

Diseño de estudio sobre la Prevalencia de la Violencia de Género en mujeres VIH positivas.

Presentado por:

Elena Sánchez García

Tutora:

Rosario Tur Ausina

Máster Universitario en Igualdad de Género en el Ámbito Público y Privado
(Plan 2013)

[\[Interuniversitario A distancia\]](#)

13º Edición

Curso académico 2019/20

Segunda convocatoria

Palabras clave: Violencia de Género, Violencia contra la mujer, Salud de la mujer,
VIH, Murcia.

Agradecimientos:

Gracias a Rosario por la tutorización del trabajo, sin su ayuda no hubiera sido posible

A mi marido Francisco, por el aguante, la comprensión y sus aportaciones

A mi hija Carmen, por su cariño incondicional

A mi familia por el amor dado

A mis amigos por estar ahí

ÍNDICE

1. Resumen/ abstract.....	4
2. Introducción.....	6
2.1 Justificación.....	7
2.2 Hipótesis y objetivos.....	8
3. Marco teórico.....	9
4. Diseño del estudio.....	17
5. Discusión.....	26
6. Conclusiones.....	29
7. Bibliografía.....	31
8. Anexos	34

RESUMEN

La violencia de género es un problema de dimensiones epidémicas considerado por la OMS como un problema de salud pública global. Hasta ahora podemos encontrar una amplia literatura, incluyendo revisiones sistemáticas que establecen la VG como un factor de riesgo para la infección por VIH.

Ante esto, hemos querido realizar un diseño de estudio sobre la prevalencia de la VG y sus factores asociados en mujeres VIH positivas a las que realizamos el seguimiento en consultas externas del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, para aportar más información a la literatura existente así como para sacar conclusiones en las que basar la confección posterior de programas de actuación para mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes.

El objetivo de nuestro trabajo es, por un lado, exponer la literatura actual que supone la base para el estudio, y por otro lado, desarrollar el diseño en sí mismo, aportando el método a seguir, el análisis, la elaboración del cuestionario y una discusión sobre los beneficios que aportaría.

El estudio del cual exponemos nuestro diseño se trata de un análisis descriptivo de los datos que recogeremos mediante un cuestionario autoelaborado en entrevistas privadas.

Nuestra motivación a la hora de proponer este estudio es encontrar, de manera similar a los hallazgos en estudios previos en otras zonas, una vinculación significativa entre VG y VIH. Así, buscaríamos generar una base firme que nos sirva en un futuro para plantear medidas de detección, prevención y actuación sobre las mujeres víctimas de violencia desde la perspectiva de salud y específicamente desde el conocimiento de su patología.

ABSTRACT

Gender violence is a problem with epidemic dimensions considered by the WHO as a global public health problem. So far we can find a large literature, including systematic reviews that establish GBV as a risk factor for HIV infection.

Given this, we wanted to carry out a study design on the prevalence of GBV and its associated factors in HIV-positive women who were followed up in outpatient clinics at the Virgen de la Arrixaca University Hospital, to provide more information to the existing literature as well and to draw conclusions on which to base the subsequent preparation of action programs to improve the quality of life of our patients.

The objective of our work is, on the one hand, to expose the current literature that is the basis for the study, and on the other hand, to develop the design itself, providing the method to follow, the analysis, the elaboration of the questionnaire and a discussion about the benefits it would bring.

The study of which we present our design is a descriptive analysis of the data that we will collect through a self-elaborated questioning in private interviews.

Our motivation for proposing this study is to find, similar to the findings in previous studies in other areas, a significant link between GBV and HIV. Thus, we would seek to generate a firm base that will serve us in the future to propose measures of detection, prevention and action on women victims of violence from a health perspective and specifically from the knowledge of their pathology.

2. INTRODUCCIÓN

La preocupación social por la violencia específica contra las mujeres lleva años acrecentándose y, poco a poco, ha logrado visibilizarse lo suficiente como para ser considerada por la OMS como un problema de salud pública global de dimensiones epidémicas¹. A nivel gubernamental se están elaborando protocolos estatales² para su detección y su prevención que incluyen el ámbito sanitario.

A nivel hospitalario concretamente en la Región de Murcia nos encontramos con ciertos niveles de prevención, que están prácticamente limitados a las Urgencias hospitalarias, donde sí existen protocolos concretos de actuación³. Sin embargo, a nivel de Consultas Externas donde se realiza el seguimiento estrecho de pacientes con determinada patologías no encontramos protocolo alguno que oriente ni a la prevención ni al manejo de la Violencia de Género.

