se debe enjuagar la boca ni comer durante algún tiempo después de usar los tratamientos tópicos

con el fin de permitir una exposición más prolongada y mantener el suficiente contacto con el medicamento como para eliminar los hongos.

Sin embargo, las recaídas pueden ser frecuentes. Los pacientes que se tratan tópicamente corren el riesgo de padecerlas más frecuentemente.

- Se pueden utilizar enjuagues antisépticos: el peridex (0,12% de clorhexidina) o el Listerine® (que es una mezcla de aceites esenciales como timol, eucaliptol, metilsalicilato y mentol).

- Otra idea útil es mezclar agua oxigenada al 3% a partes iguales con suero salino caliente. Las soluciones que llevan alcohol producen una sensación momentánea de

quemazón, pero recordemos que a fin de que los enjuagues sean útiles deben retenerse 20 ml en la boca durante 1 minuto, dos o tres veces al día y, evitar enjuagarse la boca durante los siguientes 30-60 minutos.

- Otro punto sobre los enjuagues es que se recomiendan puntualmente y no continuamente, para poder evitar posibles cambios permanentes de gusto, e incluso cáncer. Es cierto que cuando las candidas reaparecen una y otra vez ya no responden al tratamiento tópico y se debe pasar a una terapia sistémica. El problema es que la *Candida*, aun siendo controlada, se cronifica y no hay una dosis ni una duración específica para medicarse.

mená mis sueños

► El ketoconazol (Mizoral) es muy eficaz. Recordemos que se absorbe mejor en un ambiente ácido y que, por ello, es importante su ingestión con un alimento o bebida ácidos.

► Otra terapéutica es el uso de triazoles como el fluconazol o el itraconazol. La evolución es buena pero no siempre se obtiene una respuesta adecuada. Cuando el/la paciente está hospitalizad@ y la candidiasis representa una complicación, la anfotericina B intravenosa resulta excelente como fungicida.

► Si se presentan dolores fuertes con las candidiasis se puede paliar esa sensación con lidocaína al 4% pero sólo cuando sea estrictamente necesario y ello se extiende a toda la farmacología analgésica, la cual se centra en síntomas específicos: insomnio, depresión, ansiedad, espasmos y dolor.

► El ketoconazol y el itraconazol son muy similares. Circulan junto a las proteínas y se metabolizan por el hígado aunque el segundo puede acceder a concentraciones más altas en sangre y tener más potencia. Un estudio actual, realizado en varios centros de Estados Unidos, ha demostrado que el itraconazol (Sporanox) es una alternativa válida y que se muestra, incluso, más efectivo que el fluconazol.

► La candidiasis esofágica afecta al esófago y al intestino. Con frecuencia, la esofagitis

es una extensión de las lesiones bucales, sobre todo del muguet. Existe destrucción de la membrana mucosa y el contorno esofágico se ve rasgado e irregular. Produce disfagia, con dolor retrosternal, náuseas, vómitos y hemorragias gastrointestinales.

El tratamiento establecido es nistatina oral o dosis bajas de anfotericina B. A menudo es asintomática y para detectarla se deben llevar a cabo cultivos, esofagoscopia, etc.

► Para evitar estas enfermedades oportunistas podemos pensar en la prevención.

Varios ensayos han demostrado que el fluconazol puede constituir una profilaxis secundaria. No obstante, la profilaxis debe iniciarse examinando una serie de variables: la seguridad del paciente, la eficacia de los fármacos, la necesidad, la resistencia, la prevalencia, etc. Por ejemplo, un uso prolongado de fluconazol como profilaxis ha llegado a causar resistencia al medicamento, lo cual no va bien cuando aparezca otra vez.

► Si son adecuadamente diagnosticadas, las candidiasis no revisten gravedad en los primeros episodios y responden bastante bien a los medicamentos. Por ello, es necesario considerar si es imprescindible una profilaxis primaria en base a los datos virales.

► Si es recurrente, la profilaxis secundaria se debe contemplar y valorar el riesgo de aparición futura de resistencias y el peso

real de su uso inmediato, a pesar de que en la comunidad médica no existe unanimidad.

► La *Candida albicans*, una vez instalada en nuestros tejidos, puede dar paso a otras infecciones oportunistas que en principio no son demasiado graves, aunque impiden que nuestro día a día sea confortable aparte de tener un aspecto que nos puede impactar psicológicamente de ser esta muy visible.

► En conclusión, al menor síntoma se recomienda acudir al/la especialista para tratarnos adecuadamente y evitar el desgaste de nuestro sistema inmunológico, siendo conscientes en todo momento de que el cuidado de nuestro cuerpo nos ofrece una mejor calidad de vida.

► No vamos a permitir que se interponga en nuestras vidas, en nuestros sueños, que nos ate con su presencia, que su persistencia envenene tan siquiera unos segundos de nuestro tiempo. Cándidamente... ■

SUSANNA SALILLAS

BIBLIOGRAFÍA:

- Tratado de micología médica, John W. Rippon. 3ª Ed. México, 1990. Interamericana McGraw-Hill.
Micología médica, J. M^o Torres-Rodríguez, et al. Masson, S.A. BCN, 1993.
Infecciones oportunistas: protozoos y hongos. Profilaxis y tratamiento. SEISIDA, 1994.
Monografías clínicas en enfermedades infecciosas: N^o 1. C. Rozman, J. Blada, J. M. Gatell, Dayma, BCN, 1988.
SIDA y piel, P. del Ojo Cordero, et al. Dayma, BCN, 1989.

FURIA DE SABORES



Se debe tomar:

2 cucharadas de aceite virgen al día, ajo crudo (abierto, por debajo de la lengua, en la vagina, etc)- es un fungicida natural que purifica la sangre -, complejo vitamina B (sin levadura), lentejas y garbanzos, pan integral con levadura madre, arroz integral, espaguetis integrales, verdura cruda, zumo de zanahoria, fruta cruda - p.e., zumo de limón (sin azúcar) -, yogurt "Bío" y productos que contienen lactobacilo acidófilo, agua mineral, pasta de dientes sin fluor; pepino - neutraliza los ácidos en la sangre -, aceite de germen de trigo.

Alimentos poco recomendables:

Pan blanco (con levadura), pasteles (azúcares), comida frita o rebozada, champiñones o setas, salsa de soja, té negro o café, quesos, ácido cítrico, alcohol, bebida de lata, arroz blanco, y un largo listado de "otras".

Ideas (sólo un par... el resto, un reto a tu imaginación)

Intenta tomarte tiempo para disfrutar lenta y tranquilamente de un delicioso desayuno. Evita las carnes rojas y todas aquellas comidas que tengan un exceso de proteínas. Trata de acostumbrarte a comer pollo y pescado. Procura que los platos estén bien aromatizados con hierbas, etc. Para rehabilitar la mucosa oral, lo mejor son alimentos tibios.



¡¡¡Pon celoso al mundo con esa furia de sabores!!! ■

El cuidado de Sí

Hace unos meses, me sucedió aquello que ocurre algunas veces cuando mantienes una conversación y se te despierta una señal de alarma en algún lugar. Una mujer me contaba que escribía vih/sida tal cual, en minúsculas, y eso me hizo reflexionar sobre ello. Lingüísticamente no es muy correcto, pero el motivo que me induce a ello es que pienso que para nosotr@s, l@s afectad@s, vih y sida, juntos o por separado, son más que unas iniciales, son palabras. Palabras que tampoco tienen por qué escribirse en mayúsculas. ¿Por qué mayúsculas? ¿Para darle más importancia todavía? Después de lo que se pasa, en múltiples ocasiones, ese tal vih/sida creo que no merece el honor de ir en mayúsculas. He decidido adoptar esa opción, y a partir de ahora escribiré vih/sida en minúsculas.

Cofactores y Meditación

La meditación es una práctica que varias personas, grupos de trabajo, organizaciones, culturas, coinciden en apuntar como saludable. Para algunas de ellas llega a ser un pilar fundamental de su filosofía o forma de vida, y cada vez se oye hablar más de ella en los lugares donde hay un intercambio de experiencias entre afectad@s por el vih, ya sea en colectivos de personas, ONG, plataformas, grupos de trabajo, conferencias, etc.

Como ejemplos ilustrativos más cercanos, tenemos noticias del interés de algunas personas en formar grupos de meditación para personas positivas, de algunas ONG que también se están planteando esta posibilidad, la buena sensación e interés que suscita en la Plataforma NATC (formada por decenas de personas y más de 20 ONG de casi la totalidad de Comunidades Autónomas) o por ejemplo las experiencias que conocimos en la VIII Conferencia Internacional para personas positivas que se realizó el pasado noviembre en Changmai (Thailandia), donde en más de uno de los grupos de trabajo se destacó la importancia y efectividad de esta técnica para ayudar a aumentar la calidad de vida. Recuerdo que hubo un Taller cuya temática iba en torno a los "Supervivientes de

larga duración": en esta sesión varias personas destacaron la importancia de la meditación en sus vidas. También se habló de su papel y en varias ocasiones en talleres relacionados con estar san@, cuidarse a sí mism@, calidad de vida, etc. Por último, mencionar que en distintos países hay grupos de personas que utilizan meditación y yoga con el objetivo de estar san@s y algunas experiencias y anécdotas merecen nuestra atención.

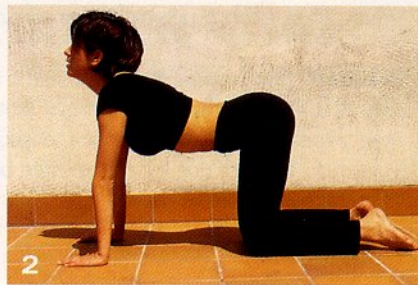
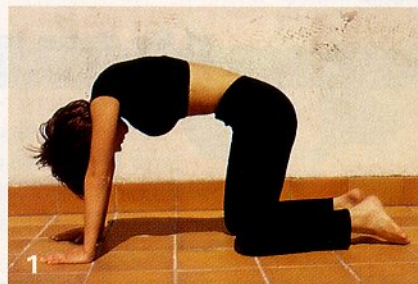
Entrenamiento de la Mente

Existen muchas maneras de presentar la meditación... pero cada vez es distinta, y cada vez es directa y nueva. Por fortuna vivimos en una época en la que muchas personas de todo el mundo están familiarizándose con la meditación. Cada vez se la acepta más como una práctica que atraviesa barreras culturales y religiosas y se eleva por encima de ellas, permitiendo a quienes la practican establecer un contacto directo con la verdad de su ser. Es una práctica que trasciende los dogmas religiosos y, al mismo tiempo, es la esencia de las religiones.

