

Y Monográfico, VIH/SIDA

Mujer y VIH.

Fuster Ruiz de Apocada, M.J.

Presidente de CALCSICOVA y de la Coordinadora Estatal de VIH/SIDA (CES).

Resumen

Las mujeres son más vulnerables al Vih-Sida que los hombres. Diversos son los condicionantes de esta vulnerabilidad. Entre ellos se encuentran: causas biológicas, que determinan una mayor probabilidad de transmisión; causas psicosociales resultado de la asunción de los roles de género tradicionales y sexistas; y causas económicas, que limitan sus oportunidades e independencia, impidiéndoles elegir estrategias de vida más seguras y saludables. En resumen: codependencia, vulnerabilidad y asunción de roles de género ponen a la mujer en una situación especial de riesgo. Resultado: cada día más número de mujeres infectadas, siendo España el país con mayor número de casos y tasa de incidencia de la Unión Europea.

Las diferencias de género afectan también a la mujer que ya ha contraído el Vih. La exclusión de las mujeres de la investigación científica se añade a la lista de factores que incrementan su vulnerabilidad.

Las desigualdades y desventajas sociales que afectan a las mujeres influyen en su capacidad para protegerse del Vih y de afrontar sus consecuencias. Es necesario aumentar la autonomía y el poder de la mujer para reducir su vulnerabilidad.

Palabras Clave

Vulnerabilidad, mujer, VIH, diferencias de género.

Summary

Women are more vulnerable to Hiv-Aids than men. The conditions of this vulnerability are different. Between them: biological reasons, which cause a higher probability of contracting the Hiv; psychosocial reasons, which result of taking on traditional gender roles; and economical reasons, which limit their opportunities and self-sufficiency. To sum up: Co-dependence, vulnerability and taking on gender roles bring women into a special situation of risk. Result: every day a higher number of women infected, being Spain the country with a higher number of cases and higher incidence rate in the European Union.

This gender differences also affects to women who have already contracted the Hiv. The women exclusion of the scientific research it is added to the list of factors that increase her vulnerability.

Correspondencia a:

CALCSICOVA. C/. Los Centelles, 51, bajo. 46006 Valencia. E-mail: mariajosef@ctv.es



The inequalities and social disadvantages which affect to women have influence in their aptitude for protecting them of Hiv and for confronting its consequences. It is indispensable to give women power to reduce her vulnerability.

Key Words

Vulnerability, women, HIV-Aids, genus differences.

El Vih no está haciendo otra cosa que evidenciar esta desoladora situación e influir profundamente en la capacidad de las mujeres para protegerse del mismo y de afrontar sus consecuencias.

España es el país con el mayor número de casos y la mayor tasa de incidencia de mujeres Vih+ de la Unión Europea. La tasa de incidencia en mujeres es casi tres veces la tasa media de la Unión Europea. El Sida es en España, la primera causa de muerte en mujeres de 25 a 34 años. La tendencia de la epidemia muestra una progresión de la transmisión heterosexual y una mayor vulnerabilidad de las mujeres a infectarse por esta vía.

¿Qué es lo que hace a la mujer más vulnerable ante el Vih-Sida? Existen varios condicionantes:

- Causas biológicas: el riesgo de transmisión sexual de hombre a mujer es hasta 12 veces mayor que de mujer a hombre, y esto porque:

- El semen tiene mayor concentración vírica que el flujo vaginal y por tanto más capacidad de infectar.

- La superficie vulvar, vaginal y cervical tiene mayores posibilidades de sufrir diminutas roturas, estas son vías que posibilitan el contacto con el virus contenido en el semen.

- Las Enfermedades de Transmisión sexual incrementan en un 40% el riesgo de infección porque inflaman y erosionan las mucosas genitales.

- Causas psicosociales: las mujeres están sujetas a roles de género tradicionales y sexistas que les hacen más resistentes a practicar sexo seguro:

- El escaso control que la mujer tiene sobre las posibles parejas sexuales de su compañero incrementa su vulnerabilidad.

- Tampoco tiene el control sobre los medios de prevención. A menudo la mujer no tiene el suficiente grado de autoestima y asertividad como para pactar sexo seguro con su compañero, subordinándose como resultado a los deseos de este. Esta subordinación incrementa su vulnerabilidad.