Desde el Servicio de Medicina Interna, en concreto la sección dedicada a los pacientes con infección por VIH, sentimos la necesidad de que la sensibilidad con respecto a la VG esté presente en nuestra práctica clínica, de que existan protocolos para la detección de VG, herramientas para su manejo y medidas concretas para su abordaje. Este hecho viene dado por una experiencia clínica en la que encontramos pacientes complejas, con un contexto social muy complicado. Habitualmente mujeres en situación de pobreza, usuarias de drogas, sin un entorno social adecuado, etc. Todos ellos factores de riesgo para sufrir violencia.

La vinculación de VIH y VG está ampliamente descrita en la literatura. Si bien una relación directa de causalidad no está completamente aclarada, sí es cierto que su enlace como factor de riesgo es innegable, incluso de manera recíproca.

La propuesta que exponemos es la realización de un diseño de estudio que queremos llevar a cabo en nuestro hospital en un futuro próximo. Para ello, realizamos una revisión narrativa de los estudios que hasta ahora se han realizado respecto al tema que nos atañe, que nos va a servir, por un lado, como justificación del estudio, y por otro lado como comparativa a la hora de diseñarlo.

¹ Comunicado de prensa de la OMS. Ginebra, 2013. *Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”*. Recuperado de:

https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/

² Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género.

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionales/Investigacion/seguridad/protocolos/home.htm>

³ Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Recuperado de:

[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=17796&IDTIPO=11&RASTRO=c1755\\$m25440](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=17796&IDTIPO=11&RASTRO=c1755$m25440)

2.1 Justificación

Los servicios sanitarios tienen un papel crucial y permanente en la vida de las mujeres seropositivas. Dada la naturaleza de la infección por VIH, se requiere un seguimiento estrecho de las pacientes para asegurar que la enfermedad se encuentre correctamente controlada, así como para realizar un despistaje de otras enfermedades que pueden contraerse en función de los factores de riesgo que presenten nuestras pacientes. Habitualmente se realizan controles periódicos de otras infecciones tanto virales como bacterianas que pueden aparecer en el transcurso del tiempo en pacientes de alto riesgo. De la misma manera que se han establecido dichos protocolos basados en la evidencia, sería conveniente que existiesen otros que incidiesen de igual manera en los factores psicosociales que afectan a las mujeres seropositivas y que determinan el proceso de la enfermedad.

La VG está descrita en la literatura como uno de los factores de riesgo, siendo incluso más prevalente que en la población en general. Sin embargo, no incluimos en nuestras consultas instrumentos de detección de mujeres en situación de violencia, ni evaluamos la relación que puede haber tenido este hecho con la primoinfección por VIH. Tampoco evaluamos en qué situación se encuentran las mujeres que no realizan correctamente el seguimiento o que no cumplen regularmente con la adherencia al tratamiento, cuando se ha descrito que la VG puede estar directamente relacionada con estos hechos. De acuerdo con Barros (2010), “la identificación de la VG como factor asociado a VIH puede ayudarnos a desarrollar nuevas estrategias para prevenir la pandemia y la feminización”.

Por lo tanto, dada la relación existente entre VG y VIH, encontramos conveniente realizar un diseño de estudio en el que evaluaremos la prevalencia de la VG en las pacientes VIH que están en seguimiento en nuestro hospital así como los factores de riesgo y los factores que las protegen a la hora de padecer VG.

Este proyecto nos sirve para aportar más datos a la literatura en relación con esta temática y para disponer de evidencia tanto para aplicar medidas de futuro que pueden prevenir situaciones de violencia, como elaborar planes de mejora, incluir instrumentos de detección en nuestras consultas, atención psicológica específica, programas de deshabitación, aportes económicos, etc.

Presentamos este trabajo como fundamento bibliográfico y metodológico del futuro análisis de prevalencia de VG en mujeres con VIH en nuestro hospital.

2.2 Objetivo del trabajo.

Nos proponemos diseñar un estudio para analizar la prevalencia y los tipos de Violencia de Género en pacientes con VIH con seguimiento en Consultas Externas de Medicina Interna en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Primeramente exponemos una revisión de la literatura actual que nos sirva como marco-conceptual tanto de nuestro trabajo como del estudio. Posteriormente planteamos una hipótesis: las mujeres seropositivas en seguimiento en Consultas tienen una mayor prevalencia de VG que la población habitual, sea esta acometida por el cónyuge, parejas íntimas, sexuales, u otros. Como objetivos secundarios, analizaremos también los factores de riesgo y los factores protectores que predisponen a VG y la asociación con esta. Posteriormente elaboramos, basándonos en la literatura actual y enfocándolo a nuestras pacientes, un cuestionario que funcionará como instrumento para recopilar los datos del estudio. Proponemos también cómo realizar el análisis y los beneficios que puede aportar dicho trabajo.

3. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Dentro del proceso de visibilización de esta problemática nos encontramos con una literatura diversa y heterogénea, en la que ni siquiera las definiciones de violencia están claras. Inicialmente, los estudios hablaban de Violencia Doméstica, para referirse a la violencia del hombre hacia la mujer en el ámbito privado, o Violencia Conyugal para hacer referencia a esta misma violencia dentro del matrimonio. También aparecen con posterioridad otras definiciones como Violencia de Género, encontrándonos dificultades a la hora de unificar conceptos ya que en muchos estudios los/as autores/as interpretan VG como violencia contra la mujer, mientras que en otros casos carece de dicho matiz. Es por esto que a la hora de realizar un estudio o bien una revisión bibliográfica se hace muy necesario explicar de manera concisa qué se entiende por VG.

Actualmente, la Violencia contra la mujer está definida por la OMS como «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». Para la OMS, y así lo reflejan también sus informes, la Violencia contra la mujer implicaría además los actos que se llevan a cabo contra ella en el ámbito público, lo que quiere decir que no tendrían por qué ser perpetradas por una pareja o expareja, como se considera en ocasiones, y que las violaciones y los abusos sexuales también se incluyen en el concepto de Violencia contra la mujer.

De otro lado, la relación entre Violencia de Género y VIH también está descrita en la literatura desde hace décadas, pudiendo encontrarse cada vez más estudios al respecto que van desde series de casos hasta revisiones bibliográficas que analizan de manera específica este vínculo. Se ha visto que la VG predispone de manera significativa a contraer la infección por VIH y no solamente desde la violencia física y sexual donde es obvia la relación entre el sexo forzado y sin protección, así como las violaciones, sino también por la violencia emocional y por las desigualdades de género que exponen a la mujer a una situación donde negociar el sexo de manera segura se vuelve una cuestión imposible de realizar⁴.

Sin duda a la hora de hablar de la relación entre VG y VIH, hay que hacer referencia a varios conceptos. Por un lado, se alude a la violencia sexual directa, que puede venir tanto de una pareja, expareja, como de una persona completamente ajena a la víctima.

⁴ Andersson N. (2006). *Prevention for those who have freedom of choice- or among the choice-disabled: confronting equity in the AIDS epidemic*. DOI: [10.1186/1742-6405-3-23](https://doi.org/10.1186/1742-6405-3-23)

Está violencia que se entiende como abuso o violación, entraña efectivamente un riesgo directo al ser en la mayoría de ocasiones, por no decir en su totalidad, relaciones no protegidas. A esto habría que añadir, como se ha visto en diferentes estudios, que precisamente las personas que ejercen una relación de violencia, ya sea física o sexual, suelen tener antecedentes sobre todo de abusos en la infancia, así como una situación de exclusión social, u otras conductas de riesgo como abuso de drogas, etc.; lo que conlleva que sea un grupo con mayor prevalencia de VIH.

A la violencia sexual de tipo esporádico, se le suman aquellas situaciones donde se perpetra una violencia física, tanto puntual como de manera continuada, contra las mujeres en el seno de una relación sexoafectiva. En estas situaciones las mujeres se encuentran en una posición de vulnerabilidad encontrando dificultades y estando condicionadas por el miedo a sufrir maltrato a la hora de negociar el sexo seguro. De igual forma, dicha negociación se ve afectada también cuando las mujeres sufren una violencia psicológica, por mecanismos similares, en los que se encuentra mermada su autoestima, o por patrones que tienen que ver con la desigualdad de género, sin que tenga que haber violencia física o sexual directa.

Un ejemplo de esto último, a comentar aquí y fruto de la experiencia clínica, es cómo afecta a la salud de las mujeres el hecho de ejercer de manera incondicional el rol de cuidadoras, aun cuando las relaciones sexoafectivas están desestructuradas e incluso se encuentran inmersas en una situación de violencia; y cómo valoramos la salud cuando son víctimas de infidelidades por parte de sus parejas, con el riesgo que entrañan dichas conductas a la hora de sufrir enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

Por otro lado, también se describe en la literatura que todas estas situaciones van a actuar como factores determinantes en el proceso de la enfermedad, teniendo implicaciones directas en el manejo de la misma, en la evolución y en sus complicaciones. Un claro ejemplo es cómo afectan las situaciones de violencia a la adherencia al tratamiento, o a que cumplan o no con el seguimiento que precisan.

Por último, otras de las implicaciones también mencionadas en la literatura, es la relación inversa entre VIH y VG, es decir, como predispone a la mujer el hecho de tener VIH a sufrir VG, y específicamente, a la hora de comunicar a la pareja y al entorno su seropositividad, factores que tendrían que tenerse muy en cuenta a nivel de atención sanitaria a la hora de manejar la relación con la paciente y su entorno.

De manera esquemática, mostramos en la figura 1 lo comentado.