Generalmente desperdiciamos nuestra vida, distraídos de nuestra verdadera identidad en una actividad incesante; la meditación, por su parte, es el camino que nos devuelve a nosotros mismos, donde podemos experimentar y saborear realmente nuestro ser completo, más allá de todos nuestros comportamientos habituales. Meditar es romper completamente con nuestra forma "normal" de operar, puesto que se trata de un estado libre de toda preocupación e inquietud en el que no hay competitividad, no hay deseo de poseer ni aferrar nada, no hay lucha intensa ni angustiada ni anhelo de logros.

Los maestros de meditación budistas saben cuán flexible y maleable es la mente. Si la entrenamos, todo es posible. De hecho,

ya estamos perfectamente entrenad@s a tener celos, entrenad@s a aferrar, entrenad@s a estar angustiad@s y tristes, desesperad@s y anhelantes, entrenad@s a reaccionar coléric@s contra aquello que nos provoca. En realidad estamos entrenad@s en tal medida que estas emociones negativas surgen espontáneamente, sin que intentemos siquiera generarlas. Así pues, todo depende del entrenamiento y de la fuerza de la costumbre. Dedicemos la mente a la confusión, y, si somos sincer@s, sabemos muy bien que se convertirá en una sombría maestra de confusión, experta en sus adicciones, sutil y perversamente elástica en sus esclavitudes. Dedicémosla en meditación a la tarea de liberarse ella misma del engaño, y descubriremos que, con tiempo, paciencia, disciplina y un entrenamiento adecuado, nuestra mente empezará a desatar sus propios nudos y conocerá su dicha y claridad esencia-



NOTICIAS:

Los días 21 y 22 de Marzo se tenía que realizar en San Marino el Congreso de carácter científico e internacional "Sida e investigación en medicina natural". Se anuló porque el Ministerio de Sanidad de San Marino no pudo hacerse cargo del coste económico, como parecía que estaba previsto. Otra vez será.



les.

"Entrenar" la mente no significa en modo alguno subyugarla por la fuerza o someterse a un lavado de cerebro. Shantideva, maestro budista del siglo VIII, declaró:

Si este elefante que es la mente se ata por todas partes con la soga de la absoluta presencia mental, todo temor desaparece y llega la completa felicidad.

Todos los enemigos; todos los tigres, leones, elefantes, osos y serpientes (de nuestras emociones); y todos los guardianes del infierno; los demonios y los horros, todos ellos quedan atados por el dominio de tu mente, y domando esta única mente todos quedan sometidos, porque de la mente se derivan todos los miedos y penas inconmensurables

Así como un escritor sólo adquiere una espontánea libertad de expresión tras años de estudio a menudo laborioso, y así como la gracia sencilla de un/a bailarín/a se obtiene con un enorme y paciente esfuerzo, así también, cuando empieces a comprender dónde te conducirá la meditación, la abordarás como la mayor empresa de tu vida, una empresa que exige el más profundo entusiasmo, perseverancia, inteligencia y disciplina.

El corazón de la meditación

En la quietud y el silencio de la meditación, vislumbramos esa profunda naturaleza interior que hace tanto tiempo perdimos de vista entre la agitación y la distracción de nuestra mente, y regresamos a ella. Resulta verdaderamente extraordinario que nuestra mente no pueda estarse quieta más de unos

pocos instantes sin anhelar distracción; es tan inquieta y desasosegada que a veces pienso que, al vivir en una ciudad del mundo moderno, ya somos como los seres torturados del estado intermedio que sigue a la muerte, donde se dice que la conciencia es angustiosamente desasosegada.

Estamos fragmentad@s en muchos aspectos distintos. No sabemos quién somos en realidad, ni con qué aspectos de nosotr@s mism@s deberíamos identificarnos ni en cuáles creer: Son tantos los dictados, voces y sentimientos que luchan por controlar nuestra vida interior que nos encontramos dispers@s por todas partes, en todas direcciones, sin dejar a nadie en casa. La meditación, pues, es llevar la mente a casa.

De "El libro tibetano de la vida y la muerte", del Sogyal Rimpoché, que deseamos sirva de información para las personas que no conocen esta técnica y de interés para las que ya la conocen o la practican.

Yoga: Respiración y estiramientos

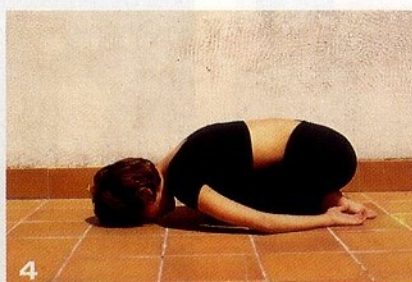
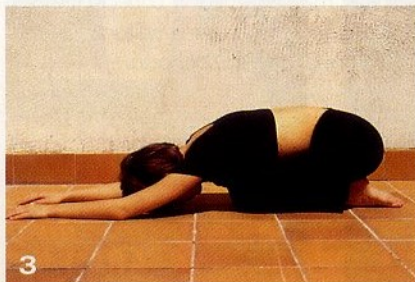
(Ideal después de estar mucho en cama)

► A cuatro patas, con las palmas de las manos en el suelo a la altura de los hombros y las rodillas y pantorrillas en el suelo. Inspiramos subiendo la cabeza y sacando el culo, arqueando la zona lumbar; retenemos un poco el aire y lo expulsamos lentamente a la vez que impulsamos la pelvis hacia la cabeza, ésta baja hasta ponerse casi entre los hombros y la columna se arquea (Fig. 1, 2).

Hacedlo varias veces.

► Después deslizad las manos hacia delante y estirad la columna todo lo que podáis para pasar a sentaros en las nalgas y, doblando los brazos hacia atrás, poned las manos al lado de los pies y la frente en el suelo. Es una postura de lo más relajante (Fig. 3, 4). ■

De "Un poco de yoga para los más debilitados", Ana Aznar, OMSIDA, Zaragoza



FLORES DE BACH - VIH

No hay demasiados estudios o iniciativas que nos den información sobre experiencias, prevención y tratamiento de la problemática del vih con la medicina no tradicional, lo cual no es de extrañar dado el trato oficial al que están sometidas.

Los remedios que desarrolló el doctor Edward Bach tienen más fuerza y posibilidades de actuación en el área emocional-espiritual. Una idea de sus posibles beneficios nos la puede dar el trabajo del Servicio de terapia floral del Dr. Bach que se viene realizando en ACTUA desde hace ya algún tiempo. De su memoria del año 1997 podemos extraer un breve resumen de los resultados obtenidos después de atender a 74 personas a lo largo de 324 sesiones:

En los aspectos emocionales

► Ha remitido la depresión en la mayoría de los casos, la ansiedad, los problemas de sueño, las culpas y la mayoría de los miedos. Ha desaparecido el abatimiento, la desesperación, las pesadillas y el insomnio. Ha mejorado la timidez, el nerviosismo, la expresión de sentimientos, la apatía, la autoestima, la elaboración de los duelos, la capacidad de tomar decisiones. La sensación de soledad no se hace tan patente. Se llegan a controlar la agresividad, el odio y el rencor. Se compensan y se equilibran las emociones. Aumentan considerablemente la esperanza y las ganas de vivir. Se ha producido una elaboración del pasado, un compromiso con el VIH y el comienzo de un trabajo interno.

En la situación física

► Ha habido mejorías en cansancio y agotamiento, estreñimiento, estado energético, vitalidad, peso, anemias, dolores en general, problemas dermatológicos. Remiten las diarreas y desaparecen tics nerviosos. Al mismo tiempo se ha observado eficacia de la terapia como paliativo de los síntomas derivados de las medicaciones, como: vómitos, náuseas, piedras en el riñón, problemas digestivos, dolores, insensibilidad u hormigueo. ■

XEVI

lo personal internet

Venas abultadas

¿Alguien tiene algo que decir sobre venas abultadas por todo el cuerpo (brazos, piernas, vientre) como resultado del uso prolongado de tratamiento antirretroviral?

Mis venas empezaron a aparecer cuando perdí la capa de grasa que las cubría. Esto ha ocurrido con mis brazos y mis piernas así como con mi cabeza. Mi abdomen es mayor que nunca (léase panza), pero no observo vascularización en esta parte de mi cuerpo.

Gas en el esófago

¡Hola!

Este tema se ha discutido en nuestro grupo de soporte para personas VIH+. La opinión general era que es una buena idea la de beber dos grandes vasos de agua con cada toma de pastillas. Así nos aseguramos de que bajan por el esófago hasta el estómago y no se quedan "colgadas" por el camino.

Italo

Respecto al tema de tomar más líquidos con el Crixivan: yo he tenido unos gases horribles (y no necesariamente en mi esófago, sino en la parte alta de mi tracto estomacal). Desde ayer bebo al menos 6 vasos grandes de agua al día y parece que la cosa va mucho mejor.

Chuck

Rod;

En Filadelfia hemos observado acumulación de gases en la parte alta de los intestinos en varias personas que están tomando Crixivan. Una persona a quien yo llevé al servicio de urgencias del Hospital de Filadelfia hace más de un año presentaba síntomas que recordaban a los de un ataque al corazón. Tras una exploración por rayos X, vimos que la acumulación de gases había empujado todos los órganos torácicos hacia arriba, constriéndolos y ocasionando un dolor abdominal severo. El gas se eliminó mecánicamente. Esta persona también sufría de lipodistrofia cervical.

Rod

Kiyoshi

Yo he tenido el mismo problema. Ahora bebo dos tazones de té con hielo al día con cada toma de medicación (es particularmente importante con la toma de la noche). Me los bebo de un largo trago después de haber tragado las pastillas. Esto ha resuelto mi problema. Buena suerte.

Randy

Viracept, Viramune

Querido Ed,

He pensado que estaría bien compartir con vosotr@s mi experiencia con estos fármacos. Los estoy tomando en una combinación con 3TC, que he tomado por un largo periodo de tiempo primero en combinación con AZT (lo que me hizo sentir como si tuviera un resfriado permanente), después con Crixivan (que hizo descender mi carga viral hasta 400). Tomé Crix durante 6 meses tan sólo, porque la dosificación era demasiado intensa.

