

Violencia psicológica a pacientes de VIH/SIDA de una unidad médica en el sur de México

Psychological violence against HIV/AIDS patients in a medical unit in southern Mexico

Abel Pérez-Pavón^{1*}<https://orcid.org/000-0002-6119-9581>

Alejandra Janette Cerón Silva²<https://orcid.org/0009-0000-4939-7588>

¹Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), unidad de medicina familiar N.43. Tabasco, México.

²Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT). Instituto mexicano del seguro social, unidad de medicina familiar N.43, Tabasco, México.

*Autor para la correspondencia: Abel.perezp@imss.gob.mx

RESUMEN

Introducción: El Center for Disease Control, registró que el 26,30 % de los pacientes con VIH sufren violencia. Este es un factor importante para la falta de tratamiento oportuno y/o desapego terapéutico.

Objetivo: Identificar la asociación entre los factores sociales, familiares y demográficos con los grados de violencia psicológica en pacientes de VIH/SIDA de la unidad de medicina familiar No. 43 del IMSS, en Villahermosa, Tabasco.

Material y métodos: Durante el 2022 se realizó un estudio de no intervención, transversal, analítico y retrospectivo. Se aplicó una encuesta previamente validada, con la fórmula de n para poblaciones

infinitas que correspondió a 203 pacientes. Se efectuó estadística descriptiva y la prueba de X^2 mediante el programa de SPSS.

Resultados: Violencia psicológica: menor: 40 (19,7 %) y mayor: 163 (80,3 %), Nivel de violencia/sexo: ($\chi^2=18,513$); $Gl=1$; $p=0,001$ responsable social de violencia ($\chi^2=191,330^a$); $Gl=1$; $p=0,001$, sin adherencia al tratamiento: ($\chi^2=203,000$); $Gl=1$; $p=0,001$; ocupación: ($\chi^2=21,809^a$); $Gl=1$; $p=0,001$; responsable social/sexo: ($\chi^2=91,149$); $Gl=1$; $p=0,001$.

Conclusión: Los factores con mayor grado en relación a la violencia psicológica fueron el sexo masculino, el bachillerato, el temor a ser cuestionado sobre el tratamiento y el familiar como responsable social.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida; violencia psicológica; paciente con VIH; medicina familiar.

ABSTRACT

Introduction: HIV/AIDS infection has significant repercussions on physical and mental health. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) reported that 26.30 % of patients with HIV experience violence, a factor that can lead to delays in timely treatment and/or therapeutic disengagement.

Objective: To identify the association between social, family, and demographic factors with the levels of psychological violence in patients with HIV/AIDS at the Family Medicine Unit No. 43 of the IMSS in Villahermosa, Tabasco.

Material and methods: During 2022, a non-interventional, cross-sectional, analytical, and retrospective study was conducted using a previously validated survey. The sample size formula for infinite populations was applied, resulting in a sample of 203 patients. Descriptive statistics and the Chi-square test (X^2) were conducted using the SPSS program.

Results: Psychological violence: mild: 40 (19.7 %) and severe: 163 (80.3 %). Level of violence/sex: ($X^2=18.513$; $Gl=1$; $p=0.001$); socially responsible individual for violence: ($X^2=191.330^a$; $Gl=1$; $p=0.001$); non-adherence to treatment: ($X^2=203.000$; $Gl=1$; $p=0.001$); occupation: ($X^2=21.809^a$; $Gl=1$; $p=0.001$); socially responsible individual/sex: ($X^2=91.149$; $Gl=1$; $p=0.001$). **Conclusion:** The factors most strongly associated with psychological violence were male sex, high school education level, fear of being questioned about treatment, and a family member as the socially responsible individual.

Key words: human immunodeficiency virus; acquired human immunodeficiency syndrome; psychological violence.

Recibido: 26/01/2024

Aceptado: 22/07/2025

Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su correspondiente síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) constituye un tema de relevancia epidemiológica mundial. A pesar de ser una enfermedad que ha estado presente por décadas con una gran distribución, se encuentra rodeada de desconocimiento; por lo que ha sido causa de distintos tipos de violencia en quienes padecen la enfermedad.