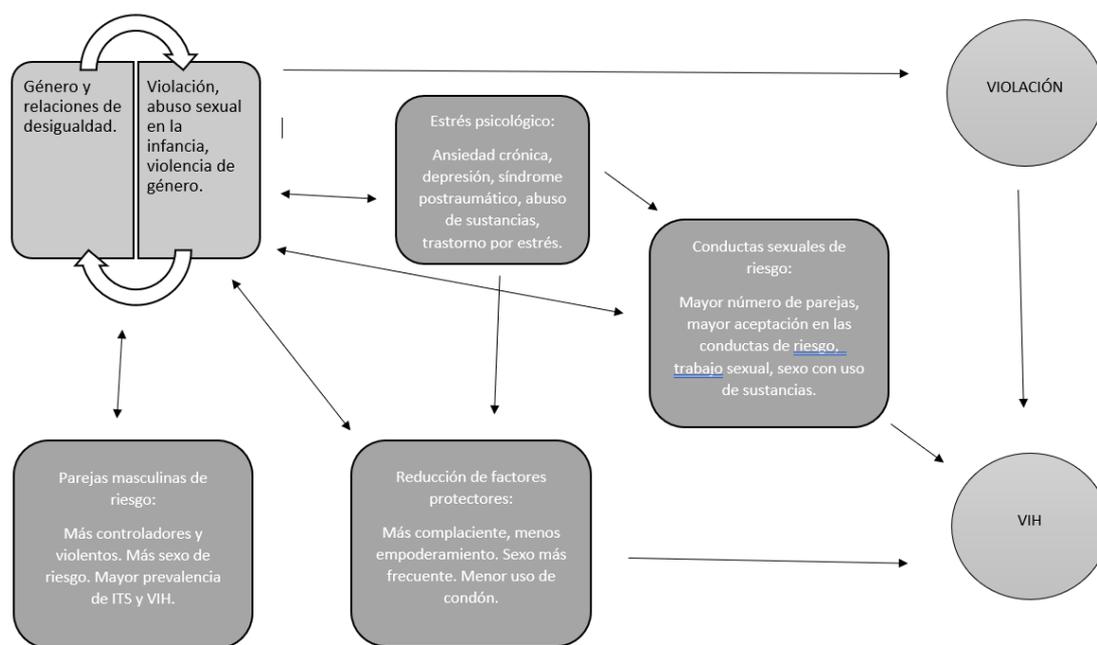


Figura 1- Relación VIH-Violencia. Jewkes R., Dunkle K., (2010) *Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence oh HIV infection in young women in South Africa: A cohort study.* The lancet.

A nivel gubernamental, el ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, recoge en su programa sobre VIH/SIDA⁵ que habría que dedicar más esfuerzos a empoderar a mujeres y niñas, cambiar roles de género y reducir las desigualdades sociales, económicas y legales a las que están expuestas las mujeres como parte específica del programa de prevención de VIH⁶ dada la implicación que tiene la VG, tanto en la predisposición a la infección como en el manejo posterior de las complicaciones, la adherencia al tratamiento, etc.

Hay que tener en cuenta que el VIH es, además, una epidemia que se está feminizando cada vez más. En los últimos datos de la ONU se refleja que cada semana alrededor de

⁵ Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual. Prórroga 2017-2020. Recuperado de: [www.mscbs.gob.es > enfTransmisibles > sida > docs](http://www.mscbs.gob.es/enfTransmisibles/sida/docs)

⁶ UNAIDS discussion paper (2010). *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections.* Recuperado de: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006_JC2007_Combination_Prevention_paper

6.000 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años contraen la infección por el VIH. En África subsahariana, cuatro de cada cinco nuevas infecciones en adolescentes con edades entre 15 y 19 años son mujeres. Las jóvenes con edades entre 15 y 24 años tienen el doble de probabilidad de vivir con el VIH que los varones. Además, en algunas regiones las mujeres víctimas de violencia son 1,5 veces más proclives a contraer la infección por el VIH que las que no la han sufrido⁷.

