

## Revisión de Tema

# Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH

## Intimate Partner Violence in Women who Live with HIV

### Violência por parceiro íntimo em mulheres com HIV

Leonardo **Arévalo-Mora**<sup>1</sup>

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2304>

Recibido: 2017-04-23; aprobado: 2018-03-03

### RESUMEN

En los casos de violencia contra mujeres con VIH, se presentan consecuencias para ellas en todos los ámbitos, incluidas la pérdida del apoyo social, rechazo social, abandono, violación de confidencialidad y aumento en el estigma a la persona diagnosticada. A largo plazo estas situaciones llevan a disolución matrimonial, abandono, culpa y negación a asistir a la consulta en los programas de atención. Dada la evolución del manejo de la infección por el VIH, y para comprender los fenómenos socioculturales que la han acompañado, se hace necesario obtener datos recientes con respecto a la relación entre el VIH y la violencia de pareja contra la mujer. Se realizó esta revisión de literatura científica para conocer en profundidad esta problemática y llevar al lector a una comprensión de la realidad que afecta a las pacientes que viven con el virus. Esta revisión incluyó artículos en inglés y español, disponibles en diferentes bases de datos, como Pubmed, Embase, Scielo, Psychology and Behavioral Science Collection, Academic Search, Ebscohost Collection, sistema integrado de búsqueda CRAI-UR y Opengrey. Se encontró que existe una relación entre los actos de violencia de género y el vivir con infección por el VIH, y que este tipo de violencia tiene repercusiones sociales que, según el grupo etario afectado, llevan a ausentismo y bajo rendimiento escolar, disminución en el rendimiento laboral y baja autoestima, con lo que la mujer experimenta síntomas de depresión y ansiedad.

**Palabras clave:** violencia; violencia doméstica; violencia contra la mujer; violencia de pareja; infecciones por el VIH; VIH; síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

#### Citación del artículo en línea

**Vancouver:** Arévalo-Mora L. Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH. Rev. Colomb. Enferm. [Internet]. 2018 [consultado (día mes año)];16. Disponible en: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2304>

**APA:** Arévalo-Mora, L. (2018). Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH. *Revista Colombiana de Enfermería*, 16, 52-63. Recuperado de: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2304>

1. Médico, magíster en Salud Sexual y Reproductiva. Médico experto líder VIH, Centro de Expertos para Atención Integral (Cepain)-IPS. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [larevalom79@hotmail.com](mailto:larevalom79@hotmail.com)

## ABSTRACT

In the context of HIV violence, implied consequences are in all areas for women, including loss of social support, social rejection, abandonment, violation of confidentiality, and increased stigma to the diagnosed person. These situations lead to dissolution of marriage, neglect, guilt, and refusal to attend a care program's clinics. Given the evolution of the treatment of HIV and to understand the sociocultural phenomena that is accompanies it, it is necessary to obtain the updated data in regards to the influence that HIV can have with violence towards women from their partner. A review of scientific literature was performed in order to obtain a deeper knowledge of this problem and to understand the realities that affect patients living with HIV. This revision included articles in Spanish and English from the following databases: PubMed, Embase, Scielo, Psychology and Behavioral Science Collection, Academic Search, Ebscohost Collection, sistema integrado de búsqueda CRAI-UR and Open-gre. The results showed that there is a relationship between acts of gender violence and having HIV infection. This type of violence has social repercussions, which according to the age group leads to absenteeism and low school performance, decrease in work performance, and low self-confidence along with symptoms of depression and anxiety that the women experiences.

**Key words:** violence; domestic violence; violence against women; intimate partner violence; HIV infections; HIV; acquired immunodeficiency syndrome.

## RESUMO

No contexto da violência em casos de infecção por HIV estão envolvidas consequências em todas as áreas para as mulheres, incluindo a perda de apoio social, rejeição social, abandono, violação da confidencialidade e aumento do estigma sobre a pessoa diagnosticada. No longo prazo, estas situações levam à dissolução conjugal, abandono, culpa e recusa a participar dos programas de atendimento. Dada a evolução do tratamento da infecção por HIV e para compreender os fenômenos sócio-culturais que a acompanharam, é necessária a obtenção de dados recentes sobre a influência que pode transportar HIV à violência doméstica contra as mulheres. Esta revisão da literatura científica foi realizada para conhecer em profundidade esta questão e levar o leitor a uma compreensão das realidades que afetam os pacientes que vivem com o HIV. Esta avaliação incluiu artigos em inglês e espanhol, disponíveis em diferentes bases de dados tais como PubMed, Embase, Scielo, Psychology and Behavioral Science Collection, Academic Search, Ebscohost Collection, sistema integrado de pesquisa CRAI-UR e Opengrey. Verificou-se que existe uma relação entre a violência de gênero e viver com a infecção por HIV e que este tipo de violência tem implicações sociais que, segundo o grupo etário afetado, levam ao absentismo e baixo desempenho escolar, diminuição do desempenho no trabalho e baixa autoestima, em que as mulheres experimentam sintomas de depressão e ansiedade.

**Palavras-chave:** violência; violência doméstica; violência contra a mulher; violência por parceiro íntimo; infecções por HIV; HIV; síndrome de imunodeficiência adquirida.

## INTRODUCCIÓN

Investigaciones relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la violencia de pareja han encontrado que hasta un 52 % de las mujeres que viven con este virus en el mundo son víctimas de violencia, como lo plantea la revisión sistemática de Kouyoumdjian y colegas con 101 estudios analizados (1). Lo anterior implica una necesidad de protección a todas estas personas, dados los diversos contextos en los que se presenta un prejuicio social y condenatorio hacia el VIH y que generan violencia de género, relacionada con el diagnóstico y en el entorno estudiado (2-6).