- Las normas sociales que niegan a las mujeres los conocimientos sobre salud sexual, así como las prácticas que les impiden controlar su cuerpo o decidir los términos en los que llevan a cabo sus relaciones sexuales, incrementan la vulnerabilidad de las mujeres.

- La violencia de género y los abusos sexuales en guerras y conflictos civiles, incrementan la vulnerabilidad de las mujeres.

- La falta de información específica para todos los grupos de mujeres, el deficiente acceso a los medios preventivos, a la prueba diagnóstica, a la atención y al asesoramiento, incrementan la vulnerabilidad de las mujeres.

- Causas económicas: El acceso limitado a oportunidades e independencia económica junto con las múltiples tareas con las que se les carga, incrementa la vulnerabilidad de las mujeres. Su menor nivel económico y social

compromete su capacidad para elegir estrategias de vida más seguras y saludables.

En resumen: codependencia, vulnerabilidad y asunción de roles de género ponen a la mujer en una situación especial de riesgo. Resultado: cada día más número de mujeres infectadas.

En las líneas precedentes se han esbozado los factores que ponen a la mujer en un riesgo especial de contraer el VIH. Pasemos ahora a examinar la situación actual de la mujer que ya ha contraído el VIH. Aquí también podemos observar diferencias de género. Ejemplos de ellas serían:

- Numerosos estudios a lo largo de los años han demostrado que las mujeres no tienen el mismo acceso al tratamiento que los hombres, incluso con las mismas indicaciones.

- A igual carga viral inicial, la mujer tiene más riesgo de progresión a Sida que el hombre.

- El género femenino es el factor independiente más potente asociado al aumento de riesgo de sufrir alteraciones metabólicas.

- El exantema por Nevirapina es más probable en mujeres.

- La prevalencia e incidencia de hipertensión es mayor en mujeres.

- Las mujeres tienen mayor incidencia de erupciones, dolor abdominal o foliculitis.

- Etc...

Además, los avances producidos en los últimos años en el tratamiento y manejo del Vih, colocan a la mujer en una situación de riesgo aumentado. Simplemente hay que echarle una ojeada a la investigación científica y a los efectos de los fármacos en el cuerpo de las mujeres para darse cuenta de cómo la exclusión se añade a la lista de factores que incrementan su vulnerabilidad.

Antes de la aprobación del AZT (primer fármaco antirretroviral descubierto) ninguno de los estudios examinó los efectos en las mujeres, diez años después sólo un 10% de participantes en los estudios eran mujeres. En el momento actual, como mucho un 18% de mujeres participan en los ensayos, no siendo la participación estadísticamente significativa. Además estos ensayos se realizan dejando de lado la perspectiva de género. Los investigadores argumentan esta no inclusión en términos de "dificultad": dificultad en el análisis, en lo económico, en la complicación de los resultados por las hormonas, en que las mujeres son difíciles de reclutar por sus obligaciones (marido, hij@s, padres...). Después los fármacos llegan a las mujeres en función de estudios realizados mayoritariamente en cuerpos de hombres y la única aplicación diferencial de los mismos es en función del peso.

El resultado es que se toman fármacos que no están pensados para las condiciones biológicas femeninas y cuyos efectos en su organismo son desconocidos; esto influye en la aparición de una mayor toxicidad e incluso de unos específicos efectos secundarios, que repercuten de forma negativa en la calidad de vida y comprometen su capacidad de seguir el tratamiento de forma adecuada, disminuyendo con ello la respuesta inmunológica y virológica.

Sin embargo, los motivos de esta exclusión científica no están apoyados por los datos que se disponen sobre farmacocinética y farmacodinámica específica en la mujer. A título de ejemplo sirvan los siguientes:

ABSORCIÓN Y BIODISPONIBILIDAD:

- En las mujeres hay una tendencia a un enlentecimiento del vaciado gástrico que se vuelve significativo en el período premeno-



pásico, lo que tendría como consecuencia una disminución de los niveles plasmáticos máximos y a que estos aparecieran más tarde. Por otra parte, el tránsito intestinal es más rápido, factor que también va a contribuir a que la absorción sea menor:

- La secreción ácida y enzimática del estómago también es menor en las mujeres, y en la fase premenopáusica puede ser cerca de un 40% menor. Como consecuencia, se absorben mejor las sustancias alcalinas y menos las ácidas.