En el año 2020 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reportó 37,700,000 personas con VIH a nivel mundial de los cuales 1,500,000 personas corresponden a casos nuevos diagnosticados, ese mismo año se presentaron 680,000 defunciones a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA en ese año.⁽¹⁾

En Estados Unidos, la cifra de personas que viven con diagnóstico de VIH aumentó un 33 % durante 2009-2018, en números absolutos de: 797,053 a 1,023,832; en el año 2018, más del 64 % de las personas con VIH diagnosticado tenían entre 45 y 54 años y 55 años o más 36 %.⁽²⁾

En México según información del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH / SIDA (CENSIDA), durante el 2020, se registraron 270,000 personas que viven con VIH. Se estima que 3 de cada 10 no conocen su diagnóstico; con una distribución por sexos que abarca el 81 % en hombres y 19 % del total de casos reportados en mujeres, de las cuales, 8 de cada 10 adquirieron la infección a través de una pareja estable. Solo el 60 % se encuentra en tratamiento para su padecimiento.⁽³⁾

La pandemia por VIH/SIDA se ha visto acompañada por un gran desconocimiento sobre la enfermedad, la ignorancia sobre el tema causa miedo sobre la población; así mismo pueden condicionar el uso de violencia de diversa índole en las personas quienes padecen la enfermedad.⁽⁴⁾

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es un retrovirus, que tiene la característica de transcribir o replicar información genética de tipo ARN a ADN, con la enzima llamada transcriptasa reversa; el VIH pertenece a una familia de virus llamado lentivirus, los cuales tienen la propiedad de causar inmunodeficiencia, al provocar la destrucción lenta y gradual de las células infectadas; en este subgrupo los agentes causantes de la enfermedad en humanos son el VIH-1 y el VIH-2, que fueron descubiertos en 1983 y 1986, respectivamente.^(5,6)

Evidencia científica reportan que el VIH también es un factor de riesgo de violencia, ya que la revelación de ello puede poner a las mujeres en riesgo de sufrir violencia por parte de sus parejas, familiares o miembros de la comunidad, el consumo de drogas es otro punto de convergencia entre ambas variables y también puede servir como factor de riesgo o ser el resultado de sufrir violencia o infección por el VIH; así también las poblaciones vulnerables, en particular las trabajadoras sexuales, pueden enfrentar mayores riesgos y requieren atención especial.⁽⁷⁾

El paciente con VIH, presenta alteraciones en su funcionamiento fisiológico, emociones y salud mental, debido a una serie de factores estresantes socioculturales y económicos, con retos emocionales y mentales, se cuenta con pruebas que indican una conexión entre depresión y estrés como condicionantes de alteraciones en el sistema nervioso, sistema inmunológico y endocrino lo que provoca un desencadenamiento y evolución de la enfermedad.⁽⁸⁾

Los pacientes infectados por VIH pueden tener un mayor riesgo de comportamiento suicida, en particular después de un diagnóstico de la enfermedad del VIH o durante la progresión al SIDA, a medida que la salud y la calidad de vida de los pacientes disminuyen.⁽⁹⁾

Aspectos psicológicos inhibitorios favorecen situaciones de violencia psicológica; como la salud mental que influye negativamente sobre el estado de salud en relación con la infección de la que se es portador. La Biological Psychiatry realizó un estudio donde concluyeron que las personas portadoras del VIH inhibidas psicológicamente responden mal al tratamiento y son menos resistentes a la enfermedad con respecto a las personas que no son inhibidos psicológicamente; donde se confirmó que la causa a esa reacción es por la respuesta ante el estrés.⁽¹⁰⁾

Las creencias, actitudes y prejuicios de los pacientes respecto a la medicación, enfermedad y equipo médico-asistencial, son factores categóricos a la hora de aceptar el tratamiento y seguirlo de forma correcta; la capacidad del paciente para comprender la relación entre apego y resistencia a la medicación también ha mostrado predecir mejor apego.⁽¹¹⁾