En los casos de violencia contra mujeres con VIH, se presentan consecuencias para ellas en todos los ámbitos, incluidas la pérdida de apoyo social, rechazo social, abandono, violación de confidencialidad y aumento en el estigma a la persona diagnosticada (7). En la dinámica de pareja, estudios con metodología cualitativa han encontrado que los compañeros masculinos reaccionan violentamente al enterarse del estatus positivo de su compañera, le impiden acceder al tratamiento antirretroviral (TAR), le prohíben el acceso a las consultas, desalientan el uso del tratamiento o llegan a destruir la

medicación antirretroviral de su pareja (8). A largo plazo, estas situaciones llevan a la disolución matrimonial, el abandono, la culpa y la negación a asistir a la consulta en los programas de atención (8).

Se ha considerado que revelar el diagnóstico de infección por el VIH en la mujer es un factor de riesgo que puede conducir a la violencia, ya que este se asocia con la infidelidad y la noción de que las mujeres están “llevando” la enfermedad a la relación (9, 10). Estas experiencias en las mujeres evocaron diferentes reacciones y sentimientos, como preocupación por la necesidad de tener hijos, miedo a la infección, deseo de separarse de sus cónyuges/parejas, desamparo, ira y tendencias suicidas (11). Algunos estudios cualitativos que analizaron la percepción de las mujeres al ser víctimas de violencia encontraron codificaciones significativas en “arrepentimiento del pasado”, “futuro decepcionante”, “soledad” y “ninguna otra opción” (12). Estas mujeres refirieron que se culpaban por las decisiones incorrectas que tomaron en el pasado, principalmente sobre a quién eligieron como cónyuge; creían que la violencia intrafamiliar relacionada con el VIH era el resultado de esas malas decisiones. También manifestaron su desesperación con respecto a su futuro debido a su infección por el VIH, y que la violencia intrafamiliar destruía sus motivaciones. Para algunas de las participantes, la soledad era una sensación de descuido y falta de apoyo del marido, de modo que sentían que no había nadie en su vida con quien compartir sus sentimientos. En otras, era un sentimiento de insatisfacción con la relación de pareja y la falta de relación sexual; además, se consideró que la falta de apoyo familiar y social era un factor importante que contribuía a la sensación de soledad (12). Y aunque estos resultados surgen de estudios cualitativos en África y Europa, en comunidades hispanas el abordaje ha llegado a tener más dificultad ya que se ha observado que las culturas han permitido que se considere la violencia como parte de la “vida de pareja” o la “privacidad de pareja”, y no es algo que se discuta en un grupo o con personas fuera de la familia (13). Estas situaciones que vulneran la salud de las mujeres tenderán a aumentar en

el contexto del VIH dada la feminización de la epidemia, consistente en que hay una reducción de la diferencia entre el número de mujeres y hombres con VIH, que para 1987 presentaba una relación de 27,5 hombres por una mujer, y en 2015, de 2,7 hombres por una mujer (14).

Dada la evolución del manejo de la infección por el VIH y al observar los fenómenos socioculturales que lo han acompañado, se hace necesario obtener datos recientes con respecto a la relación entre el VIH y la violencia de pareja contra la mujer. Por tal motivo, se hizo una búsqueda de literatura científica y sus respectivos resúmenes de evidencia para determinar el constructo de la problemática en este ámbito de la salud de las mujeres que viven con este virus.

## METODOLOGÍA

Se realizó una estrategia de búsqueda sin límite de fecha utilizando como palabras clave: *violence, domestic violence, violence against women, intimate partner violence, HIV infections, HIV y acquired immunodeficiency syndrome*. Se aumentó la especificidad de la búsqueda con estos términos en título y resumen, seleccionando aquellos documentos que incluían revisiones sistemáticas, declaraciones de organismos internacionales, documentos gubernamentales o artículos de investigación en los que el tema central fuera violencia de pareja en el contexto de VIH. Se consultaron las bases de datos de Pubmed, Embase, Scielo, Psychology and Behavioral Science Collection, Academic Search, Ebscohost Collection y Opengrey de trabajos en inglés y español (15).

## HALLAZGOS

Con la selección por evaluación de la calidad de la evidencia presentada, se obtuvieron 7 estudios de revisiones sistemáticas, 28 descriptivos y 23 cualitativos, procedentes de África, Asia y Estados Unidos, publicados entre 1996 y 2016. También se incluyeron documentos, leyes y estudios indispensables cuando se habla de violencia contra la mujer, y que se conocen por trazar políticas, estrategias y documentar el tema en el país.

## VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN GENERAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 definió la *violencia contra la mujer* así:

[...] todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (16).

Este fenómeno impacta de manera negativa la salud y el bienestar a corto y largo plazo, en la medida en que conduce a un deterioro de la salud mental y física, mayor número de lesiones e incremento de los recursos médicos invertidos en su tratamiento. Las víctimas suelen exhibir conductas de salud negativas, entre otras, mayor riesgo de consumo de alcohol y drogas (17).

Esta violencia de género se desarrolla como una agresión encubierta, en la cual a lo largo de los años, las culturas le han dado legitimidad a la imagen del varón como superior, lo cual ha facilitado que el agresor actúe de forma coherente con su propio objetivo de sumisión y control (18). Calificar esta violencia como “de género” supone admitir su carácter estructural, y asumir que el origen de estas conductas relacionales que rebasan el nivel de lo “aceptable” reside en la posición de subordinación del género femenino respecto al masculino, con variación en el tiempo y en el espacio (19).