- Las mujeres tienen entre un 70 y un 80% menos de la enzima alcohol-deshidrogenasa en la mucosa gástrica, lo que hará que el fenómeno de primer paso sea menor y que alcancen niveles plasmáticos 40% superiores a los de los hombres.

- En la fase premenstrual hay una disminución de la velocidad de vaciado y de la secreción ácida del estómago que se contrarresta con la disminución de la motilidad intestinal. En fase premenstrual las mujeres alcanzarían niveles plasmáticos mayores que podrían superar a los alcanzados por los hombres.

- En las mujeres postmenopáusicas sin tratamiento hormonal, hay importante enlentecimiento del vaciado gástrico de líquidos mientras que el de sólido aumenta hasta ponerse al mismo nivel que el de los hombres.

- La administración de hormonas, ya sea anticonceptivos orales o tratamientos hormonales sustitutivos, haría que disminuyeran las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a parámetros de absorción.

DISTRIBUCIÓN:

- El peso medio de las mujeres es inferior al de los hombres, siendo los pesos tipo de 59 Kg para las mujeres y de 70 Kg para los

hombres y se corresponde a una menor superficie corporal, volumen sanguíneo, mayor relación entre agua extracelular y agua total, mayor cantidad de grasa, lo que condiciona una menor cantidad de agua total y masa corporal. Todo ello va a condicionar que los niveles plasmáticos de los fármacos en las mujeres sean superiores.

- Durante el embarazo, especialmente en el tercer trimestre, hay una disminución de la fijación proteica de varios fármacos que podría deberse a la disminución de los niveles de albumina que se observa durante el mismo. Hay algunos estudios que indican que la fijación proteica puede variar durante el ciclo menstrual o con la administración de anticonceptivos, pero los resultados no son concluyentes.

- Durante el ciclo menstrual, hay variaciones en la retención de sodio, contenido en agua y volumen de la orina, produciéndose un efecto de dilución en la fase premenstrual en aquellas mujeres que presentan un incremento de peso en esta fase. En la menopausia, se iguala el flujo sanguíneo cerebral entre hombres y mujeres (las mujeres lo tienen superior al de los hombres especialmente en la segunda y tercera década; esto afecta a la distribución cerebral de los fármacos).

- Los anticonceptivos orales, especialmente los que contienen altas dosis de hormonas, producen un incremento de la retención de líquidos (incluso pueden afectar a la secreción de aldosterona), incrementan la masa muscular y disminuyen la grasa, aumentan el volumen sanguíneo hepático, lo que influye sobre los fármacos, que sufren un efecto de primer paso importante al incrementar la metabolización, y disminuyen la concentración plasmática de albúmina y aumentan las lipoproteínas.

ELIMINACIÓN:

• El aclaramiento de creatinina –parámetro que indica la capacidad depuradora del riñón- es mayor en los hombres que en las mujeres y puede haber una tendencia en las mujeres a presentar mayores niveles plasmáticos de fármacos para aquéllos que se eliminen principalmente por vía renal.

• Así pues, parece que tanto la eliminación hepática como la renal pueden ser ligeramente distintas en las mujeres, colaborando a que en éstas los fármacos alcancen mayores concentraciones plasmáticas.

• En algunas mujeres, no en todas, puede haber una disminución moderada del metabolismo al inicio del ciclo menstrual, para sufrir un ligero aumento a mitad del mismo.

• Parece existir un aumento moderado del aclaramiento renal en la segunda parte del ciclo como consecuencia de un aumento de la tasa de filtración glomerular, que cae al iniciarse el siguiente ciclo de maduración folicular.

• Los hombres tienen una mayor actividad de alcoholdehidrogenasa (ADH) en la mucosa gástrica y se ha identificado el gen ADH6 y el enzima que produce es del tipo IIADH, se expresa en el estómago y está modulado hormonalmente. La menor actividad de esta enzima y el menor volumen de distribución justificarían los mayores niveles plasmáticos de alcohol que se determinan en las mujeres.

• En las mujeres la actividad enzimática es, en general, menor, especialmente en las que participan en reacciones oxidativas (hidrólisis) y menos en las de síntesis como la conjugación. Como muchos fármacos siguen varias vías o pasos metabólicos sucesivamente, algunos pueden verse afectados en las mujeres.