Tomo mi actual combinación desde marzo de 1997. Cambié a Viracept porque era más fácil de tomar; y me quedé con mi viejo amigo 3TC, aunque sabía que tenía que añadir un fármaco nuevo más. Sufro de una neuropatía relativamente severa y no he obtenido buenos resultados con d4T, ddl, ddC, etc. Cuando añadí Viramune como tercer componente de mi "combo" no conocía ningún estudio que lo recomendara en combinación con un IP y otro fármaco. Tomado en combinación con otros antirretrovirales, Viramune tenía fama de hacer descender la carga viral con rapidez, aunque perdía su eficacia a las 48 semanas aproximadamente.

Leí el prospecto, crucé los dedos y comencé a tomarlo. Voy a cumplir mi primer aniversario con esta combinación y los últimos resultados de laboratorio muestran una carga viral indetectable con la prueba cuyo límite de detección se sitúa en 25 copias/ml. Las cifras de CD4/CD8 son casi normales, con un recuento de CD4 que sobrepasa las 450 células/ml, en comparación con las escasas 60 células/ml al inicio de mi tratamiento con Crix.

Mi neuropatía no se ha agravado, y tampoco he experimentado otros efectos secundarios con ninguna de las "V's" (Viramune y Viracept).

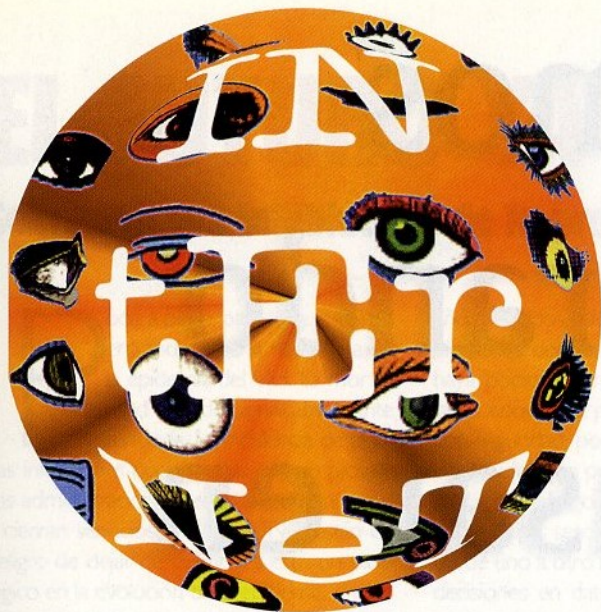
Por supuesto, existen muchos estudios nuevos sobre Viramune. Si lo deseáis, podéis encontrar más información conectándoos a: **Viramune.com** y dirigiéndoos (en inglés) al/a la Editor/a. En mi caso, mis preguntas recibieron respuesta en 24 horas.

Linda

Elavil & Neuropatía periférica

Ya sé que me estoy repitiendo pero Elavil (amitriptyline) es un regalo del cielo para la neuropatía severa.

Supermarky de Sage



Información útil para hispanohablantes

Aquell@s de vosotr@s que estéis interesad@s en participar, lo podéis hacer en los siguientes puntos de encuentro en Internet:

es.charla.enfermedad.sida

(Grupo dinámico de información accesible a través de los servidores públicos de información: **diana.ibernet.es** o **news.mad.ibernet.es** o **noticias.ibernet.es**)

Canales IRC de tertulia: #gayseropositivos

(A pesar de su nombre, está abierto a todas las personas VIH+ 24 horas al día, aunque es por la tarde/noche, hora europea: puedes acceder entrando en el dominio español de IRC a través de los servidores IRC: **irc.arrakis.es** u **orión.irc-hispano.org**)

Toni

Listas de correo: GENTEPOZ. Para hispanohablantes seropositiv@s. Para suscribirte, envía un email como el que sigue:

Lists@Web-Depot.COM

Esmalte dental

Tengo el mismo dentista desde hace una década y en los últimos 2 años me ha empastado más caries que en los otros 37 años de mi vida. Finalmente, me di cuenta de la coincidencia con el inicio de mi tratamiento. Es cierto que nunca había sido tan cuidadoso con mi dentadura en mi vida, pero no hago más que pagar por los empastes. Mi dentista no tiene ninguna información sobre la relación entre fármacos y esmalte dental, por lo que he decidido acudir a la red.

Espero que sean los productos químicos y no que el dentista quiere comprarse el último modelo de BMW.

Fletch

Varias personas han mencionado en la lista sus problemas de sequedad bucal. Si esta condición persiste, podría afectar seriamente la capacidad normal de la boca para luchar contra las infecciones, lo cual ocasionaría una mayor frecuencia de caries.

Bob Munk

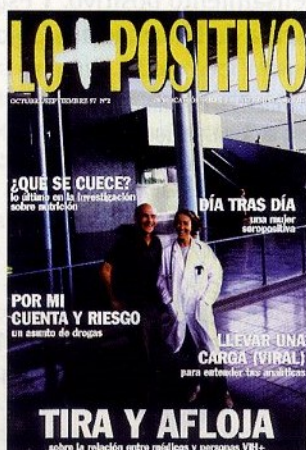
Tienes mucha razón. Soy higienista dental. Muchos fármacos ocasionan sequedad bucal. Nunca he tomado Crixivan y no estoy seguro de que sea uno de ellos. Sabemos que los antidepresivos ocasionan también este problema. Varios productos en una tienda biológica, incluida una pasta dentífrica, pueden ayudar a activar la salivación. Otro problema pueden ser los vómitos y las dietas altas en ácidos. Al vomitar, los ácidos del estómago pasan a través de la boca y los dientes. Una forma de determinar si una persona tiene problemas de bulimia y/o anorexia (que se asocian al acto de vomitar), es examinar el esmalte dental de la parte interna de los dientes frontales. Para ayudar a controlar el problema de desgaste del esmalte puedes intentar aumentar tu cantidad de flúor. Tu dentista puede prescribirte un gel fluorado y también puedes comprar elixires bucales con flúor.

Por todas las historias que he oído sobre dentistas con recelos a la hora de tratar personas con VIH, dudo seriamente de que ningún/a dentista esté intentando beneficiarse consiguiendo trabajo extra, así que no te preocupes sobre lo de pagar el BMW. ¡Buena suerte!

Sudjky

Para consultar los números anteriores de Lo+Positivo en internet:

<http://www.foro-vih.org/gtt.html>



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

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

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

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

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

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



Pharmacia
& Upjohn

EL FUTURO YA ESTÁ AQUÍ

Sobrevivir los inhibidores de la proteasa

Poco a poco, parece que vamos entrando en una nueva era de la epidemia del VIH. La mortalidad ha sido significativamente reducida. La incidencia de algunas infecciones oportunistas cae en picado. Las administraciones recortan subvenciones y cierran servicios. Muchas ONG están en peligro de dejar de existir. ¿Es esto un paso lógico en la evolución de la epidemia, u otro ejemplo de cómo las administraciones públicas padecen una grave miopía estratégica? La administración autonómica catalana ha dado un importante paso atrás al fundir en parte sus programas de drogodependencias y de SIDA. ¿Otra vez estamos en ésas?

Pero las perspectivas de futuro siguen inciertas. Supongamos, por un momento, que las triples combinaciones actualmente disponibles realmente logran convertir la infección por VIH en una afección crónica, y que las personas que desarrollan resistencias y progresan a SIDA son una pequeña minoría, compuesta mayoritariamente por supervivientes precarios de la era pre-proteásica y (empieza sarcasmo) elementos socialmente disfuncionales (termina sarcasmo) incapaces de seguir un régimen de tratamiento. Aún en ese caso, que las administraciones públicas parecen dar por supuesto, ¿cuáles son nuestras perspectivas de salud a largo plazo?

Así que pensabas que el AZT era muy tóxico...

Durante muchos años, miles de personas seropositivas optaron por no iniciar un tratamiento antirretroviral porque la opción que se les ofrecía era monoterapia con Retrovir. La fama de toxicidad del AZT es, en mi opinión y experiencia, un 80% leyenda negra y un 20% hechos reales. Es verdad que la monoterapia con AZT no es una solución para nadie, y que la neutropenia o anemia provocada por este medicamento pueden haber empeorado la salud de much@s, pero para el o la seropositiv@ asintomátic@ medi@, una dosis razonable de AZT es seguramente menos tóxico que fumar dos paquetes de tabaco diarios. Yo, personalmente, he tomado AZT durante seis

años seguidos. No descarto que mi probabilidad de desarrollar tumores a largo plazo haya podido aumentar por haber tomado tanta zidovudina, pero sé que jamás lo sabré con seguridad, porque no va a haber nunca un estudio que pueda detectar ese tipo de problema a largo plazo. La gran mayoría de las personas seropositivas hemos ido saltando de uno a otro régimen, basando nuestras decisiones en datos provisionales, huyendo

que se hinchan ... y lo más alarmante es que, después de un par de años de uso abierto de estos medicamentos, los mismos médicos que los prescriben no saben qué provoca estos cambios. Si estos síntomas aparecen en cuestión de meses, ¿qué nos puede pasar después de cinco o diez años de tomar estos medicamentos en regímenes cada vez más agresivos? Quien fracasa con una triple combinación pasa a una cuádruple, quíntuple... El récord entre mis conocidos son siete antirretrovirales, un régimen que requiere más dedicación que un empleo a jornada completa. Tal vez no suceda nada realmente

dañino para nuestra salud, pero algo es evidente: nos enfrentamos a unos tratamientos cuya toxicidad hace que el AZT parezca un inocente caramello...

Después de años de ver morir sus pacientes como moscas, l@s especialistas en VIH se entusiasman con los resultados de sus pacientes, restando importancia a los efectos secundarios que presentan. La mentalidad del "pega fuerte y pega pronto" ¿es sostenible a largo plazo? Si realmente vamos a lograr que la infección por VIH sea una afección crónica sostenible y alcanzar la edad de jubilación, vamos a tener que empezar a pensar en cómo cuidar nuestros cuerpos, integrando en nuestras prioridades de tratamiento objetivos distintos de la supresión viral. Estamos utilizando medicamentos con un impacto metabólico poco comprendido. ¿Quién va a financiar los estudios que aclaren esos interrogantes?