Rodríguez Otero y cols. durante el 2021 en Nuevo México realizaron un estudio transversal con 198 encuestas con el fin de identificar la prevalencia y características de violencia en pacientes con diagnóstico de VIH, donde se obtuvo una prevalencia de violencia en pareja del 40 %, donde la violencia psicológica se presentó con mayor frecuencia, con un porcentaje del uso del diagnóstico de VIH del 4.54 % como vía de materialización de violencia en pareja; en este estudio se encontró una mayor proporción de víctimas y agresores mujeres, no heterosexuales y de parejas en las que ambos miembros son seropositivos, donde se corroboró el uso directo de la condición de salud como causa de la violencia.⁽¹²⁾

Arévalo Mora en Colombia realizaron un estudio con la escala de "Index of Spouse Abuse"(1-SA) a 223 mujeres con diagnóstico de VIH, donde se reportó que 33.6 % experimentaron violencia psicológica y física; 21.9 % presentó violencia física y 31.8 % experimentaron violencia psicológica; también se encontró que las mujeres que más padecen violencia son quienes se encuentran separadas o en unión libre.⁽¹³⁾

Hatcher A-M, Smout EM, y Turan JM. Realizaron un meta análisis de 757 textos médicos sobre violencia y VIH, los cuales fueron filtrados para obtener información acerca de los efectos de violencia sobre el tratamiento; donde obtuvieron que la violencia de pareja entre las mujeres portadoras de VIH se encuentra significativamente asociadas a un menor uso de terapias antirretrovirales, una pobre adherencia a los tratamientos y menor tasa de disminución de la carga viral.⁽¹⁴⁾

Existe alta tendencia en pacientes con VIH/SIDA de padecer algún grado de violencia psicológica; los factores son desconocidos en la Unidad médica 43; por lo que es trascendental buscar la relación de estas condicionantes como génesis de una adecuada estrategia para mejorar las condiciones de estos pacientes.

El propósito del estudio es identificar la asociación entre los factores sociales, familiares y demográficos con los grados de violencia psicológica de pacientes con VIH/SIDA de la unidad de medicina familiar No. 43 del IMSS de Villahermosa Tabasco

Métodos

Durante el año 2022 en la Unidad de Medicina Familiar No. 43 se realizó un estudio de no intervención, transversal, analítico y retrospectivo; cuyo propósito fue investigar los niveles de violencia en pacientes con VIH, fue necesario realizar una encuesta previamente validada donde se seleccionaron ítems mediante el método Delphos donde se incluyeron preguntas con Índice de KAPPA; ≥ 0.80 , las inferiores a esta fueron reelaboradas, el cálculo de la consistencia interna se realizó mediante la Fórmula de Kuder-Richardson (0.83) y se consideraron en el constructo aspectos relacionados con violencia psicológica; El universo de trabajo incluyó a todos los pacientes con VIH de la unidad que correspondió a 1440, el cálculo de la muestra se realizó mediante la fórmula de n para poblaciones infinitas que correspondió a 203, la selección del grupo se obtuvo mediante un sistema de aleatorización simple donde se integraron pacientes que cumplieron los criterios de selección como: derecho habientes con vigencia institucional, diagnóstico confirmado de VIH, que aceptaron ser participe en la investigación y aquellos con edades en rango de 18-60, se excluyeron pacientes con otros trastornos psiquiátricos y/o deterioro mental, se consideraron en el estudio variables tales como edad, sexo, estado civil, escolaridad, situación geográfica, ocupación, años de diagnóstico de VIH, inicio-postergamiento y adherencia de tratamiento médico; así como los grados de violencia psicológica y sus responsables sociales asociados. Se utilizó estadística descriptiva y el contraste de las variables se realizó mediante la prueba estadística de Independencia con utilización de X^2 , la información fue procesada mediante el programa de SPSS versión 25 de Windows.

Para la búsqueda de la información fue necesario apoyarse en la base de datos del sistema de información de medicina familiar (SIMF) de la unidad para la selección de expedientes y recolección de datos.