Muchos son los estudios que vinculan la Violencia de Género y el VIH. Uno de los más interesantes es una revisión sistemática de Kouyoumdjian, F et al⁸. Las conclusiones a las que llega es que hay una asociación en análisis no ajustados entre el hecho de experimentar VG y estar infectada por el VIH, lo que sugiere que desarrollar programas para la detección de VG puede ser valioso en este colectivo de personas. Pero no parece estar claro que exista una relación causal entre experimentar VG y contraer el VIH. Se señala de este modo que “la investigación debe centrarse en definir parámetros de VG que sean relevantes para la infección por VIH, incluido el tipo de VG y el período de exposición y riesgo, la evaluación de potenciales mecanismos, así como en el desarrollo y evaluación de intervenciones que se basen en los puntos fuertes de los estudios existentes”. En esta revisión se analizan los principales artículos de la literatura que vinculan la VG con el VIH. Dentro del África Subsahariana, por ejemplo, observamos dos estudios que relacionan VIH y VG: en Kenia (1996-1997),⁹ donde describen que las mujeres que habían sufrido violencia tenían un 1.8 más de probabilidades de ser seropositivas; en Uganda (2001-2003)¹⁰, un estudio con 3422 mujeres describe que el hecho de haber vivido un episodio de violencia sexual sin consumo de alcohol lanza un OR de 1,51 para VIH, mientras que asociando consumo de alcohol encontraríamos una OR para VIH de 2.28, ambas significativas. Otros artículos presentan resultados similares aunque únicamente con un análisis bivariado: aquellas mujeres que han tenido más de un episodio de VG física o sexual tenían 1,56 veces más probabilidad de ser VIH-positivas que aquellas mujeres que no la habían sufrido, como muestra el caso de un estudio con 1295 mujeres sexualmente activas en Sudáfrica¹¹. En otro artículo realizado en África del sur y del este, se encontró una asociación significativa entre VG

⁷ ONU-SIDA. Hoja informativa. *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.

⁸ Kouyoumdjian, F, Findlay Nicole, Schwandt M,(2013). *A systematic Review of the Relationships between Intimate Partner Violence and HIV/AIDS*.

⁹ Fonck K., Leye E, Kidula N, et al.(2005). *Increased risk of HIV in women experiencing physical partner violence*. AIDS and Behavior 9(3):335-9.

¹⁰ Zablotska IN, Gray RH, Koenig MA, Serwadda D. et al. (2009) *Alcohol use, intimate partner violence, sexual coercion and HIV*. AIDS Behav. Apr;13(2):225-33.

¹¹ Jewkes R, Dunkle K, Nduna M, Levin J. et al. (2006) *Factors associated with HIV sero-status in Young rural South African Women*.

y VIH tras ajuste por factores de confusión, aunque el estudio se realizó teniendo en cuenta tanto a hombres como a mujeres serodiscordantes de sus parejas.

Respecto al área de Norte América, 5 estudios hallaron una diferencia significativa en los análisis bivariados. En un estudio en Louisiana (1994-1997), madres VIH positivas tienen tasas significativamente mayores de maltrato en el último año que las madres VIH negativas¹². En otro realizado en Los Ángeles se reporta un OR de 2.96 en mujeres con VIH de sufrir al menos un caso de violencia doméstica.

En Tijuana y Ciudad Juarez, un estudio con 300 mujeres trabajadoras sexuales que tenían una pareja habitual mostró, mediante un análisis bivariado, que la positividad para VIH estaba fuertemente relacionada con la violencia, tanto sexual como física o emocional¹³.

También en Norte América encontramos 4 estudios que recogían esta vinculación, aunque únicamente con tipos específicos de violencia. Por ejemplo, en “Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions”¹⁴ objetivan que la violencia física o sexual en pacientes VIH positivos en el último año comparado con VIH negativos era significativamente más frecuente, aunque dicha significación se perdía si se hacía un análisis ajustado a factores de confusión. Sin embargo, si se tenían en cuenta las dos la asociación era fuerte en el análisis multivariado.

En Asia, 4 estudios en la India encuentran diferencia en las tasas de VG y el estado de seropositividad solamente en análisis bivariados. En un estudio en Nueva Delhi (2000-2001)¹⁵ las mujeres seropositivas habían experimentado con más frecuencia que las seronegativas situaciones de violencia física y sexo forzado por parte de su cónyuge. En otro estudio en Bangalore¹⁶, llevado a cabo en 2008 con un total de 636 mujeres que estaban en seguimiento en una clínica de VIH, encontraron tasas mayores de VG que

¹² Jones DJ, Beach SRH, Forehand R. et al.(2013) *Partner abuse and HIV infection: Implications for psychosocial adjustment in African American women.*

¹³ Ulibarri MD, Strathdee SA, Lozada R et al. (2010) *Intimate partner violence among female sex workers in two México-US borders cities.*

¹⁴ Sareen J, Pagura J, Grant B (2009) *Is intimate partner violence associated with HIV infection among woman in the United States?*

¹⁵ Gupta RN, Wyatt GE, Swaminathan s, et al. (2008). *Correlates of relationship, psychological, and sexual behavioral factors for HIV risk among indian women.*

¹⁶ Decker MR, Seage GR 3rd, Hemenway D, (2009). *Intimate partner violence functions as both a risk marke factor for women’s HIV infections: findings from Indian husband-wife.*

en la población en general. En la misma clínica se realizó un estudio en personas transexuales o de género indeterminado¹⁷, con un total de 155, en 2008, encontrándose que aquellas que habían experimentado violencia física o sexual resultaban ser seropositivas con más frecuencia que aquellas que no habían sufrido ningún episodio de violencia.