De momento, creo que las personas seropositivas y l@s especialistas debemos empezar a afrontar los nuevos retos que plantea la supervivencia y el mantenimiento de la calidad de vida con los nuevos regímenes. Debemos afrontar sin alarmismo, pero con urgencia, la realidad de los aspectos negativos de los tratamientos y buscar las soluciones que maximicen nuestras probabilidades de sobrevivir esta epidemia y de poder hacer uso de todo lo que la vida nos puede ofrecer; desde la calidad de vida hasta la reproducción. ■



ILUSTRACIÓN: EMAEL CARRILLO

de la inmunosupresión y las resistencias, sin saber nunca realmente si el medicamento estaba funcionando o no, y cuáles podían ser sus efectos adversos a cinco, diez, o quince años vista.

Hace sólo un año y pico que tenemos acceso a los inhibidores de la proteasa. No tenemos datos sobre sus posibles peligros a largo plazo, pero su evidente beneficio ha hecho que la gran mayoría nos hayamos lanzado a tomar una triple con una antiproteasa. Pero nos miramos en el espejo. Nuestros cuerpos cambian alarmantemente. Barrigas enormes, músculos que pierden fibra, venas

¿POR QUÉ

Cualquier enfermedad potencialmente mortal o sin una solución inmediata, como en este caso es el SIDA, produce un gran cambio en nuestra vida. Vamos pasando por diferentes fases, aprendiendo poquito a poquito unas veces y de sopetón otras.

La percepción, el valor de las cosas y el sentido de la vida adquieren otra dimensión. Algunas de las cosas y valores que antes eran muy importantes ahora ya no lo son tanto, cosas en las que antes de un diagnóstico jamás hubieras pensado ahora forman parte del día a día.

El cuidado de la salud pasa a ser el número uno de las prioridades, los planes se hacen a más corto plazo, aparece una gran urgencia por vivir y disfrutar ante un futuro bastante incierto.

Estoy inmersa en uno de los procesos de cambio, a nivel personal e íntimo, más profundos y difíciles que he tenido desde que me diagnosticaron (hace 5 años). Los cambios me dan miedo, es lo desconocido, lo que yo no puedo controlar, lo que no sé es adónde me llevará. Los cambios, cuando soy consciente de ellos, me producen un gran respeto. Por todo esto me da también tanto miedo el SIDA, es un gran desconocido. Con él nunca sabes suficiente, siempre cambia y muta.

A la larga, en mi experiencia, los cambios siempre me han ayudado a estar mejor en el mundo. Pero cuando me topo con realidades que no he querido ver o que he tratado de negar, el proceso de aceptación que conllevan suele ser doloroso aunque también sea un proceso de crecimiento. De cualquier forma, los cambios necesitan tiempo para poder integrarlos en la vida.

En estas últimas semanas estoy revisando la relación que he mantenido durante todos estos años con el VIH.

Me pregunto: ¿qué tengo que aprender en mi vida del VIH? Pero sobre todo lo que más me pregunto es:

¡Joder! ¿Por qué yo? ¿Por qué yo...?

Me siento tremendamente rabiosa, terriblemente furiosa y enfadada con el hecho de tener VIH. ¡Joder, que sólo tengo 33 años! ¡Que todo esto es una gran putada de la vida! y que además: ¡Yo no me lo merezco!

Estoy harta de tener que aceptar y asumir esta enfermedad ante la cual me siento tan impotente. Y no me sirve de nada saber que yo no tengo la culpa de tener anticuerpos, que no hay respuesta al "¿por qué yo?". Qué las enfermedades son eso: "enfermedades", que nadie tiene la culpa de padecerlas, que a unas personas nos tocan unas y a otras, otras.

Pero lo que más me enciende la sangre es que a mis treinta y tres años debería tener por delante más de la mitad de mi vida, sin embargo, lo que realmente siento es que el puto SIDA acabará con ella y que yo no puedo hacer nada.

Puedo cuidarme, ya lo hago, pero también estoy cansada de hacerlo, ¡joder, que es una carga muy pesada para alguien tan joven como yo!

Es que en lo más profundo de mi ser lo que yo más querría y desearía es:

No tener anticuerpos, no tener que vivir con el SIDA. Estoy exhausta de esforzarme constantemente.

Estoy tan furiosa con el SIDA que no me calma el hecho de saber que mi diagnóstico me sirvió para dejar las drogas, que me ha estado ayudando a conocerme más y a tener una mejor calidad de vida que antes, con las drogas, jamás hubiera pensado que tendría. Ahora quiero todo el tiempo para disfrutar lo que he conseguido con tanto esfuerzo. Y tiempo es precisamente lo que el SIDA no da.

La rabia y la impotencia que siento es tal que mataría a todos los bichicos que llevo dentro porque no los quiero conmigo. ¡Me están robando la vida!

Todo esto viene a pasarme cuando más ganas de vivir tengo, cuando quiero hacer planes a más largo plazo, cuando he aprendido a disfrutar de todo lo que he ganado,



ILUSTRACIÓN: ISMAEL CARRILLO

YO?

por eso me parece que es una putada terriblemente injusta de la vida.

En estos cinco años no me había planteado de esta forma ¿por qué yo? La verdad es que no me dejé tiempo para hacerlo, ni tiempo para sentir el hecho de tener VIH y todo lo que eso conlleva. He sabido ocupar muy bien mi tiempo para no encontrarme a solas con mi SIDA.

Si en algo he utilizado al SIDA ha sido para tapar mi propio SIDA.

Durante estos años he dedicado casi todo mi tiempo y esfuerzo a las mujeres que vivimos con el VIH, a mejorar nuestra calidad de vida. He participado en proyectos, charlas, congresos, grupos de ayuda mutua, conferencias y no sé cuántas cosas más. Siempre luchando por las mujeres VIH positivas. Siempre recordando que la mujer es la gran olvidada del tema SIDA, que se olvidan de las mujeres en general y de las que tienen VIH más todavía.

Toda esta faceta política y pública del VIH y la mujer me ha aportado muchas cosas y aún sigue haciéndolo. A cambio yo también he dado lo mejor de mí misma y en algo he contribuido a romper el silencio que guardan Administraciones y Sanidad sobre la mujer y el VIH. También he contribuido a mejorar directamente la calidad de vida de estas mujeres.

Todo esto son cosas que han ocurrido en mi vida y que yo agradezco enormemente, sobre todo a las personas que me ofrecieron su ayuda y depositaron en mí su confianza. Creo que ellas creían más en mí que yo misma. Son mujeres que han contribuido a mejorar mi calidad de vida y que constantemente han reforzado mi autoestima.

Tanta solidaridad y tanto compromiso también me han servido de escudo perfecto para tapar otra realidad; que yo también tengo SIDA y que también tengo que vivir con él.

He comprendido y entendido el dolor; la rabia y la impotencia que un diagnóstico positivo generaba en otras mujeres y a algunas creo que las he ayudado a superarlo. En cambio olvidé, inconscientemente, mi propio dolor; mi propia rabia e impotencia ante esta enfermedad. Repetí los esquemas

por los que llevo luchando y tratando de romper toda la vida. Cuidando, ayudando y luchando por las mujeres me olvidé de mí.

Es curioso cómo mi preciosa cabecita es capaz de generar cualquier mecanismo para protegerse de su propio dolor porque la realidad le resulta terriblemente cruel, dura, difícil e injusta.

Es más fácil vivir hacia afuera que vivir hacia dentro.

Siempre creciendo a través del dolor. ¿Es que no se puede hacer de otra manera?

¡Y es que yo a veces no quiero ni saber, ni ver, ni sentir!

En esta etapa de la vida en la que he dejado casi todo lo que tenía que ver con el VIH y que he decidido dedicarme más a mí, pues claro, están apareciendo todos estos sentimientos y emociones que por momentos me desbordan. Son tan evidentes y tienen tal fuerza que no puedo negarlos. Por eso estoy tan cabreada con el SIDA.

El caso es que esta situación no me está deprimiendo. Siempre pienso que las cosas vienen cuando tienen que venir y una está preparada para afrontarlas. Estoy convencida de que todos estos cambios, aunque ahora no sea capaz de verlo, me ayudarán a estar mejor en este mundo. Que todo esto es el resultado de muchas cosas y si no han aparecido antes es porque no era el momento y yo no estaba preparada.

Si trato de ser objetiva con todo lo que está pasando en mi vida, realmente he estado muy ocupada y sólo he tenido tiempo de hacer y situarme justo donde ahora estoy.

Los dos primeros años después de mi diagnóstico los dediqué con toda mi energía a dejar las drogas, a no consumir pasara lo que pasara, a aprender a vivir y a hacerlo todo sin ellas. No es fácil pero no te puedes dedicar a nada mientras consumes. El dejar las drogas es lo más maravilloso y difícil que he hecho por mí misma.

Los dos años siguientes los dediqué a la mujer y al VIH, soy una gran luchadora y como mujer y mujer seropositiva no podía dejar de involucrarme junto con otras mujeres en esta lucha.

Así que por eso digo que estoy justo donde tengo que estar.

Es una etapa más personal e íntima, de sentimientos y emociones, a veces contradictorias, que yo no dudo en ningún momento que me hará crecer más, es una etapa que espero que me aporte tanto como lo han hecho las otras.

No me gustaría que cuando leáis este artículo penséis que es triste o depresivo, no es esto lo que quiero transmitir. Es una etapa más y ya sabemos que en el campo de las emociones y sentimientos todo es lícito: sólo hay que atreverse a sentir. Toda una aventura.

Yo soy muy optimista y sobre todo muy positiva.

Ahora os dejo con un texto de Nelson Mandela de su Conferencia Inaugural como Presidente de Sudáfrica en 1994. Me transmite paz y esperanza (aunque yo siempre quito las connotaciones religiosas):

"Nuestro mayor miedo no es el sentirnos inadecuad@s.

Nuestro mayor miedo es aceptar que somos extraordinariamente poderos@s.

Es nuestra luz, no nuestras sombras, lo que más temor nos da.

Nos preguntamos a nosotr@s mism@s: ¿Quién soy yo para ser brillante, maravillos@, inteligente y fabulos@?

Pero en realidad: ¿Quién eres tu para no serlo?

Eres un hij@ de Dios.

El hacerte pequeñ@ no ayuda para nada al mundo.

No hay nada de iluminación, en el encogerse para que otras personas no se sientan inseguras alrededor tuyo.