La problemática derivada de la violencia contra la mujer ha sido visibilizada desde los años de 1970 y 1980 en comités y asambleas destinadas a su análisis (20), como un importante asunto de salud pública, tanto por su incidencia y mortalidad como por las graves consecuencias que puede tener en la salud de las mujeres (21). En 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, o Declaración de Beijing, se reconoció que el Estado debía asumir la violencia contra la mujer como asunto de salud pública, con el desarrollo de programas y acciones para prevenirla, sancionarla y erradicarla (22). En consecuencia, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas declaró en su asamblea general

que los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y la definió como

Una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre (23).

Por su parte, la ley colombiana reconoce la violencia de género como

[...] cualquier acción u omisión que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado (24).

Estudios realizados antes de 1999 en 35 países establecieron que entre el 10 % y el 52 % de las mujeres había sufrido maltrato físico por parte de su pareja, y entre el 10 % y el 30 % había sido víctima de violencia sexual (25, 26). Según el estudio multipaís de la OMS (27) en el que se evaluó la salud de la mujer y la violencia intrafamiliar contra ella, realizado en 24.000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países, el porcentaje de quienes habían tenido pareja alguna vez y habían sufrido violencia física o sexual oscilaba entre el 15 % y el 71 %.

Esta casuística mundial indica que anualmente la violencia contra la mujer no se limita a los países en vía de desarrollo. En Estados Unidos, entre 850.000 y 1,5 millones de mujeres son víctimas de violencia sexual o atacadas físicamente por su pareja cada año, la prevalencia de agresión física por parte del cónyuge es del 22 %, y en países europeos es del 18 % al 58 %; en España, para el año 2015, se presentaron 129.193 denuncias por violencia de género y 60 muertes por esta causa (28).

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud, en su informe sobre violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe, recogió información de las encuestas de demografía y salud realizadas en 12 países, y demostró que la violencia física o sexual contra la mujer infligida por el compañero

íntimo está generalizada en toda Latinoamérica (29). En México se reportaron 4.773 denuncias por violación en solo 18 meses, y 922 homicidios dolosos contra mujeres entre enero de 2005 y agosto de 2010. De los 922 homicidios, el 35,47 % corresponde a casos en los cuales el asesinato lo cometió una persona conocida (pareja, familiar o vecino) (30). En Chile, el 50,3 % de las mujeres del área metropolitana han sido víctimas de algún tipo de violencia, y en el área rural el 47,1 % (31); y en Argentina, 1 de cada 5 parejas son víctimas de violencia intrafamiliar, el 37 % de las mujeres han soportado este tipo de abuso por más de 20 años, y en el 42 % de casos de mujeres asesinadas, está involucrada su pareja (32).

### Clases de violencia de género

Las diferentes formas de violencia de pareja contra la mujer incluyen consecuencias físicas y psicológicas. A continuación se presentan tales tipos de violencia (33).

- **Violencia física:** agresión al aplicar fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de la persona agredida, con consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos traumáticos de orden psicológico o emocional ya que se genera con una intencionalidad específica.
- **Violencia psicológica:** agresión a la vida afectiva como una forma de control a través del miedo y la degradación. Al igual que la violencia física, tiene como base la subvaloración o descalificación de la mujer y el autoritarismo, así como la imposición de ideas y deseos. Se puede manifestar con:
  - › Agresión verbal: utilizada para humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar a la víctima. Expresa el deterioro en las formas de comunicación entre los integrantes del grupo familiar.
  - › Lenguaje corporal: manifestaciones exageradas y permanentes, miradas de insatisfacción, de rechazo o burlescas; ausencia de expresiones afectivas; la exclusión y el aislamiento llegan a formar parte del lenguaje cotidiano como una forma de hostilidad y agresión emocional.
- › Chantaje afectivo: se ejerce entre la pareja y entre padres e hijos. En este caso la violencia emocional se expresa en la negación a la libertad del otro.
- **Violencia sexual:** atenta contra la libertad sexual, dada como la capacidad de autodeterminación de mujeres y hombres sobre su vida sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los derechos de los demás. La libertad entrafia la capacidad de elección, control y la responsabilidad acerca de los asuntos que competen a la sexualidad y la vida reproductiva, incluidas la salud sexual y la salud reproductiva sin sufrir discriminaciones, coacción o violencia. Esta libertad sexual comprende (25):
  - › La libertad de acceder o no a las relaciones sexuales, libertad de elección de la pareja sexual.
  - › Libertad de constituir o no una familia.
  - › Libertad de elegir el tipo de prácticas sexuales, la frecuencia y el lugar.
  - › Libertad de la orientación sexual.
  - › Libertad de ejecución del para qué y el porqué del ejercicio de la sexualidad, es decir, de la finalidad: reproducción, placer, compañía, lúdica.
  - › Libertad de elegir si se desea tener hijos o no, la edad para tenerlos, el número y el espaciamiento entre ellos.
  - › Libertad para regular la fecundidad sin sacrificar la propia salud, que entrafia la elección de los métodos anticonceptivos o proconceptivos y da base técnica al derecho a la maternidad y la paternidad.
  - › Libertad con conocimiento de causa cuando se trate de realizar intervenciones médicas y de salud. El abuso sexual contra la mujer en la familia reviste la mayor gravedad no solo por su frecuencia, sino por los vínculos afectivos de intimidad y confianza que se tienen con el agresor y porque es más difícil de evidenciar y visibilizar.