Resultados

El análisis obtenido de la variable edad reportó las siguientes medidas de tendencia central: media: 39, mediana: 37 y moda: 37 y medidas de dispersión: desviación estándar: 11.92, varianza: 142, rango: mínimo 19 y máximo 83.

El proceso de evaluación de las variables sociodemográficas reportó los siguientes datos: Sexo: X^2 : 18.513; GL: 1; P: 0.001, Escolaridad: X^2 : 16.503; GL: 1; P: 0.001, Ocupación: X^2 : 21.809; GL: 1; P: 0.001, en cuanto al postergamiento de tratamiento médico mayor a tres meses se reporta: X^2 : 61.437; GL: 1; P: 0.001 y Adherencia al tratamiento: X^2 : 203; GL: 1; P: 0.001; Así también la variable responsable social de violencia: X^2 : 191.330; GL: 1; P: 0.001. Ver tabla 1.

La interpretación de los resultados de la variable nivel de violencia psicológica se obtuvieron los siguientes resultados: menor 40 (19.7 %) y mayor 163 (80.3 %), siendo la violencia psicológica mayor la que presentó una incidencia más elevada. Ver figura 1

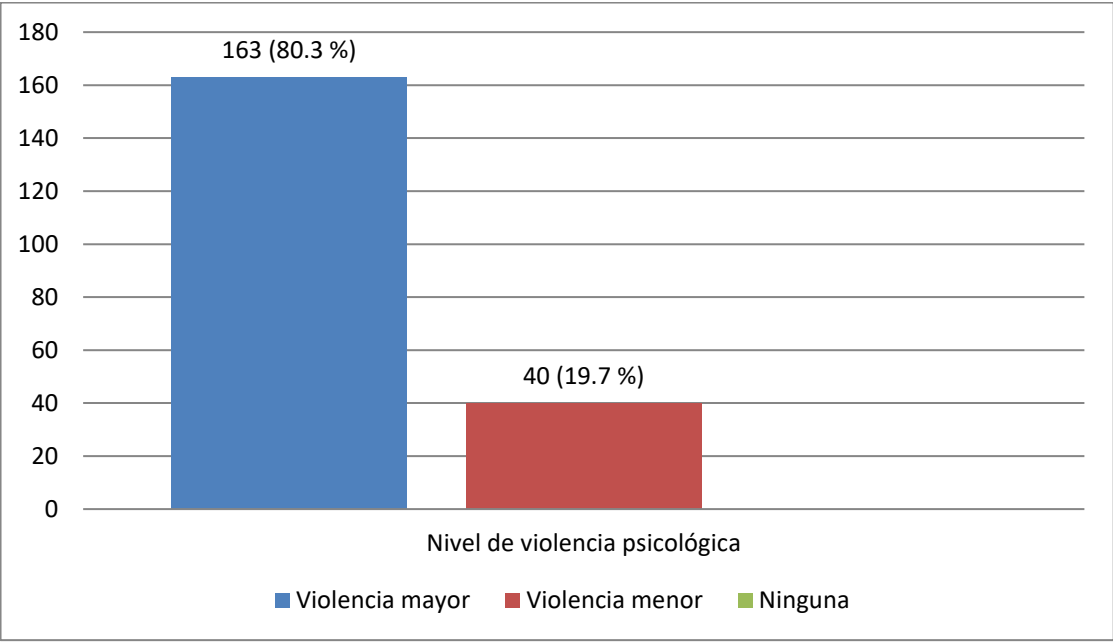


Figura 1. Pacientes con VIH de acuerdo a los grados de violencia psicológica

%; porcentaje; n = 203

Fuente: Base de datos Violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco. Fuente primaria SIMF.