Otro estudio que resulta de interés se llevó a cabo en Papua Nueva Guinea en mujeres que accedían al servicio de cuidado prenatal entre 2006 y 2007¹⁸. En este estudio se valoraba tanto la violencia física, sexual y psicológica como la económica o financiera, aunque no encontraron relación entre la seropositividad y este último tipo de violencia.

En Sudamérica, un estudio en Sao Paulo, Brasil en 2001-2002¹⁹, solamente encontró asociación entre VIH y casos de violencia severa o frecuente.

Hay que tener en cuenta, que en la revisión sistemática comentada se han seleccionado artículos que no valoran específicamente la violencia de género como violencia contra la mujer ya que se pueden encontrar algunos artículos que hablando de hombres y de mujeres, o incluso que son específicos de hombres que tienen sexo con hombres (MSM) Un estudio realizado entre 1996 y 1998 en ciudades de Estados Unidos,²⁰ en 2881 hombres que tenían sexo con hombres no encuentran diferencia entre el estado de seropositividad si habían sufrido violencia o no la habían sufrido. Dado este hecho, tenemos que interpretar los resultados que se han obtenido de una manera orientativa, ya que no es una revisión que haya explicitado el concepto de violencia de género tal y como queremos reflejar en nuestro estudio. Sin embargo, consideramos que la exposición de los diferentes resultados por zonas geográficas nos da una idea orientativa del estado de la cuestión.

Comentar también que, respecto a Europa, encontramos menos artículos que relacionen ambas cuestiones de manera directa en comparación con el resto de regiones mundiales. En la búsqueda bibliográfica realizada en PubMed, ([“Gender-based Violence” and “HIV” and “Europe”]), seleccionando únicamente 11 ninguno de ellos era una revisión sistemática y, en su mayoría, estaban realizados en Rusia y países

¹⁷ Kulkarni D, Venkatesh D, Mylithi R, Vinod K, et al. (2009). *Gender-based violence- and important factor influencing high risk sexual behavior among transgenders in India.*

¹⁸ Lewis I, Maruia B, Walker S, et al. (2008). *Violence against women in Papua New Guinea. Journal of family studies.*

¹⁹ Barros C, Blima Schraiber L, Franca-Junior (2011). *Association between intimate partner violence against women and HIV infection.* Red. Saude Publica.

²⁰ Greenwood GL, Relf MV, Huang B, Pollack LM (2002). *Battering victimization among a probability-based sample of men who have sex with men.*

de Europa del este, en pacientes trabajadoras sexuales y en usuarias de drogas vía parenteral.

Sí hemos encontrado sin embargo un artículo reciente (2019), y francamente interesante, que sintetiza y analiza la evidencia existente entre VG en personas subsidiarias de PrEP (profilaxis preexposición al VIH) así como pacientes en seguimiento por la Unidad de VIH que son seropositivas, en la que incluyen a mujeres trabajadoras sexuales, mujeres transgénero y mujeres consumidoras de drogas. La revisión incluye PubMed, Scopus, y Web of Science, con artículos publicados entre 2003 y 2017. Como antecedentes, parten de que se ha demostrado que la VG aumenta el riesgo de que las mujeres contraigan el VIH, aunque inciden en que el papel que juega la VG a la hora de realizar un seguimiento y una atención continuada está menos claro. La motivación de la revisión es precisamente aclarar cómo la VG puede actuar como una barrera para acceder a los servicios, al tratamiento y a la atención del VIH, al tratamiento antirretroviral (TAR), a la profilaxis previa a la exposición (PrEP), así como para proporcionar información sobre cómo satisfacer mejor las necesidades individuales de atención del VIH de las mujeres y generar estrategias desde salud pública orientadas al control de la epidemia del VIH.

Efectivamente, hay artículos que muestran que las mujeres que pertenecen además a población marginada como son las trabajadoras sexuales²¹, las mujeres transgénero²², y las que tienen antecedentes de consumo de drogas²³. Todas ellas tienen tasas aún más altas de violencia y de infección por VIH. Es por ello que desde organizaciones internacionales de VIH, (UNAIDS), se han identificado a miembros de estos sectores de la población como “key population”²⁴.