- **Aislamiento:** hace referencia a los casos en los cuales se busca controlar cada aspecto de la vida de la víctima, como su tiempo, sus actividades y su contacto con los otros. Asimismo, se le impide trabajar, recibir llamadas telefónicas o ver a sus amigos o familiares.
- **Abuso económico:** se presenta cuando se controla el acceso de la mujer al uso del dinero y se tiene un control sobre cómo lo maneja y lo gasta.

### Violencia de pareja según Medicina Legal

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses es la entidad colombiana encargada de notificar los casos para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa. En su publicación Forensis 2015 (34), dedicó un capítulo al comportamiento de la violencia de pareja; reporta que en 2015 se registraron 47.248 casos, cifra que corresponde a una tasa de 119,24 por cada 100.000 habitantes: en el 47,27 % de los casos el presunto agresor es su compañero permanente y en un 29,33 % su excompañero; el 62,66 % de los casos se concentra en mujeres de entre 20 y 34 años.

En la última década en Colombia el 74,6 % de las mujeres han sido violentadas por su última pareja (34), siendo mayor la cifra en la zona urbana (alrededor del 75 %). En 2015, al estudiar los departamentos y sus municipios, Bogotá puntea con el mayor número de casos de violencia de pareja con 11.259 casos, seguida por Antioquia con 4.809 y Medellín (3.151); Cundinamarca (3.590) y Soacha (1.445); Valle del Cauca con 3.487 casos, de los cuales 1.842 se presentaron en Cali; y Santander con 2.379 casos, con el mayor número en Bucaramanga y Barrancabermeja (827 y 608 respectivamente).

Según el sistema médico-legal colombiano, entre 2007 y 2016 se atendieron 527.284 personas que denunciaron a su pareja por diferentes tipos de maltrato. La tasa por cada 100.000 habitantes fue de 126,3, con un incremento del 7% para 2016; el grupo de edad más comprometido fue el de 25 a 29 años (22,18 %), seguido por el de 20 a 24 años (20,99 %); en el grupo de adultos mayores, los más afectados se encuentran entre 55 y 59 años: 27,92 por cada 100.000 habitantes; el 46,45% de los casos en los que se tenía información de la

escolaridad, estos habían cursado educación básica secundaria/secundaria baja (35). Al igual que en los últimos años, la intolerancia/machismo entre los miembros de la pareja sigue siendo la principal razón de la violencia (47,29 %), seguida por los celos/desconfianza/infidelidad (30,34%) y el alcoholismo/drogadicción (15,51 %) (35).

### Resultados sobre violencia de género según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 (36)

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, realizada en 92.799 personas (52.479 mujeres y 40.300 hombres de 13 a 69 años), provenientes de 44.614 hogares urbanos y rurales de los diferentes estratos socioeconómicos, registró en el tema de violencia de pareja que el 64,1 % de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia psicológica. El 39 % contestó afirmativamente que sus esposos o compañeros se expresaban en forma descalificatoria o de subvaloración contra ellas. Las amenazas las ejercen mayoritariamente los hombres contra las mujeres; la más frecuente por parte del esposo o compañero es la de abandono (15,5 %), seguida por la de quitarle los hijos (12,8 %); el 10,5 % se quejan de que las amenazan con retirarles el apoyo económico, y en el 7 % las han atemorizado con un arma.

El 31,9 % de las mujeres reportó haber sufrido agresiones físicas por parte de su esposo o compañero mientras estaban casadas o en unión libre. El orden por porcentaje de los diferentes tipos de violencia física es: la ha empujado o zarandeado, 28,8 %; la ha golpeado con la mano, 21,4 %; la ha pateado o arrastrado, 8,7 %; la ha golpeado con objeto duro, 5,7 %; ha tratado de estrangularla, 4,4 %; y la ha atacado con arma de fuego o arma blanca, 2,8 %.

La violencia sexual, considerada como una de las mayores agresiones, fue reportada por el 7,6 de las mujeres; se presenta con mayor proporción en quienes tienen entre 45 y 49 años (11,4 %), seguida por las de 40 a 44 (9,3 %), y las de 35 a 39 años (9,1 %). Con referencia al nivel educativo, cuanto mayor es este, la violencia sexual disminuye: mujeres que cursaron primaria refieren mayor violencia sexual (9,6 %) que aquellas que

alcanzaron educación superior (5,5 %); además, se concentra en los quintiles de riqueza bajo y medio (8,8 % y 8,3 %, respectivamente). A pesar de los elevados resultados de lesiones personales, solo el 23,6 % de las mujeres acudió a un servicio médico para recibir tratamiento e información, y apenas el 20 % denunció.

## RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL VIH

Para comprender el impacto de aspectos como la violencia en torno al VIH sobre las mujeres, se deben conocer las cifras reportadas de la epidemia del VIH en el mundo y en Colombia. Según lo establecido por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), en 2016 aproximadamente 36,7 millones de personas vivían con el VIH, de los cuales 2,1 millones habitaban en Latinoamérica y el Caribe (37). Los casos nuevos para 2016 fueron 1,8 millones, de los cuales 97.000 (79.000-120.000) provienen de los países de esa región (37). Los últimos reportes de ONUSIDA registran que para junio de 2017 20,9 millones de personas conocen su diagnóstico de VIH, y que, de ellos, el 56,9 % está en manejo con medicamentos antirretrovirales (TAR) (37). La cobertura del tratamiento en 2016 llegó al 58 % [42 %-72 %] de las personas que vivían con VIH en América Latina, lo que continúa ubicando a la región en el primer lugar de países de ingresos medios y bajos con mayor uso de tratamiento antirretroviral desde 2013 (38).