• La gluconoro y sulfoconjugación: son pasos limitantes (por la capacidad de reacción enzimática) de muchos fármacos. Se ha observado de forma inespecífica que los hombres tienen menos capacidad de glucononoconjugación que las mujeres.

Teniendo en cuenta estas diferencias y los potentes efectos secundarios de los fármacos (lipodistrofia, neuropatías, hepatopatías, osteoporosis....) no hay duda de que se podrían llevar a cabo investigaciones que mejoraran la situación de las mujeres. Entre otras cosas se podría:

• Estudiar qué dosis son las más adecuadas en sus cuerpos de mujeres. Esto redundaría en una mayor eficacia y en una disminución de toxicidad y efectos secundarios.

• Ver si hay unos fármacos que son mejores o peores que otros para las mujeres.

• Ver que efectos tienen los fármacos sobre las hormonas. Se sabe que los esteroides sexuales tienen efectos neurofisiológicos y que interactúan con sistemas de neurotransmisores: serotoninérgico, catecolaminérgico, GABAérgico, colinérgico, glutamatérgico y opioides. Si hay cambios en estas hormonas también hay cambios en la neurotransmisión y estos sistemas regulan funciones importantes.

La serotonina influye en la conducta sexual, ansiedad y depresión, y las mujeres tienen mayores niveles de la misma. La acción de los esteroides en los receptores de serotonina puede ser la base de diferencias conductuales, agresividad, impulsividad, regulación del humor y de algunos trastornos mentales entre sexos. También los cambios menstruales en el humor y la conducta pueden deberse a ella.

Las catecolaminas (dopamina, adrenalina y noradrenalina) tienen también importantes



funciones y pueden intervenir en síntomas depresivos, regulación de la presión sanguínea etc.. Los estrógenos incrementan su funcionalismo. Durante el ciclo ovárico hay modificaciones dopaminérgicas en varias áreas cerebrales.

El sistema colinérgico y el glutamatérgico tienen que ver entre, otras cosas, con la memoria y funciones cognitivas y las hormonas ováricas interaccionan con ellos incrementando o disminuyendo su funcionalismo.

Las endorfinas y opiáceos disminuyen la actividad y el deseo sexual y cuando hay estrógenos y progesterona elevados (fase lútea en situación natural) hay un incremento de las mismas.

En definitiva todos estos ejemplos ilustran ampliamente como un cambio en el nivel de hormonas puede afectar a estas funciones tan importantes. Esto podría determinar que las mujeres tuvieran algunos efectos secundarios más pronunciados que los hombres o quizá otros distintos.

En toda esta argumentación no habría que olvidar a las **mujeres mayores**. Como consecuencia del envejecimiento se desarrollan cambios farmacocinéticos (en ambos sexos) y puede verse alargada la vida media de los fármacos, sus concentraciones plasmáticas y disminuida su eliminación. Hay causas estudiadas ya de esto (disminución índice masa corporal, disminución flujo sanguíneo hepático.....) y generalmente para evitar toxicidad se recomienda disminuir las dosis en personas mayores de 65 años de hasta un 50%. Sin embargo, la edad en la mujer subrayaría ciertos efectos sexo-dependientes (hormonales) y habría que estudiarlos para poder hacer recomendaciones especiales a las mismas.

Hemos visto como el VIH influye profundamente en la capacidad de las mujeres para protegerse del mismo, también como influye en su capacidad para afrontar sus consecuencias. Es claro que esta situación no es más que una evidencia de las desigualdades y desventajas sociales que afectan a las mujeres y que vulneran sus derechos fundamentales. Hay mucho trabajo por hacer. Hace falta diseñar estrategias específicas de género que incrementen la prevención primaria, secundaria y terciaria en este "sector" que representa más de la mitad de la población mundial. Incrementar la autonomía y el poder de la mujer, se antoja como un paso imprescindible para reducir su vulnerabilidad. En definitiva: es necesario un compromiso político de alto nivel que aborde las diferentes formas de dimensión de género de la epidemia.

BIBLIOGRAFÍA

La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/Sida en las mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.

J. Gilbert Rahola. (2000). *Lo que siempre quiso saber sobre los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar.* Editorial Lilly.

Stephen M. Stahl. (2000). *Psicofarmacología esencial.* Ed. Ariel Neurociencia.

Pannos Institute, (1995). *Triple Riesgo. Mujeres y Sida.*

Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro Nacional de casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.