Hemos nacido para manifestar la gloria de Dios que hay dentro de nosotr@s;

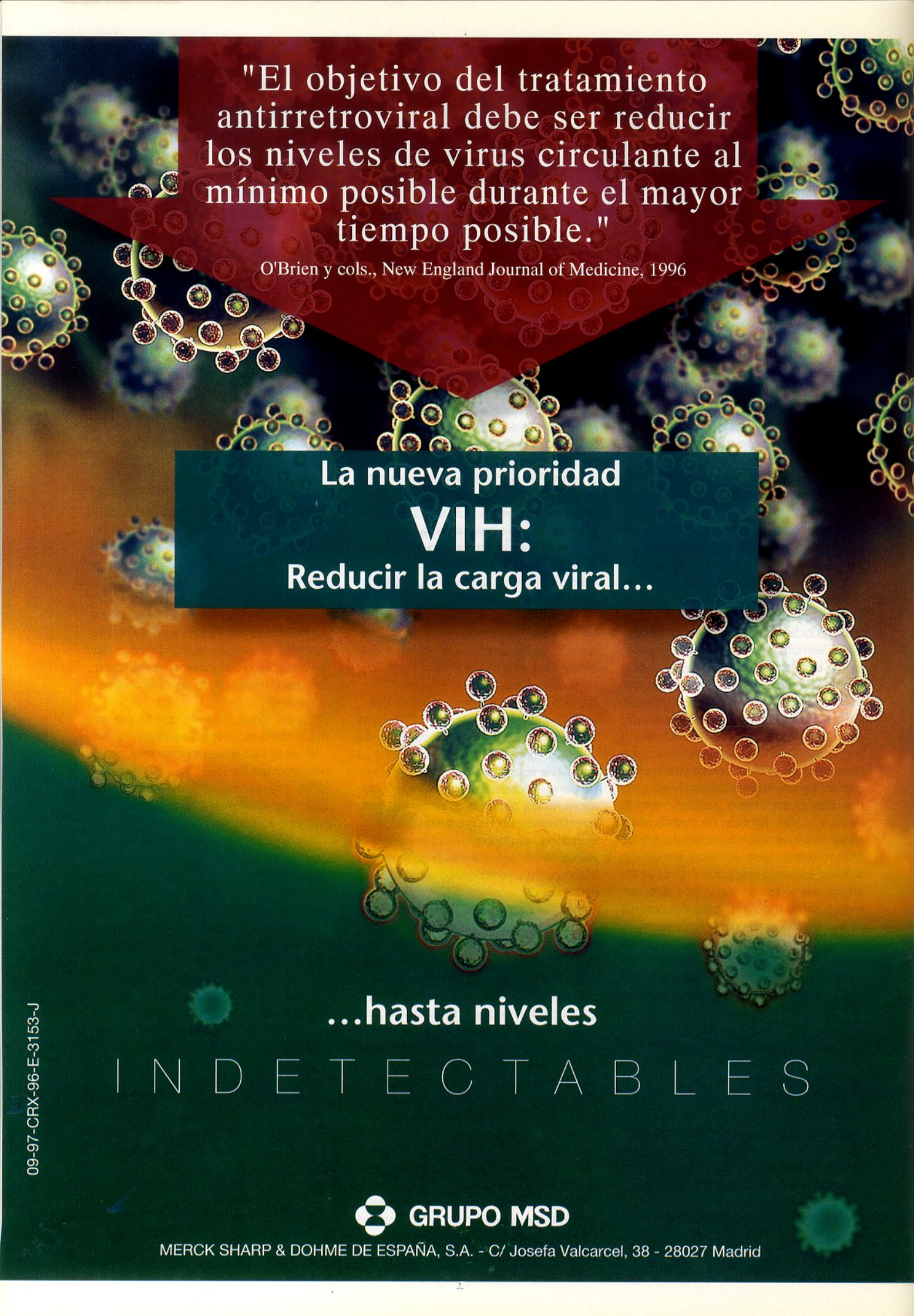
Está en cada un@.

Y mientras vamos dejando que nuestra propia luz brille, inconscientemente damos a l@s demás permiso para hacer lo mismo.

A medida que nos liberamos de nuestro miedo, ¡nuestra presencia libera automáticamente a los demás!"

Hasta otra. Y ya sabéis: ¡a cuidarse! ■

MILI GARCÍA



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

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

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

...hasta niveles

INDETECTABLES

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

 **GRUPO MSD**

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

Notas desde dentro

No soy más que una de esas personas que en un momento dado de su vida eligió las drogas. Las elegí pensando en ello como una forma de vida (pero eso no es así) ya que pudo resultar una manera de morir.

Fue la heroína la que me llevó a prisión y pudo llevarme a la muerte, y aunque hace ya tiempo que la abandoné como compañera, las consecuencias estarán por siempre presentes con los anticuerpos que a través de ella llegaron a mi ser.

Cuando me comunicaron que era portadora del virus, creí morir.

Han pasado ya trece años desde entonces, y aunque no estoy en la mejor situación por el hecho de estar en prisión, las cosas han cambiado mucho para las personas infectadas por el VIH, y cada día me siento con más fuerzas para afrontar todo esto.

Durante los cuatro años y medio que llevo en prisión, no he experimentado ningún cambio negativo en mi metabolismo, y mi recuento de células CD4 y mi carga viral se mantienen dentro de la misma línea; jamás se me ha presentado ninguna enfermedad oportunista ni nada por el estilo.

Si bien es cierto que me ayuda el sentirme respaldada con la gran fuerza exterior que me acompaña día a día: es la ayuda del equipo médico del CP Wad Ras, que nos visita e informa periódicamente de nuestro estado de salud. A parte del asiduo seguimiento de analíticas y otras pruebas que aseguran nuestro buen o mal estado de salud.

De otro lado está la ayuda y soporte no menos importante, que es el moral e informativo, a cargo de "Dona i Presó".

Todo esto me hace sentir bien, aunque siempre tengo presente el fantasma que me recuerda que los anticuerpos podrían acabar conmigo, está allí presente, y no acaba de desaparecer la amenaza.

Cuando hago una valoración del tiempo que llevo en prisión, el resultado es haber perdido un tiempo muy importante en mi vida.

Pero analizando positivamente, ha sido mucho tiempo para valorar a todas las personas que he conocido y que luchan en torno a este tema; mucho tiempo para reflexionar sobre las oportunidades que la vida ofrece; y mucho tiempo para elegir qué es lo que quiero, y lo que quiero es vivir.

Superando miedos, malos momentos, soledad, he experimentado un gran cambio en mí, y eso es lo verdaderamente importante. Tiempo para valorar y poder elegir, y creo haber elegido bien.

En esta soledad he conseguido recuperar un nivel de normalidad, mantener una línea estable, y ahora estoy preparando mi salida a la libertad, ¡a la vida!

NO me gusta dar consejo, sólo cuento mi experiencia. ■

ROSA J.H., (CP WAD-RAS)

Soy una mujer de 32 años, madre de dos hijas, me considero toxicómana, aunque esté presa. Empecé a jugar con la heroína a los 19 años, y a los 20 me decidí a utilizarla endovenosa porque actuaba de una manera más acelerada.

Siento la necesidad de transmitir la poca información que tengo. Compañer@s, me doy cuenta que nuestra ignorancia es nuestro peor enemigo. Ser un/a seropositiv@ no significa tener que morir de SIDA, para nada. Sé que soy seropositiva desde el año 1991, al tener a mi segunda hija Alba. Estando embarazada me lo detectaron, pero... ¿quién sabe si desde más atrás también lo era, pues yo no me había hecho nunca ninguna prueba? Mi hija Alba nació con anticuerpos y se negativizó a los 14 meses. Hoy en día, mi Alba es una niña sana de 6 años de edad.

Insisto en la necesidad de estar informad@s al máximo, pues aquí en la cárcel he tenido varias experiencias últimamente que son la razón por la que os estoy escribiendo este sencillo artículo. Me he dado cuenta de la necesidad que tenemos de sacarnos esa "venda de los ojos" y abrimos a la claridad. Os diré que yo hasta hace poco más de un año también la tenía, es más, no quería que nadie me hablara de anticuerpos, cerraba los ojos, pensaba que iba a morir, que no valía la pena luchar. Pero ahora, con el paso de los días, he comprendido que puedo seguir adelante, que aunque sea portadora del virus, puedo adormecerlo para que me deje seguir aquí, junto a todos l@s que quiero. Ell@s me ayudan constantemente.

Hace dos días, una amiga me vino muy deprimida, acababa de salir de la consulta del médico, tenía unas 900 T4 y ahora tiene 500 T4. La vi muy abatida y en gran parte la comprendí; pensó que había bajado muchas T4. Pero yo pensé que mi opinión sobre el tema había cambiado y para mejor. El problema tiene su importancia según el punto de vista que se tenga. En mi opinión, no era tan grave, pues yo misma llevo tiempo subsistiendo con menos T4. Francamente vi una puerta abierta hacia la esperanza con los tratamientos.

Me di cuenta que 6 meses atrás no veía las cosas como ahora. A veces se ve la botella medio llena o medio vacía pero en la botella sigue habiendo líquido, más o menos. Con eso no le resto importancia a su pensar; creo; sólo es buscar una puerta más hacia el futuro y yo me pregunto: ¿Puede ser la información esa puerta abierta para encontrar una buena forma de vida? Basándonos en la medicina, la biología, etc, etc.

Yo, sinceramente, le doy una oportunidad; creo que el tema es digno de pensarlo dos veces (y las que hagan falta) pues se trata de nuestra vida y su forma, de nuestra calidad de vida, y aboga más por la calidad que la cantidad. Aunque: ¿Cómo puede haber calidad de vida si no hay cantidad (tiempo) de esa vida? ■

MONTSE (WAD-RAS)

lo que NO se dice de las mujeres



Voy a hablar sobre la forma en que se presenta y difunde la información sobre mujeres con VIH/SIDA tanto a la comunidad seropositiva como al público en general, y también de por qué es importante fijarse en lo que no se dice. El *New York Times* informa que la mortalidad por SIDA desciende por primera vez. Es el punto de inflexión de la epidemia, pero ¿para quién? Durante más de 12 años experimentamos un constante aumento de las muertes causadas por el SIDA. Los índices de mortalidad parecen alcanzar su punto culminante entre 1994 y 1995. Entonces, en 1996, todos fuimos testigos de un descenso largamente esperado en la tristemente famosa "página de necrológicas".