En Colombia, según el informe nacional sobre el Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida 2014, desde 1985 hasta el 31 de diciembre de 2013 se habían notificado 92.379 casos de VIH y sida (39); para 2015, 44.556 (72,83 %) hombres y 16.618 mujeres (27,17 %) vivían con el VIH en Colombia, con un descenso en la razón de masculinidad de los casos notificados: en 1987 era de 27,5 hombres por una mujer y en 2013 se redujo a 2,5 (14). El 50 % de esa población se distribuía entre personas de 30 a 48 años, con un promedio de 39,5 y una desviación estándar de 12,3 años; en las mujeres, el 50 % tenía entre 29 y 46 años (14).

La violencia de género y la infección por el VIH son dos problemas complejos en salud pública que afectan la vida de millones de mujeres; desde hace dos décadas se ha estudiado la posible relación entre estos aspectos (40), y se ha encontrado que existe una alta prevalencia de violencia en mujeres con el VIH (41-44). Estudios realizados en la década de los noventa registraron que muchas mujeres no revelaron su estado serológico a sus parejas porque temían consecuencias adversas; aquellas que lo hicieron, experimentaron efectos negativos tales como abuso físico y verbal, rechazo y abandono (45).

La asociación entre el VIH y la violencia de pareja puede ser causal, no causal (es decir pueden estar correlacionados) o tanto causal como no causal. Los posibles mecanismos causales incluyen: 1) violencia de tipo sexual, que puede aumentar el riesgo de infección por el VIH a través de traumatismos en la mucosa vaginal o rectal; 2) comportamientos riesgosos, voluntarios o involuntarios, que pueden aumentar la posibilidad de infección por el VIH; 3) el compromiso inmunitario en las personas que sufren violencia de pareja, que aumenta el riesgo de infección; y 4) la infección por el VIH puede conducir a violencia de pareja. El ser víctima de violencia de pareja también podría estar asociado con el VIH de otras maneras, por ejemplo con el diagnóstico tardío, la revelación menos frecuente de la condición del VIH o un acceso deficiente a la atención en salud (1).

La infección por el VIH no solo genera alteraciones del estado inmunológico y la posibilidad de morbimortalidad por infecciones oportunistas, sino también problemas psicosociales al relacionarse con un estado estigmatizante y condenante hacia la persona que vive con el virus. Dentro de la visibilización de estos factores que influyen en la calidad de vida de las personas se encuentran los diferentes matices de violencia de la cual son víctimas los pacientes, en los cuales el personal de salud podría brindar protección por tratarse de población vulnerable.

Y es que la infección por el VIH hace explícitos problemas psicosociales al convertirse en un estado de prejuicio social en la población general (2, 3), en el cual a escala personal se trata de responsabilizar al compañero sexual, así como de culparse a sí mismo por la transmisión (4, 5). Esta culpabili-

zación está muy ligada a relaciones de poder entre los sexos y a la posición subordinada de la mujer en la sociedad, en la cual se ha ignorado, tolerado y hasta estimulado tal comportamiento; lo anterior, en la cultura latinoamericana, tiende a generar un mayor peso en el hombre, que puede causar que la mujer sea vulnerada en temas de salud sexual, y que sufra retaliaciones representadas en los diferentes tipos de violencia (6). Además, las consecuencias que pueden llegar a ocasionar que la mujer sea víctima de violencia conducen a una baja asistencia a los servicios de salud y un bajo cumplimiento de las recomendaciones médicas con una inadecuada toma del medicamento antirretroviral (46, 47); esto lleva a una disminución del número de linfocitos CD4 y, así, a un gran riesgo de aumentar la morbimortalidad de las pacientes con sida. En los estudios analizados, además de características demográficas (personas afroamericanas y latinas), se han identificado factores predictores, como uso de drogas ilícitas, relaciones sexuales con hombres que consumen drogas psicoactivas, relaciones sexuales con múltiples parejas o intercambio de sexo por drogas o dinero (48, 49).

La revisión de la literatura realizada evidenció que las mujeres con VIH reportan tasas más altas de violencia física, sexual y psicológica que la población general, y pueden sufrir violencia como resultado de revelar su estado seropositivo (50-52). Pantalone y colegas describieron en su revisión sistemática de 31 estudios, que la prevalencia de violencia física de pareja en las mujeres con VIH en Estados Unidos alcanzaba el 62 %, el 22 % en violencia sexual y el 21-55 % en violencia psicológica (53). Cuatro estudios de África subsahariana realizados en Sudáfrica, Tanzania y Kenia demostraron que las mujeres seropositivas reportan más violencia de pareja en comparación con mujeres VIH-negativas (52 % frente a 29 %, respectivamente) (40).

La relación encontrada por la revisión sistemática de Li y colegas, de 28 estudios con 331.468 personas en 16 países en 2014, indicó una asociación estadísticamente significativa entre infección por el VIH en mujeres y violencia de pareja [RR combinado (IC del 95 %): 1,22 (1,01-1,46)]. Del mismo modo, los resultados de los estudios cruzados indicaron asociación

estadísticamente significativa entre la infección por el VIH en mujeres y la combinación de violencia de pareja de tipo físico y sexual [2,00 (1,24, 3,22) y con cualquier otro tipo de violencia [OR combinado (IC del 95 %): 1,41 (1,16, 1,73)] (54).