De la misma manera se procesó el análisis de los años de diagnóstico donde se obtuvo la siguiente interpretación: <1 año: 22(10.8 %), 2 años: 37(18.2 %), 3 años: 43(21.2 %), 4 años: 50(24.6 %) y 5 años o más: 51(25.1 %). Tiempo de inicio tratamiento médico< 1 mes: 9 (4.4 %), 1-3 meses: 95(46.8 %), 3-6 meses: 52 (25.6 %) y >6 meses: 47 (23.2 %) y el Tiempo en comunicar su diagnóstico <1 mes: 31 (15.3 %), 1-3 meses: 63 (31 %), 3-6 meses: 62 (30.5 %) y >6 meses: 47 (23.2 %).

Tabla 1 – Pacientes con VIH según variables estudiadas y nivel de violencia psicológica.

Variables	N=203	%	Nivel de violencia Psicológica		Valores Estadísticos		
			Menor	Mayor	X ^{2*}	GL **	P
Sexo							
-Masculino	148	72.9 %	40	108	18.513 ^a	1	0.001
-Femenino	55	27.1 %	0	55			
Escolaridad							
-Primaria	4	2 %	0	4	16.503 ^a	1	0.001
-Secundaria	40	19.7 %	6	34			
-Bachillerato	126	62.1 %	21	105			
-Licenciatura	28	13.8 %	9	19			
-Posgrado	5	2.5 %	4	1			
Ocupación							
-Ama De Casa	16	7.9 %	0	16	21.809 ^a	1	0.001
-Profesionista	25	12.3 %	12	13			
-Técnico	24	11.8 %	8	16			
-Empleado General	86	42.3 %	12	74			
-Choferes	20	9.9 %	3	17			
-Obreros	32	15.8 %	5	27			
Postergamiento de tratamiento médico mayor a tres meses							
- Inicio oportuno	104	51.2 %	26	78	61.437 ^a	1	0.001
- No aceptaba el diagnóstico	6	3 %	6	0			
-Temor a ser cuestionado sobre el tratamiento	88	4.3 %	3	85			
-Desconocía la importancia del tratamiento	3	1.5 %	3	0			
-Miedo al tratamiento	2	1 %	2	0			
Responsable social de violencia							
-Pareja					191.330 ^a	1	0.001
-Amigos	55	27.1 %	0	55			
-Familia	7	3.4 %	1	6			
-Compañeros de Trabajo	93	45.8 %	1	92			
-Ninguno	10	4.9 %	0	10			
	38	18.7 %	38	0			
Adherencia al tratamiento							
-Con Adherencia	40	19.7 %	40	0	203.000 ^a	1	0.001
-Sin Adherencia	163	80.3 %	0	163			

*X²: Chi cuadrada. **GL: Grado de libertad

Fuente: Base de datos Violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco.

Fuente primaria SIMF

El análisis de las variables responsable social de violencia y sexo mediante la fórmula de X² reportó los siguientes datos: X²: 91.149; GL: 1; P: 0.001. Ver tabla 2.

Tabla 2 – Pacientes con VIH según responsable social de la violencia y sexo.

Variables	n=203	%	Sexo		Valores estadísticos		
			Femenino	Masculino	X ^{2*}	GL**	P
Responsable social de violencia							
-Pareja	55	27.1 %	41	14	91.149 ^a	1	0.001
-Amigos	7	3.4 %	2	5			
-Familia	93	45.8 %	9	84			
-Compañeros de trabajo	10	4.9 %	3	7			
-Ninguno	38	18.7 %	0	38			

*X²: Chi cuadrada. **GL: Grado de libertad

Fuente: Base de datos Violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco. Fuente primaria SIMF.

DISCUSIÓN

Los resultados de la variable violencia psicológica obtuvieron proporciones de violencia menor de 40 (19.7 %) y mayor de 163 (80.3 %), en contraste con los resultados de Arévalo Mora y cols. en Colombia, donde reportaron un 33 % de violencia psicológica en general.