Sin embargo, el escenario es significativamente diferente para las mujeres. Los índices de mortalidad van, en realidad, en ascenso, según el Centro de Control de las Enfermedades estadounidense (CDC). Los principales medios de comunicación y la mayoría de los informes de la propia comunidad VIH no informan sobre las diferencias de género respecto a la supervivencia.

En un boletín informativo sobre SIDA y mujer, *WORLDS*, se nos habla del aumento del índice de mortalidad justo antes de la Conferencia Nacional sobre Mujer y VIH de 1997.

A casi nadie le gusta oír las malas noticias y la epidemia del SIDA en las mujeres permaneció en la trastienda y virtualmente escondida hasta esa Conferencia de las Mujeres. En ese evento, los comunicados de prensa sobre los informes de morbilidad/mortalidad fueron elaborados por mujeres y la cobertura de la conferencia también estuvo realizada principalmente por mujeres. Muchos periódicos de gran tirada han estado publicando artículos relacionados con la información presentada en la conferencia.

En esta ocasión, las mujeres con VIH y sus defensoras organizaron una plataforma reivindicativa y una manifestación, y *Los Angeles Times* cubrió la noticia. Se hace evidente que cuando las mujeres están implicadas y analizan los temas, la información que llega a la prensa es más relevante para las propias mujeres y quizá más correcta desde la perspectiva de una mujer. Justo después de la Conferencia, los principales medios de comunicación publicaron una noticia sobre las diferencias de género respecto a los índices de mortalidad.

La conferencia de las mujeres tuvo lugar el 4 de mayo. Un artículo del *Village Voice*, titulado "Morir de curiosidad: la mortalidad por

SIDA baja entre los hombres, sube entre las mujeres", se publicó el 15 de mayo. Dos meses más tarde, el CDC saca un segundo análisis y, con la ayuda del *AIDS Action Council*, la prensa recibe NUEVAS estadísticas.

A lo largo de los 9 meses siguientes se realiza un segundo análisis que establece que los índices de mortalidad también han descendido entre las mujeres; de hecho, han descendido en un 7%. Si el aumento del 7% en supervivencia es fiable, entonces tuvo que haberse producido un descenso de un 10% en la mortalidad entre las mujeres con SIDA en un período de tres meses. E incluso si parece que se ha producido algo parecido a un milagro en julio, agosto y septiembre de 1996, NO se ofrece ninguna explicación a la contradicción observada en los datos.

El CDC atribuye el descenso general en el índice de mortalidad a la combinación de terapias y la disponibilidad de los inhibidores de la proteasa y la diferencia en los índices de supervivencia entre hombres y mujeres al limitado acceso a la información y a las diferencias de clase y género en cuanto al acceso a los tratamientos y cuidados adecuados... NO se cita ningún estudio que apoye esta teoría y tampoco se mencionan temas como la igualdad de acceso a los ensayos clínicos o la falta de investigación en mujeres.

Nuevamente nos preguntamos qué ocurrió en esos tres meses de 1996 en los que los índices de supervivencia aumentaron en las mujeres en un 10%. ¿Obtuvieron de repente todas las mujeres con SIDA un acceso igualitario a atención médica y tratamientos?

Podemos empezar por comprobar cómo se las arregla el sistema para difundir información al público:

- * El Estado pone en circulación un comunicado de prensa
- * Los medios de comunicación codifican las estadísticas
- * Nadie pone en tela de juicio la fuente de información
- * Así nace una nueva "verdad"

Pero, ¿qué ocurre con la verdad que no se ha dicho?

Nancy MacNeil, extracto de una presentación en la Conferencia Estadounidense sobre SIDA, Septiembre 1997. Women Alive, 1997

NOTICIAS DESEABLES

Una noticia importante en la vida de las mujeres con SIDA podría parecerse a lo siguiente:

"En la carrera hacia la curación, las mujeres suponen el 20% de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA y menos del 12% de los participantes en un estudio clínico. La participación de las mujeres en estudios destinados a lograr la aprobación de los inhibidores de la proteasa fue, en ciertos casos, de un 3% del total de participantes. No obstante, las mujeres alcanzaron un 19% en los estudios de delavirdina, en los que se demostró que algunos antirretrovirales se eliminan con mayor lentitud en mujeres, posiblemente debido a la influencia de las hormonas femeninas en la metabolización de los fármacos". ♀



Traiteur CATERING
 Menjars per emportar "Hamt-rätter"
 Take away Comidas para llevar
 food
Comida

Paseo del Borne, 16
 08003 Barcelona
 Tel. 319 55 17

CONDONERIA®

Pça. St. Josep Oriol, 7 08002 Barcelona Tel. 302 77 21
 Abierto de lunes a sábado de 10'30 h. a 14 h. y de 16'30 h. a 20'30 h.

Encantado de la vida

En febrero de este año, "se entregó a la muerte, encantado de la vida", Manolo Trillo. Ya en 1984, comenzó a perfilarse lo que después sería el primer Movimiento Ciudadano Anti-SIDA del Estado Español, pasando a la acción con la creación de lo que se convertiría en una de las primeras líneas de información telefónica sobre SIDA en Europa, y Manolo estaba ahí.

Eran momentos donde el sistema sanitario y los medios de comunicación creaban alarmismo y confusión que dieron como resultado el aislamiento social de l@s afectad@s por el VIH/SIDA, que se cristalizaba en el uso de expresiones como "grupos de riesgo" o "población normal". Aparecía por televisión el "sidatorio modelo" de Cuba, crecía el miedo a la imparable migración del Tercer Mundo. Las discriminaciones eran de los más variadas: hospitales que se negaban a atender a afectad@s o l@s eludían; controles fronterizos; despidos laborales; expulsiones de colegios y guarderías; problemas de vivienda; familias y amig@s que abandonaban al/la enferm@; violación del derecho a la confidencialidad y al anonimato.

En este panorama Manolo decidió ser la cara pública del SIDA. Supo, como poc@s, incorporar su imagen a la lucha por los derechos humanos, haciendo de su presencia una



herramienta con la que desarrollar el activismo, abriéndonos un camino que ahora recorreremos con esperanza. Pero no es esta la única imagen que nos queda de él.

Le recordamos lleno de vida y de inquietudes. Nunca hizo de su cojera un impedimento para estar donde se le necesitase: reuniones, cárceles, hospitales, centros de enseñanza y estamentos oficiales, e impulsando la creación de muchos Comités Ciudadanos Anti-SIDA.

Para él el SIDA no tuvo fronteras. Primero México, donde su activismo le costó la expulsión, y luego otros países de América Latina hasta su muerte. Manolo, tu recuerdo estará presente en nosotr@s día a día, dándonos la fuerza y la esperanza necesaria para que nunca nos sintamos Supermanes ni Pulgarcitos.

Comité Ciudadano Anti-SIDA de Asturias

¿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

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

Nombre:

Dirección:

Apellidos:

Localidad:

Código postal:

Teléfono:

Autorizo una donación anual de:

2.000 pts

5.000 pts

_____ pts

a beneficio del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (GTT), titular de Lo + Positivo.

Banco o Caja:

Agencia:

Dirección:

Código y población:

Nº de cuenta (20 dígitos) _____

Fecha: _____

Firma

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

OPIN@

Mi muerte con los chamanes Mi vida con el aloe vera

Después de haber leído la revista Lo+Positivo, he decidido contar la experiencia que tuve y a la cual debo mi vida, aunque suene a culebrón.

Nos trasladaremos en el tiempo, al año 87, y a algún país centroamericano. Hacía dos años que me habían diagnosticado los anticuerpos del VIH y aún no había aceptado que estaba enferma. Hacía muy poco que existía un tratamiento, sólo te decían que comieras bien, hicieras ejercicio, y que estabas en fase 3. Naturalmente, preguntabas cuántas fases había, en fin, vivías contando los días y buscando el cementerio más mono de los alrededores.

Al empezar con el AZT creía morir; me encontraba peor; tenía muchas infecciones gastrointestinales y de todo tipo, luego hasta que me recuperaba pasaba una eternidad y vuelta a empezar: Los antibióticos terminaron con la poca flora intestinal que me quedaba (los bifidos ni salían en el diccionario) y las candidas estaban por toda la mucosa nasofaríngea. Los medicamentos me ocasionaban unos espasmos intestinales muy desagradables; mi intuición me decía que no aguantaría mucho más. Entonces dejé todo y esperé.

Un día conocí a una persona que estaba de paso. Yo necesitaba hablar con alguien y comunicarle mis miedos. Él me habló de los chamanes y sin pensarlo dos veces me llevaron a verles, y con pocas palabras me explicaron lo que me harían. Vinieron a mi casa dos señoras y un señor; me habían pedido que comprara algunas cosas, no iba a poder moverme de la cama en tres días, ni tres noches. Ellos traían unos cactus, y empezaron a pelarlos y a rezar; después me envolvieron toda la espalda con la pulpa de las plantas, y me vendaron todo el cuerpo hasta la cabeza. El señor entró en trance y viajó al mundo de los espíritus para ponerse en comunicación con las esferas superiores. Después lo hice yo (lo que había bebido ya me hizo efecto) y ahí empezó mi muerte y mi viaje. El tiempo lineal no existía y mi experiencia fue muy personal.

Él me ayudó a volver y trajo información: "Comerás la pulpa de la Sábila (aloe) dos veces al día". Se me permitía seguir; puesto que había viajado con la muerte a la derecha, e iba a cambiar varias cosas de mi vida; esa es la famosa "muerte con los chamanes".

Han pasado muchos años y sigo teniendo fe en esta planta y no he tenido ninguna enfermedad oportunista, ya no me acuerdo que se siente al tener candidas. Los efectos secundarios de los medicamentos los voy paliando con el aloe. Mi médico me pidió información hace ya tiempo, puesto que las transaminasas del hígado y los tricliceridos los tengo dentro de los parámetros normales; la magia es la que tu le quieras poner.

Ana Tomasi, Barcelona

Soy consciente de que mi forma de ver, vivir y interpretar la vida es un tanto compleja, y si no, que se lo pregunten a cualquiera de mis dos psicólogas.

Reconozco que tengo mucho trabajo en mí, y en mi enfermedad, que tanto me cuesta aceptar y con la que tengo que vivir. Es la segunda vez que leo Lo+Positivo, y exceptuando la opinión de A. C. de Londres, el resto ha vuelto como siempre, una vez más, a hacerme sentir aún más enfermo de lo que estoy.