En la revisión de Kouyoumdjian y colegas de 2013, hay una descripción de alta prevalencia en violencia de pareja en personas con VIH con una asociación positiva y estadísticamente significativa; de esa revisión, 45 estudios se realizaron en América del Norte, 44 en África, 9 en Asia y 2 en Centro y Suramérica (México y Brasil) (1). En la investigación de Barros y colegas con 2.780 mujeres en 2012, se encontró una prevalencia de violencia de pareja del 59,8 %, con una asociación entre la confirmación del diagnóstico y actos de violencia frecuentes y severos (ratio de prevalencia = 1,91), y con “sospecha” de la infección por el VIH (ratio de prevalencia = 1,29) (55).

Kendal y colegas, en su análisis de 2012 a 77 mujeres, describieron una población mexicana en la que 37,3 % de ellas habían experimentado violencia física, y 29,2 % violencia sexual; el haber comunicado su diagnóstico de VIH desencadenó violencia física para el 7,2 % y psicológica para el 26,5 % (56). En esta misma investigación se describe que el hecho de vivir sola se asociaba con experimentar violencia psicológica como consecuencia de revelar un diagnóstico de infección por el VIH ( $p = 0,004$ ); asimismo, las mujeres que hacían una contribución monetaria a los ingresos familiares tenían más probabilidades de haber sido forzadas a tener relaciones sexuales que aquellas que no contribuían económicamente ( $p = 0,034$ ) (56).

El metanálisis de Hatcher y colegas de 2015, donde se analizaron 13 estudios, se demostró con 5 estudios de ellos y 1.315 mujeres, que la violencia de pareja contra la mujer se asociaba significativamente con un menor uso de antirretrovirales [OR 0,79, IC del 95 % 0,64-0,97]; en 6 estudios con 1.261 mujeres se detectó baja adherencia al tratamiento autocalificada por el paciente (OR 0,48; IC del 95 %: 0,30-0,75), y en 7 estudios con 1.892 mujeres se identificaron menores probabilidades de supresión de la carga viral (OR 0,64, IC del 95 %: 0,46-0,90) (57).



Por otro lado, se encontró que la violencia de pareja contra la mujer conduce al deterioro en el estado de la salud relacionada con el VIH, hallazgo que se asoció con fracaso virológico, menor recuento de células CD4, mayor incidencia de infecciones oportunistas, marcado aumento de enfermedades episódicas (como neumonía, bronquitis y sinusitis) y mayor riesgo de mortalidad (58-60).

La evidencia de varios estudios y revisiones muestra que un número sustancial de mujeres no revelan el estado de infección por el VIH a sus parejas por posibles resultados negativos como la violencia, el abandono, la disolución de las relaciones, el estigma, la pérdida de sus hijos o la pérdida de su hogar (61, 62). A pesar del consenso internacional sobre la necesidad de facilitar una revelación más segura del estado serológico del VIH por parte de las mujeres a sus parejas, en aquellas que experimentan o temen la violencia, la revisión de Kennedy y colegas solo identificó dos estudios que evaluaron estas intervenciones (63). Ambos eran de África subsahariana, y no proporcionaron evidencia clara de la efectividad de una intervención de revelación del estado de diagnóstico de infección por el VIH, pero en general se observa que hay mayor riesgo de muerte por suicidio u homicidio que en las mujeres que no experimentan este tipo de violencia (64, 65).

## CONCLUSIONES

La vulnerabilidad de las mujeres no solo está sujeta al factor biológico al ser más susceptibles de adquirir la infección del VIH por sus características fisiológicas, sino que también factores sociales, económicos y culturales tienen un peso enorme en la desigualdad para mejorar su salud sexual. Esta vulnerabilidad no es modificada por la intervención médica, sino por las condiciones de vida y las opciones personales que reflejan los determinantes sociales de salud en cada individuo. No es ajeno para Colombia que el ámbito de la violencia ha traído graves repercusiones dentro del conflicto interno, y que la violencia de género –representada no solo en las manifestaciones físicas sino también por repercusiones psicológicas, económicas y de relaciones de poder– implica una alta prevalencia en la mayor parte de la población.

En esta revisión de literatura se ha logrado identificar que existe una relación entre los actos de violencia de género y el vivir con infección por el VIH, que junto con las disparidades que se presentan entre hombres y mujeres y el ejercicio de poder en sometimiento a la mujer de la cultura machista latinoamericana no permiten un adecuado desarrollo del enfoque de género (entendido como las oportunidades que tienen hombres y mujeres y las interrelaciones que se generan en los distintos roles que socialmente se les asignan). Esta violencia de género tiene repercusiones sociales que, según el grupo etario afectado, pueden llevar a ausentismo y bajo rendimiento escolar, disminución en el rendimiento laboral y baja autoestima. Como resultado, la mujer experimenta síntomas de depresión y ansiedad, que sumados al estigma que genera el diagnóstico del VIH tienen graves consecuencias para su salud y bienestar.