²¹ Deering KN, Amin A, Shoveller J et al. 2014. *A systematic review of the correlates of violence against sex workers.*

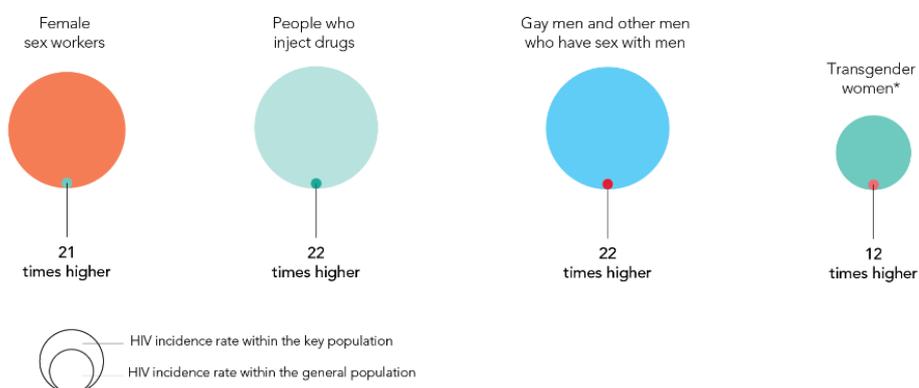
²² Wirtz, AL, Poteat TC, Malik M, et al. 2018. *Gender-based violence against transgender people in the United States: a call for research and programming.*

²³ El-Bassel N, Terlikbaeva A, Pinkham S. 2010. *HIV and women who use drugs: double neglect, double risk.*

²⁴ UNAIDS, “Key population”. Recuperado de: <https://www.unaids.org/en/topic/key-populations>

Key populations at higher risk of infection

Relative risk of HIV acquisition, by population group compared to the general population, global, 2018



*Transgender data come from the Asia and the Pacific, Latin America and the Caribbean and western and central Europe and North America regions.
Source: UNAIDS 2019 estimates.

Figura 2. Poblaciones clave. UNAIDS, “Key population”. Recuperado de: <https://www.unaids.org/en/topic/key-populations>

Actualmente vemos un avance en la literatura, en comparación con estudios previos que no especificaban de manera clara el tipo de violencia, donde no había tampoco una definición concisa de VG, y las personas incluidas en los estudios variaban entre hombres, mujeres, trans y personas sin una especificidad de género concreta.

Los estudios más recientes sin embargo sí que están empezando a poner sobre la mesa que la causalidad entre VG y VIH, aunque asumida, es compleja y multifactorial. Se está ahondando poco a poco en la cuestión, estableciendo grupos de riesgo, haciendo estudios más específicos que sí clarifican el concepto de violencia y de población diana, y realizando análisis por subpoblaciones más desfavorecidas donde los factores de riesgo son mayores y más frecuentes y que a su vez pueden actuar como factores de confusión.

4. DISEÑO DEL ESTUDIO.

El diseño del estudio que hemos elaborado es de tipo cualitativo transversal en formato encuesta mediante entrevista personalizada. Este es el tipo de metodología que se utiliza de manera estandarizada en estudios analíticos de tipo descriptivo.

La población a estudio la van a constituir todas las mujeres seropositivas que realizan seguimiento de la enfermedad en la Unidad de VIH, en Consultas Externas de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, que estén dispuestas y den su consentimiento para participar en el estudio. Consideramos la muestra óptima la participación del cien por cien de las pacientes aunque dadas las características de las mismas podríamos asumir una reducción de la muestra a la hora de realizar el estudio.

Respecto al instrumento, hemos elaborado en base a la literatura expuesta en nuestro marco conceptual un cuestionario que será rellenado por personal instruido y con experiencia en el campo, durante una sesión de entrevista privada.

Como criterios de inclusión en el diseño hemos considerado el estado de seropositividad, el considerarse mujer, tanto cis como trans, que el seguimiento se realice en las Consultas de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Arrixaca y que quieran participar en el estudio.

Posteriormente se recogerán los datos y se utilizará el programa estadístico SPSS para analizar las respuestas y extraer los resultados.

A continuación exponemos el diseño del cuestionario.

4.1 Cuestionario:

4.1.1 Variables sociodemográficas.

Por un lado, hemos querido recoger los datos sociodemográficos básicos, edad, género, raza. También hemos tenido en cuenta aquellos variables que se han visto que son factores de riesgo asociados a violencia de género. Todos estos factores se recogen de manera similar en la bibliografía aportada, siendo los estudios más relevantes actualmente en el campo VG y VIH. Los resumimos en los siguientes:

- La edad, dividida en 5 bloques distribuidos en: menores de 25 años, de 26 a 35 años; de 36 a 45 años; de 46 a 55 años y mayores de 55.

- El género, con dos posibilidades, siendo éstas mujer cis o mujer trans.
- Origen: África árabe, África negra, centroeuropea, Europa del este, Sudamérica, Centroamérica, Norteamérica, Asia.
- Nivel económico: situación laboral en el momento, entrando en esta categoría la siguiente clasificación. Por un lado, mujer autónoma con trabajo actual, mujer asalariada, mujeres con derecho a paro/subsidio, mujeres sin recursos económicos. Si dispone o no de domicilio.
- Estado marital: en pareja conviviendo, en pareja sin convivir, múltiples parejas, relaciones esporádicas, sin relaciones sexoafectivas.
- Uso de drogas y frecuencia: alcoholismo, drogas fumadas, drogas vía parenteral. Uso eventual, uso continuado.
- Soporte social: aislamiento, pareja, amistad, familia.
- Nivel educativo: elemental, medio, superior, ninguno, desconocido.