Esto no me pasa sólo con vuestra publicación, sino con todas las publicaciones de este tiempo. Todo lleno de tecnicismos, pastillas y más pastillas, cientos de siglas y un montón de lo que podríamos llamar testimonios y todos de gente enferma. ¡Como yo!

El cuestionario de la pág. 49 del número de marzo/abril del 98 de esta publicación me demuestra quién es el que realmente está enfermo. Por favor, vamos a acercarnos a la gente sin VIH, aunque sigo teniendo pánico al rechazo, a la incompreensión y consecuente incomunicación. Me gustaría que el SIDA se tratase como lo que es, un problema común de la sociedad que nos ha tocado vivir; y que no es exclusivamente nuestro.

¡Salgamos de estar sólo en asociaciones y centros sanitarios!

A.H., Valencia,

Hola, me llamo Enrique. Tengo 26 años y estoy en la cárcel. Os puedo ayudar mandando algo de dinero, poco al mes, pero algo. Pero quisiera que superierais mi historia. Fui toxicómano pero los anticuerpos los cogí hace 7 años con una chavala. Nunca me he chutado ni nada. Lo único que puedo hacer es salir de la cárcel para un centro. Tengo que ir a un centro. Mi condena es de 5 años, lo cual me parece mucho tiempo. Os quería preguntar si podáis darme alguna dirección de alguien que se sienta tan abatido como yo. He intentado quitarme la vida pero creo que soy muy cobarde. Si me ayudaréis quizá podría hablar con alguien que me entendiera. Además, quiero recibir vuestra revista.

Quique, CP Santander

!!!Una calada de 50.000!!!

Estoy asombrado viendo como, en este ultimo año, mucha gente acude a Centros de Atención a Drogodependientes pidiendo que se les haga un seguimiento por ser consumidores de cannabis.

Hablando con las chicas me explican que si la policía los pilla fumando un porro pasan un informe al Gobierno Civil, el cual les pone una multa de 50.000 pts, pero hay una opción para no pagar la multa: hacer controles de orina durante seis meses, por supuesto con resultados negativos.

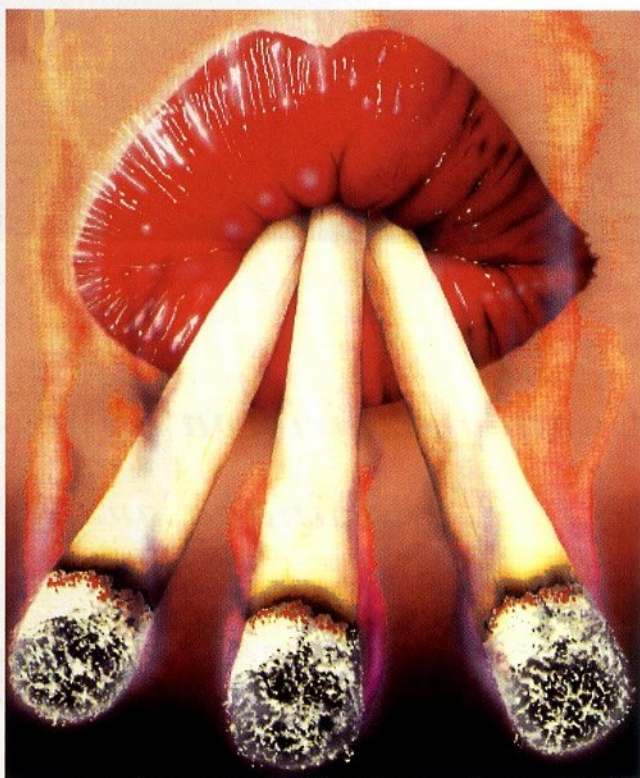
Cada mes pasan por el centro muchas personas de todas las edades y clase social, que nunca han probado otras drogas que no sea la marihuana, como J.L., un viejo amigo, al que la ley ha castigado con la inquisitoria multa. J.L. es seropositivo desde el 87 y hace seis meses le diagnosticaron cáncer. Con su buen humor de siempre me dice: "Es una putada eso de la multa, con lo bien que me va fumarme unos canutillos y ahora..."

J.L. me explica que hace un uso "terapéutico" del cannabis y sus derivados. A causa del cáncer que tiene le hacen quimioterapia, y esto le provoca náuseas constantemente. Fumar marihuana le quita ese malestar y le suaviza los efectos secundarios de los fármacos antirretrovirales que toma para el VIH.

Un amigo común se une a la conversación y explica: "Soy seropositivo y estoy bastante castigado de salud, fumar maría me alivia alguna de las molestias que tengo, además de abrirme el apetito y relajarme." Nos dice que cobra una pensión no contributiva y que, esporádicamente, hace trabajitos y chapuzas (en negro).

"Pero, ¿Qué quieren estas del Gobierno?, por un lado me dan una pensión de 37.000 pts por ser VIH+ y por otro lado me meten una multa de 50.000 pts por fumar maría. ¡¡¡Vaya manera de fastidiar a la gente!!! Con absurdas prohibiciones y multas que no llevan a ningún sitio, lo único que consiguen es privar a la gente de un recurso natural y eficaz.

Seguimos hablando sobre las múltiples virtudes medicinales de la marihuana, de la necesidad de estudios serios para su normalización y sus posibles aplicaciones farmacológicas y terapéuticas en personas con dolencias como glaucoma, cáncer, SIDA, epilepsia, depresión, etc. (Ver artículo "Marihuana nights" del n. 4 de Lo+Positivo). También coincidimos, los tres, en que no a todo el mundo le sienta bien fumar marihuana.



Estamos a años luz de la situación que se ha creado recientemente en California, en relación con personas VIH+/cannabis, y en espera de que aquí también se dé, nos dedicamos a alabar las estupendas propiedades de esta planta milenaria: como superadora de timideces varias, facilitadora de sensualidades, relajadora de rigideces, estimulante para el deleite musical, incitadora de creativities diversas, motivadora de la comunicación de intimidades, calmante de agresividades, promotora de amistades inolvidables, contribuyente para vidas maritales exitosas, generadora de ilusiones benignas, compañera de viajes irrepetibles, activadora de recuerdos olvidados, amnésica para torturas del pasado, inductora de nobles pensamientos... La lista sería interminable y su contribución a hacer menos insufrible la vida de millones de seres humanos, invaluable.

Y es ésta, probablemente, una de sus mayores contribuciones: ayuda a soportar mejor el mundo creado y sostenido por los que la persiguen.



Marco A.
AEC- GRIS



Cuando se hicieron la prueba del VIH, Blanca no imaginaba que aún hoy seguirían juntos

Después de diez años en vanguardia de la lucha contra el SIDA, por fin hay un lugar para la esperanza.

GlaxoWellcome

SOLUCIONES PARA LA VIDA

en SIDA

<http://www.glaxowellcome.co.uk>

LO + Negativo

Desde Panamá

Este es un mensaje desde Panamá, América Central. Represento a PROBIDSIDA (Fundación para el bienestar y la dignidad de las personas afectadas por el VIH/SIDA). En octubre de 1997 iniciamos una lucha cuyo propósito es ganar una causa legal contra nuestro sistema de la seguridad social y obtener las nuevas medicaciones que tantas personas con VIH/SIDA necesitan urgentemente pero que nuestro gobierno no quiere proporcionar.

Nuestro gobierno, a través de la seguridad social, tan sólo proporciona AZT en monoterapia, con todo lo que ello significa en términos de, por ejemplo, desarrollo de resistencias. Por otra parte, los hospitales estatales deniegan AZT a las mujeres embarazadas y sus recién nacidas, con lo que estamos viendo más y más casos de niños infectados. Hemos hablado con las autoridades y la única respuesta obtenida hasta la fecha es que "la única forma de abordar esta situación es que la sociedad civil se ocupe de ello".

Pues bien, esto es lo que queremos hacer. Esta es una petición para que todas las organizaciones anti-SIDA del mundo envíen un fax para apoyar nuestra lucha. El texto del Fax podría ser:

"Nosotros/as, en representación de _____ (nombre de vuestra organización) _____ apoyamos a PROBIDSIDA en su lucha para añadir los nuevos fármacos para las personas que viven con el VIH/SIDA a la Caja de Seguro Social y otras instituciones estatales"

Este texto puede enviarse vía Fax a:
Dr. Aida Rivera, Ministra de Salud
Fax N° (507)227-5276
Dr. Marianela Morales, Caja de Seguro Social, Directora General
Fax N° (507)261-2208
Sr. y Sra. Ernesto Pérez Balladares, Presidente y primera dama de la República de Panamá
Fax N° 228-1061

También agradeceríamos que enviárais una copia a nuestro abogado.
Dr. Ricardo Lachman
Fax N° (507)264-4730
Muchas gracias, ¡con vuestra ayuda lo conseguiremos!

Norma

Exclusión social

En el año 1987, la Unión Europea redactó una guía sobre la donación de sangre. En dicha guía, y bajo el curioso término de "autoexclusión", se listaba una serie de factores que debían desanimar la donación de sangre de las personas a las que afectara, entre ellos: "un hombre que ha practicado el sexo con otro hombre, incluso con preservativo", o "una persona que ha mantenido contactos sexuales a cambio de dinero o de droga", o "una persona que se ha inyectado drogas, incluso sólo una vez". En España, estas reglas de "autoexclusión" fueron incorporadas en el año 1993 en un Real Decreto del Ministerio de Sanidad y Consumo (1854/1993).

Además de dichas normas, el Real Decreto incluye directrices de este tipo: en "el caso de detectarse alguna anomalía" (?), debe "notificarse al/la donante" y éste/a "no debe realizar más donaciones" (artículo 9). La cuestión es saber si el personal que trabaja en la donación de sangre está preparado para anunciar a alguien su condición de portador del VIH.

A su vez, las hojas informativas del año 92 de casi todas las comunidades autónomas de España mencionan la expresión "grupos de riesgo" y la pregunta "¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales con hombres?". En relación con este aspecto Stop SIDA de la Coordinadora Gai-Lesbiana de Barcelona hizo una encuesta hace poco sobre las reglas de autoexclusión. Aunque entre Comunidades Autónomas no todas han respondido, de los datos recabados se concluye que la región de Murcia sigue prácticas discriminatorias, el País Vasco modificó hace poco de esa misma política a otra poco clara, Extremadura y Castilla y León siguen las normas de la Unión Europea del año 1987 antes mencionadas, y otras como la Comunidad de Madrid, Asturias, y Castilla-La Mancha siguen las normas de INSALUD, que a su vez siguen las de 1987.