En los casos de violencia de pareja contra la mujer se debe intervenir desde los diferentes contextos en los que la paciente tenga contacto con el personal de salud en los programas de atención a personas con VIH. Allí se debe promover la igualdad de género, establecer planes de acción para abordar este tipo de violencia, así como ejecutar las rutas de atención y cuidado de las víctimas. Además, se debe realizar una prevención primaria de la violencia de pareja, para lo cual los profesionales deben comprender las realidades que viven sus pacientes y que afectan sus relaciones familiares, sus vínculos afectivos, su desarrollo sexual y su entorno económico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kouyoumdjian FG, Findlay N, Schwandt M, Calzavara LM. A systematic review of the relationships between intimate partner violence and HIV/AIDS. *PLoS One*. 2013;8(11):e81044.
2. Ministerio de la Protección Social Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres [Internet]. 2009 [consultado noviembre 2016]. Disponible en: [http://www.academia.edu/26227699/Factores\\_de\\_Vulnerabilidad\\_a\\_la\\_Infecci%C3%B3n\\_por\\_VIH\\_en\\_Mujeres](http://www.academia.edu/26227699/Factores_de_Vulnerabilidad_a_la_Infecci%C3%B3n_por_VIH_en_Mujeres)
3. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

- Guía de prevención VIH/sida. Mujeres en contextos de vulnerabilidad [Internet]. 2011. [Consultado enero de 2017]. Disponible en: <http://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MUJERES-EN-CONTEXTOS.pdf>
4. Stevens PE, Hildebrandt E. Life changing words—Women’s responses to being diagnosed with HIV infection. *Advances in Nursing Science*. 2006;29(3):207-21.
  5. Lafaurie MM, Zúñiga M. Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería. *Enfermería Global*. 2011(24): 315-330.
  6. Puente-Martínez A, Ubillós-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. 2016;32(1):295-306.
  7. Colombini M, James C, Ndwiwa C, Team I, Mayhew SH. The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: Narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1).
  8. Maeri I, El Ayadi A, Getahun M, Charlebois E, Akatukwasa C, Tumwebaze D, et ál. “How can I tell?” Consequences of HIV status disclosure among couples in eastern African communities in the context of an ongoing HIV “test-and-treat” trial. *AIDS Care—Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2016;28:59-66.
  9. Hatcher AM, Woollett N, Pallitto CC, Mokoatle K, Stöckl H, MacPhail C, et ál. Bidirectional links between HIV and intimate partner violence in pregnancy: Implications for prevention of mother-to-child transmission. *Journal of the International AIDS Society*. 2014;17.
  10. Mulrenan C, Colombini M, Howard N, Kikuyi J, Mayhew SH. Exploring risk of experiencing intimate partner violence after HIV infection: A qualitative study among women with HIV attending postnatal services in Swaziland. *BMJ Open*. 2015;5(5).
  11. Emusu D, Ivankova N, Jolly P, Kirby R, Foushee H, Wabwire-Mangen F, et ál. Experience of sexual violence among women in HIV discordant unions after voluntary HIV counselling and testing: A qualitative critical incident study in Uganda. *AIDS Care— Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2009;21(11):1363-70.
  12. Mohammadi N, Kochak HE, Gharacheh M. The lived experience of domestic violence in Iranian HIV-infected women. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(5):43-50.
  13. Cianelli R, Villegas N, Lawson S, Ferrer L, Kaelber L, Pergallo N, et ál. Unique factors that place older Hispanic women at risk for HIV: Intimate partner violence, machismo, and marianismo. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2013;24(4):341-54.
  14. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación actual del VIH en Colombia, 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia [Internet]. 2015 [consultado enero de 2017]. Disponible en: <https://cuentadealto costo.org/site/images/Publicaciones/Situacio% %CC% %81n% %20del% %20VIH% %20en% %20Colombia% %202015.pdf>
  15. Centro Cochrane Iberoamericano, trads. Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones, versión 5.1.0. [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/2692011>
  16. World Health Organization. WHO. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. World Health Organization [Internet]. 2016 [consultado febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
  17. López SM, Gómez-Sánchez PI, Arévalo-Rodríguez I. Violencia contra la mujer. Análisis en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, 2005: Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2008(1):10.
  18. Expósito F, Herrera M, Moya M, Glick P. Don’t rock the boat: Women’s benevolent sexism predicts fears of marital violence. *Psychology of Women Quarterly*. 2010;34:36-42.
  19. Marugán B. Violencia de género. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*. 2013;4:226-33.
  20. Organización de las Naciones Unidas. Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (18 de diciembre de 1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer [Internet]. 1979 [consultado noviembre de 2016];1-13. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
  21. Romito P, Molzan Turan J, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women’s mental health. *Social Science & Medicine*. 2005;60:1717-27.
  22. Organización de las Naciones Unidas. Declaración de Beijing, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres; A/CONF. 177/20. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA% %20S.pdf>.
  23. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la