La evaluación del responsable social de violencia reportó que la familia presenta un porcentaje mayor a las variables analizadas, resultados similares a los encontrados por Aguilar Iraheta y cols.,⁽¹⁵⁾ donde concluyeron que la familia es el principal responsable social de violencia en pacientes con VIH/SIDA; sin embargo este mismo autor hace análisis de factores asociados a la violencia familiar donde destaca al machismo como variable de alta importancia; además de la estigmatización de la enfermedad; así mismo en un estudio realizado por Pérez Bastan y cols.⁽¹⁶⁾ se reportó a la familia como principal influencia en la aceptación de tratamiento en comparación con aquellos que presentan disfuncionalidad familiar; sin embargo en otra investigación realizada por Barrientos Riveros y cols.,⁽¹⁷⁾ revelaron que la violencia familiar y soporte familiar inadecuado no mostraron relación con la falta de adherencia en el tratamiento.

En segundo plano, se encontró que la variable pareja como responsable de violencia psicológica se involucra al sexo femenino en contraste con resultados obtenidos por Rodríguez Otero y cols.,⁽¹²⁾ en su estudio, donde reportó que la prevalencia de violencia psicológica en pareja corresponde a una proporción mayor al 40 %, no obstante, en dichas investigaciones la muestra engloba a ambos géneros.

El análisis de la variable estado civil soltero presentó una proporción relativamente alta, en similitud con los resultados de Arévalo-Mora,⁽¹³⁾ quienes determinaron que el estado civil con mayor frecuencia de violencia son el estado civil soltero; sin embargo, en el marco de la literatura considerada para discusión se menciona que existe una distribución muy similar entre las personas solteras, casadas y en unión libre.

Los datos obtenidos de los pacientes en estudio revelaron una significancia estadística entre la adherencia al tratamiento y la violencia psicológica donde se demostró que los pacientes con violencia psicológica mayor no tienen adherencia al tratamiento, resultados que coinciden con los datos obtenidos por Hatcher A-M,⁽¹⁴⁾ quien determinó que la violencia de alto grado se asoció a una menor adherencia del tratamiento antirretroviral.

Al analizar la variable postergamiento del tratamiento médico mayor a tres meses, se demostró que el temor a ser cuestionado sobre el tratamiento antirretroviral, presentó mayor porcentaje en similitud a los resultados obtenidos por Sánchez Peña y cols.,⁽¹⁸⁾ que reportaron el temor al ser cuestionado por su enfermedad; así como ser reconocido como portador de VIH/ SIDA como principales factores en el retraso de la terapia antirretroviral.

Consideraciones éticas: La actual investigación fue acreditada y autorizada por el comité local de ética en investigación No. 2701 y el comité local de ética en investigación del instituto mexicano del seguro social en Tabasco; se garantizó la privacidad y confidencialidad de las personas involucradas en el estudio mediante un número de identificación confidencial otorgado por el equipo de investigación; así también se describe el propósito de la investigación en el consentimiento informado con el antecedente de la firma de las personas involucradas en la investigación

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación reportan que el rango de edad con mayor número de casos de violencia psicológica fue de 26 a 30 años de la muestra estudiada, con alta frecuencia en sexo femenino, escolaridad bachillerato y estado civil soltero/a.

La variable familia se destaca como principal responsable social y génesis de violencia psicológica; así también se identifica, a la pareja como responsable social donde el sexo femenino presentó mayor frecuencia, en relación a la variable inicio de tratamiento; los resultados demuestran que el temor a ser cuestionado sobre el tratamiento antirretroviral representa un postergamiento en el inicio terapéutico y se demostró que la mayoría de los pacientes estudiados no presentan una buena adherencia al tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. ONUSIDA, «Hoja informativa – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida,» UNAIDS, GINEBRA. 2021 [acceso 30/11/2021] Disponible en:https://www.unaids.org/es/resources/documents/2024/UNAIDS_FactSheet
2. [Sullivan](#) SP, [Johnson](#) Satcher A. Epidemiology of HIV in the USA: epidemic burden, inequities, contexts, and responses. The lancet 2021 [acceso 05/12/2021];10279(397): 1095-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33617774/>
3. [Beloukas](#) A, [Psarris](#) A. Molecular epidemiology of HIV-1 infection in Europe: An overview. Infection, Genetics and Evolution. 2016;46(46). DOI: [10.1016/j.meegid.2016.06.033](https://doi.org/10.1016/j.meegid.2016.06.033)
4. ONUSIDA. La respuesta al VIH en América Latina, comunidades en el Centro. 2019 [acceso 01/12/2021];1(1):4. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report-latin-america_es.pdf
5. López Del Valle VA, Troya Moscol GB. «Algunas consideraciones sobre el VIH/SIDA» Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2018; 4(2):54 DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/2.\(4\).octubre.2018.48-69](https://doi.org/10.26820/recimundo/2.(4).octubre.2018.48-69)
6. Lamotte Castillo JA. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN 2014 [acceso 04/12/2024];18(7):9931013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es.