Otros territorios establecen reglas que quizá no sean discriminatorias, aunque sí son erróneas, como Navarra, las Islas Baleares y Andalucía, que afirman que las "relaciones sexuales con múltiples parejas" son "prácticas de riesgo" y por ello no se puede donar sangre. Catalunya, ejemplo de comunidad con competencias propias en sanidad, usa un método parecido: "Usted no puede donar sangre si se encuentra en una de estas situaciones: En los últimos 12 meses ha mantenido relaciones sexuales con diferentes parejas..." Sin más, un@ debe autoexcluirse.

Para Kati Zaragoza, portavoz de Stop SIDA, estas últimas disposiciones no son discriminatorias para homosexuales, pero sí "muestran una información del VIH nada clara sobre el verdadero riesgo, el uso del condón independiente del número de parejas" y las políticas resultantes son "poco favorables a la igualdad de las personas que por una u otra razón tengan más de una pareja sexual de forma simultánea o consecutiva." ▼



glosario



Anfotericina B

Medicamento antifúngico indicado para el tratamiento tópico o sistémico de las infecciones micóticas.

Candidosis (Candidiasis)

Infección producida por una especie de *Candida*, por lo general *Candida albicans*, que se caracteriza por prurito, un exudado blanco, erosión cutánea y sangrado fácil.

Codeína

Narcótico alcaloide obtenido del opio y de la morfina tratada. Se usa como analgésico y antitusivo, administrándolo oralmente.

Creatina

Compuesto nitrogenado de gran importancia producido en el proceso metabólico del organismo. Se combina con el fósforo para formar fosfatos de gran energía.

Disfagia

Dificultad para tragar, habitualmente relacionada con trastornos motores u obstructivos del esófago.

Dolor retrosternal

Dolor situado detrás del esternón.

Elavil

Es un antidepresivo con efectos sedantes. Su mecanismo de acción aún no se conoce. No es un inhibidor de la mono-oxidasa e, inicialmente, no estimula el sistema nervioso central.

Fluconazol

Agente antifúngico. Circula por el torrente sanguíneo y por ello es usado para combatir los hongos que se hacen resistentes a las cremas, los enjuagues, etc. Su administración oral da un resultado eficaz y rápido. Se usa de tres maneras diferentes: para tratar los ataques iniciales de las enfermedades por hongos, para evitar que se reproduzcan y como medicamento profiláctico (para prevenir). Los efectos secundarios más corrientes son náuseas, dolor de cabeza, prurito, vómitos, dolor abdominal y diarrea. En mujeres embarazadas debe usarse con el consejo médico al igual que en periodo de lactancia. Hay interacciones importantes: habla con tu médico.

Fungicida

Fármaco que elimina los hongos.

Itraconazol

Agente antifúngico de amplio espectro. Se puede tomar en cápsulas o en loción para las lesiones cutáneas. Los efectos secundarios usuales son náuseas, vómitos, prurito, fiebre, diarrea, migrañas e hipertensión.

En mujeres embarazadas debe usarse con precaución al igual que en la lactancia. Hay interacciones significativas – dialoga con tu médico. Se recomienda tomar el itraconazol junto con algún alimento.

Ketoconazol

Droga usada para combatir las infecciones micóticas, especialmente las *Cándidas*. Se puede adquirir en tabletas, en crema y en champú. Los efectos secundarios más conocidos son las náuseas, los vómitos, el dolor abdominal y los picores. Raramente produce dolor de cabeza, mareo, somnolencia, diarrea o impotencia. En mujeres embarazadas no es aconsejable al igual que en el período de lactancia. Habla con tu médico sobre las interacciones. Es recomendable ingerirlo junto con algún alimento.

Leucocitos

Son también conocidos como células blancas de la sangre. Se producen especialmente en procesos infecciosos. Destruyen los gérmenes patógenos y células extrañas al organismo. Son lo que en la calle se llamaría defensas. Según su función y formación se dividen en tres grupos: granulocitos, monocitos y linfocitos.

Levaduriforme

Derivado de levadura (hongo formado por una sola célula con núcleo que se reproduce por gemación y de frecuente localización oral). *Candida albicans* es una forma de levadura patógena.

Linfocitos

Son células específicas de defensa. Están capacitados para responder a sustancias celulares extrañas, en forma de partículas y moleculares (antígenos), formando para ello sustancias de defensa que atacan a los cuerpos extraños y se combinan con ellos. Se dividen en B y en T.

Macrófagos

Son células que pueden fagocitar (tragar) sustancias extrañas. Poseen enzimas que

degradan el material fagocitado ya sean microorganismos, detritus celulares, complejos antígeno-anticuerpo, etc.

Micosis

Cualquier enfermedad causada por un hongo.

Muguet

Candidiasis de los tejidos de la boca.

Nistatina

Agente antifúngico de amplio espectro que evita que los hongos construyan sus membranas celulares. Lo encontramos en crema, tabletas orales y solución para aplicación intravenosa. Usualmente se presenta con una partícula grasa (liposoma) en su fórmula en la cual se hallamos incluido el fármaco. Raramente tiene efectos secundarios. A grandes dosis puede provocar diarrea, vómitos, dolor estomacal y sarpullidos. No se aconseja usar durante el embarazo sin consejo médico ni durante la lactancia.

Queilitis

Trastorno de los labios que se caracteriza por inflamación y cuarteamiento de la piel.

Quimiocinas

Son sustancias que atraen a los leucocitos a los lugares de infección y estimulan su crecimiento.

Senokot

Laxante natural. Extracto de senna. Senokot proporciona una acción específica sobre el colon de manera no agresiva, muy efectiva, provocando tránsito intestinal entre 6-12 horas después de haberlo tomado. Se ha mostrado efectivo como regulador de la eliminación de las heces.

Tirosina

Alanina, aminoácido no esencial que forma parte de la constitución de la mayoría de las proteínas. Es un precursor de las hormonas tiroideas, la catecolamina y la melanina.

Zostrix

Medicamento que contiene capsaicin (sustancia natural derivada de las plantas de la familia Solanaceae) en una base emoliente. Se usa para paliar el dolor de la artritis reumatoide, osteoartritis y neuralgias como el dolor por herpes zóster. ✨



**DU PONT
PHARMA**

Una donación de 100.000 pesetas a Lo+Positivo dará la oportunidad de:

- ➔ Enviar 50 paquetes (de 50 revistas) de un número de Lo+Positivo a asociaciones de todo el Estado
- ➔ Enviar lo mismo a hospitales y centros de salud de todo el Estado
- ➔ Enviar por suscripción las revistas individuales a 100 personas durante todo el año
- ➔ Imprimir 3 páginas de información de Lo+Positivo
- ➔ Garantizar el acceso a Internet durante un año
- ➔ La compra de material de oficina para todo un mes
- ➔ Enviar a un corresponsal a un Congreso Europeo (como el de Glasgow en octubre)
- ➔ Pagar la estancia de un periodista de Lo+Positivo en Ginebra (El Congreso Mundial de SIDA)

Cada donación a Lo+Positivo contribuye a garantizar su continuidad



Albacete: Alvas 967508860 **Algeciras:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 956634828 **Alicante:** Colectivo de Gays y Lesbianas 965209769 Acospa Asociación Ciudadana contra el SIDA 965923939 **Almería:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 950254192 **Badajoz:** Plataforma por la Diversidad de Extremadura 924259358 **Barcelona:** Actua 934185000 Coordinadora Gai-Lesbiana 933097997 ACAS Catalunya 933170505 Projecte dels Noms 933182056 **Benidorm:** AMIGOS 966804444 **Bilbao:** Gays por la Salud T-4 944221240 **Burgos:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 947240277 **Cáceres:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 927227613 **Cádiz:** Asociación Anti-SIDA 956252981 **Cartagena:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 968521841 **Castellón:** Centro de Información y Prevención del SIDA 964239922 **Córdoba:** COLEGA-Colectivo de Lesbianas y Gays 957485917 Asociación para la Prevención y Solidaridad del SIDA

957430392 **Gijón:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 985338832 **Girona:** ACAS 972219282 **Granada:** NOS Asociación Andaluza de Gays y Lesbianas 958 200602 Comité Ciudadano Anti-SIDA 958521352 **Gran Canarias:** Amigos contra el SIDA 928764849 AIDAS 928291684 **A Coruña:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 981226167 **La Línea:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 956176090 **León:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 987235634 Asociación Caracol **Logroño:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 941255550 **Lugo:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 982244560 **Madrid:** COGAM 915224517 FIT 913513682 Unión Española de Enfermos de SIDA

914040105 Fundación Anti-SIDA de España 900111000 **Málaga:** Asociación Ciudadana Anti-SIDA 952601780 COLEGA Colectivo de Lesbianas y Gays 952217199 **Murcia:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 968298831 **Ourense:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 988233000 **Oviedo:** XEGA Xente Gai Astur 985224029 **Palma de Mallorca:** BEN AMICS 971723058 ALAS Asociación de Lucha Anti-SIDA 971715566 **Pamplona:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 948212257 **Salamanca:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 923123002 **San Sebastián:** Asociación Ciudadana Anti-SIDA 943472036 Asociación Anti-SIDA Harri Beltza Oiartzun 943493544

Santander: Asociación Ciudadana Cantabria Anti-SIDA 942313232 **Santiago de Compostela:** Comité Ciudadano Anti-SIDA

981573401 **Sevilla:** COLEGA Colectivo de Lesbianas y Gays 954563366 Comité Ciudadano Anti-SIDA 954371958 **Tenerife:** UNAPRO 922259654 **Valencia:** Col·lectiu Lambda de Gais i Lesbianes 963912084 AVACOS Associació Valenciana Contra la SIDA 963800737 Comité Ciudadano Anti-SIDA de la Comunidad de Valencia 963676911 **Valladolid:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 983358948 **Vitoria:** GAYTASUNA Colectivo Gay de Álava 945257766 Comisión Ciudadana Anti-SIDA 945257766 **Zamora:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 980670620 **Zaragoza:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 976438135 LYGA Lesbianas y Gais de Aragón 976395577 Asociación OM-SIDA

...déjanos
caer en la



tentación...

Siempre con condón

900
Rosa
601
601

Servicio de información

gl coordinadora gai-lesbiana
stop sida

www.pangea.org/cgl
Email: stopsida@pangea.org
Núm. cta: 2100-3296-16-2200132868