- mujer. Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas [Internet]. 1994 [consultado noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104&Lang=S>
24. Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008. Diciembre 4 de 2008. Diario Oficial [Internet]. 2008 [consultado enero de 2017]. Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/LEY\\_1257\\_DE\\_2008\\_Colombia.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/LEY_1257_DE_2008_Colombia.pdf)
  25. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [consultado marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
  26. Johns Hopkins University. School of Public Health. Ending violence against women. Population Reports. Johns Hopkins University Press [Internet]. 1999 [consultado octubre de 2016];27(4). Disponible en: <https://www.k4health.org/sites/default/files/L%202011.pdf>
  27. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica. WHO. Grundy & Northedge Designers ed. Suiza: World Health Organization; 2014.
  28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Portal Estadístico. Delegación del gobierno para la violencia de género [Internet]. 2016 [consultado marzo de 2017]. Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>
  29. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países [Internet]. 2014 [consultado enero de 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8175%3A2013-violence-against-women-latin-america-caribbean-comparative-analysis&catid=1505%3Aviolence-against-women&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8175%3A2013-violence-against-women-latin-america-caribbean-comparative-analysis&catid=1505%3Aviolence-against-women&lang=es)
  30. Vaiz R, Nakano A. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004;4:33.
  31. Prosvote P. Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile. Naciones Unidas. Serie Mujer y Desarrollo Chile. 2007;85:40.
  32. Pontecorvo C, Mejia R, Aleman M, Vidal A, Majdalani M, Fayanas R, et ál. Violencia doméstica contra la mujer: una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina (Buenos Aires)*. 2004;6:492.
  33. Ministerio de Salud. Colombia. Guía de atención de la mujer maltratada [Internet]. 2013 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/34-salud-mental/575-ministerio-de-salud-y-proteccion-social-guia-de-atencion-de-la-mujer-maltratada>
  34. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Comportamiento de la violencia de pareja. Colombia, 2015 [Internet]. 2016 [consultado en marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Violencia+de+pareja.pdf>
  35. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Forensis 2016. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Bogotá (Colombia): Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2017. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>
  36. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015: Bogotá (Colombia) [Internet]. 2016 [consultado en marzo de 2016]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>
  37. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNAIDS). Global AIDS Up Date 2016 [Internet]. 2016 [consultado en diciembre de 2016]. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>
  38. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe [Internet]. Washington, D. C.: OPS; 2013 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23711&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23711&Itemid=270)
  39. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Informe GARPR 2014 - Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida [Internet]. 2014 [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//COL\\_narrative\\_report\\_2014.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//COL_narrative_report_2014.pdf)
  40. Campbell J, Baty M, Ghandour R, Stockman J, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: A review. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion*. 2008;15(4):221.
  41. Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: Directions for future

- research and interventions. *Social Science & Medicine*. 2000;50:459-78.
42. Zierler S, Witbeck B, Mayer K. Sexual violence against women living with or at risk for HIV infection. *Am J Prev Med*. 1996;12(5):304-10.
  43. Cohen M, Deamant C, Barkan S, Richardson J, Young M, Holman S, et ál. Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV. *American Journal of Public Health*. 2000;90(4):560-5.
  44. Zierler S, Cunningham WE, Andersen R, Shapiro MF, Bozzette SA, Nakazono T, et ál. Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care. *American Journal of Public Health*. 2000;90(2):208-15.
  45. Manfrin-Ledet L, Porche DJ. Features: The State of Science: Violence and HIV infection in women. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2003;14:56-68.
  46. Tiendrebeogo G. Violence of everyday life, prejudice, secrecy and adherence to antiretroviral treatment. *Tropical Medicine and International Health*. 2009;14:52.
  47. Procópio EV, Feliciano CG, Silva KV, Katz CR. Social representation of sexual violence and its relationship with the adherence to the chemoprophylaxis protocol of HIV in young women and adolescents. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(6):1961-9.
  48. Koenig LJ, Moore J. Women, violence, and HIV: A critical evaluation with implications for HIV services. *Maternal & Child Health Journal*. 2000;4(2):103.
  49. Kalichman SC, Kelly JA. Violence against women and the impending AIDS crisis in Russia. *American Psychologist*. 2000;55(2):279.
  50. Shamu S, Zarowsky C, Shefer T, Temmerman M, Abrahams N. Intimate partner violence after disclosure of HIV test results among pregnant women in Harare, Zimbabwe. *PLoS One*. 2014 oct. 28;9(10):e109447.
  51. Gielen AC, McDonnell KA, Burke JG, O'Campo P. Women's lives after an HIV-positive diagnosis: Disclosure and violence. *Maternal and Child Health Journal*. 2000;4(2):111-20.
  52. Semrau K, Kuhn L, Vwalika C, Kasonde P, Sinkala M, Kankasa C, et ál. Women in couples antenatal HIV counselling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS*. 2005;19(6):603-9.
  53. Pantalone DW, Rood BA, Morris BW, Simoni JM. A systematic review of the frequency and correlates of partner abuse in HIV-infected women and men who partner with men. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014;25(1 supl.):S15-35.
  54. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: A systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2014;17:18845.
  55. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Association between intimate partner violence against women and HIV infection. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45(2):365-72.
  56. Kendall T, Van Dijk M, Wilson KS, Picasso N, Lara D, Garcia S. A lifetime of violence: Results from an exploratory survey of Mexican women with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012;23(5):377-87.
  57. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stockl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: A systematic review and meta-analysis. *Aids*. 2015;29(16):2183-94.
  58. Schafer KR, Brant J, Gupta S, Thorpe J, Winstead-Derlega C, Pinkerton R, et ál. Intimate partner violence: A predictor of worse HIV outcomes and engagement in care. *AIDS Patient Care And Stds*. 2012;26(6):356-65.
  59. Liebschutz JM, Feinman G, Sullivan L, Stein M, Samet J. Physical and sexual abuse in women infected with the human immunodeficiency virus: Increased illness and health care utilization. *Arch Intern Med*. 2000;160(11):1659-64.
  60. Weber K, Anastos A, Burke-Miller J, Agniel D, Schwartz R. The effect of gender based violence (GBV) on mortality: A longitudinal study of US women with & at risk for HIV. *AIDS*. 2012;17-22.
  61. Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: Implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004(4):299.
  62. Obermeyer CM, Bajjal P, Pegurri E. Facilitating HIV disclosure across diverse settings: A review. *American Journal of Public Health*. 2011;101(6):1011-23.
  63. Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence: A systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(supl. 5):20292.
  64. Ceccon RF, Meneghel SN, Hiraakata VN. Women with HIV: Gender violence and suicidal ideation. *Revista de Saúde Pública*. 2014;48(5):758-65.
  65. Njie-Carr V. Violence experiences among HIV-infected women and perceptions of male perpetrators' roles: A concurrent mixed method study. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*. 2014;25(5):376-91.