7. Organization World Health. 16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, Switzerland. 2013 [acceso 30/11/2021] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506533>
8. Gaviria AM, Margarita Quiceno J, Vinaccia S. Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. Terapia psicológica. 2009; 1(27):5-13. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082009000100001>
9. Fernandes H, Lima D, Hino P, Taminato M. Self-inflicted violence and suicide in people living with HIV/AIDS: a systematic review. Rev Bras Enferm. 2022 [acceso 04/04/2022]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3hJfsR5RmpJqyQPGHmSrcYc/?format=pdf#:~:text=The%20prevalence%20of%20suicidal%20behaviors,symptoms%2C%20and%20low%20social%20support>
10. Del castillo N, Hernández R. Violencia Psicológica laboral sobre portadores de VIH? Relaciones con indicadores de bienestar y de depresión. 2012[acceso 26/10/2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2013/cst131e.pdf>
11. López-Hernández MA, Montoya-Escutia P. Asociación entre la severidad de la depresión y el apego al primer esquema de tratamiento antirretroviral. Med. Interna Méx. 2018;34(4):557-60. DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i4.1828>
12. Rodríguez Otero LM, Lara Rodríguez MG. El VIH como vía de materialización de la Violencia de Género e Intragénero. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería. 2021;20(2). DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.435891>
13. Arévalo Mora L. Violencia de pareja contra la mujer que vive con VIH y que es atendida en un programa de atención integral en Bogotá. Fase I. Trabajo de investigación para optar por el título de Especialista en Epidemiología. 2018 [acceso 22/12/2021] Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/7d4bc49e-1954-4ba3-bf8e-e22367a7376a/content>
14. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. AIDS. 2015[acceso 23/12/2021];23;29(16):2183-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26353027/>
15. Aguilar Iraheta MD, Flores Mendoza TE, Rivas Martínez GA. Tipos de violencia en el contexto familiar y social que sufren las personas con VIH/SIDA Ciudad Delgado (San Salvador, 2018). Repositorio

Institucional de la Universidad de El Salvador. 2018 [acceso 26/12/2021]. Disponible en: <https://oldri.ues.edu.sv/id/eprint/24537/>

16. Pérez Bastán JE, Viana Castaño LF. Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/sida. Rev Cubana Med Trop 2020 [acceso 16/12/2021];72(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602020000200003&lng=es

17. Barrientos Riveros ML, Quispe Chamorro JD. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes que forman parte del programa de atención VIH/SIDA del Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Daniel Alcides Carrión. Huancayo. 2022 [acceso 17/12/2024]. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/10534>

18. Sánchez Peña S, Pastor Bravo MM, Cánovas Tomás MA, Almansa-Martínez P, Peñalver Guillen C, Jiménez-Ruiz I. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. Enfermería Global.2021;1;20(2):1–34.DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.437711>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Alejandra Janette Cerón Silva, Abel Pérez Pavón

Curación de datos: Abel Pérez Pavón , Alejandra Janette Cerón Silva

Supervisión: Alejandra Janette Cerón Silva, Abel Pérez Pavón

Recursos: Abel Pérez Pavón Alejandra Janette Cerón Silva

Investigación: Abel Pérez Pavón, Alejandra Janette Cerón Silva

Metodología: Abel Pérez Pavón

Redacción – borrador original: Abel Pérez Pavón, Alejandra Janette Cerón Silva

Redacción – revisión y edición: Abel Pérez Pavón, Alejandra Janette Cerón Silva