4.1.2 Características sexuales y reproductivas.

De igual manera, las características sexuales y reproductivas las hemos elaborado en base a la literatura aportada.

- Número de embarazos: ninguno, de 1 a 3, más de 4.
- Edad de la primera relación sexual <15 años, >15 años.
- Orientación sexual: homosexual, heterosexual, bisexual.
Considerando en este caso que la bisexualidad engloba la pansexualidad.
- Número de parejas en el último mes, en los últimos 6 meses.

- Hábitos sexuales: sexo con protección siempre, a veces, nunca.
- Abusos sexuales en la infancia: si o no.

Los abusos sexuales en la infancia se asocian con tasas más elevadas de conductas de riesgo en la adultez.²⁵

4.1.3 Identificadores de Violencia de Género.

A la hora de elegir de forma objetiva los indicadores de VG, optamos por el uso de escalas y cuestionarios estandarizados. En este caso, el artículo de la Organización Mundial de la Salud que habla de los factores que están asociados con violencia conyugal reciente sobre la mujer²⁶, nos ha servido para extraer cuestiones sobre la violencia física y violencia sexual. Si bien algunos de los estudios realizados en otros países han utilizado exclusivamente estos cuestionarios para valorar la VG, dejando fuera la violencia psicológica, en nuestro trabajo hemos querido tenerla en cuenta ya que entra dentro del concepto de VG de la OMS²⁷ y porque queremos valorar si tiene implicaciones y consecuencias para las mujeres VIH positivas.

Con respecto a la frecuencia, hemos cambiado el método de Dunkle and colleagues²⁸ para mantener la coherencia con el cuestionario de la OMS donde se entiende que una única respuesta positiva a cualquiera de los items es un indicador directo de VG. Nos sujetamos de igual forma a la definición de la OMS a la hora de incluir como VG a aquella que ha sido llevada a cabo tanto por el marido, la pareja, amigos, personas del entorno, o desconocidos, teniendo por lo tanto en cuenta las situaciones que se producen tanto en la vida pública como en la vida privada.

Por otro lado, contemplamos también el realizar una valoración sobre el control de la relación y la dominación para concluir el nivel de desigualdad dentro de una relación. Para ello utilizaremos unas subescalas basadas en el artículo de Pulerwitz

²⁵ S. Maman et al. 2000. *The intersection of HIV and Violence: directions for future research and interventions.*

²⁶ Abramsky et al. (2011) *What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence.* BMC Public Health

²⁷ Concepto de Violencia de Género. Recuperado de: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

²⁸ Dunke KL et al, (2004) *Gender-based violence, relationship power and risk of VIH infection.*

(2000)²⁹, donde hace una síntesis de las Escalas de Poder en las relaciones sexuales.

4.1.3.1 Variables:

- Subescalas de dominación y control dentro de la relación.

Se realizan preguntas sobre los comportamientos y las actitudes de la pareja respecto al uso del condón. “Si yo le pidiera a mi pareja que usara un condón, él se pondría furioso” con respuestas que van del 1 al 4, siendo 1 “muy de acuerdo”, 2 “de acuerdo”, 3 “en desacuerdo”, 4 “muy en desacuerdo”. Otras pre-

guntas están enfocadas a valorar el control que ejerce la pareja: “mi pareja no me deja usar cierto tipo de ropa”, “mi pareja tiene más peso que yo en las decisiones importantes que nos afectan” o “mi pareja me dice con quién puedo pasar mi tiempo”.

La segunda subescala consta de 4 preguntas que están enfocadas de manera específica a valorar la dominancia en la toma de decisiones, preguntando quién tiene habitualmente más peso para elegir los amigos con los que salen, tener sexo, la frecuencia con la que se ven o qué tipo de planes hacen juntos.

- Violencia ejercida por el cónyuge o la pareja, amigo, conocido, familiar o desconocido.
- Violencia física: si ha sido abofeteada o le han lanzado algún objeto que pueda dolerle, si ha sido empujada, si ha sido golpeada con el puño o con algún objeto que pueda hacerle daño, si ha sido arrastrada, si ha sido ahogada o quemada. Si ha sido amenazada con un cuchillo, una pistola u otras armas, o las han usado contra ella.
- Violencia sexual: ha sido físicamente forzada a tener un encuentro sexual cuando ella no quería, ha tenido un encuentro sexual sin querer por miedo

Relationship Control Factor/Subscale

Each of the following items was scored on a 4-point Likert scale, where 1 = Strongly Agree, 2 = Agree, 3 = Disagree, and 4 = Strongly Disagree.

1. If I asked my partner to use a condom, he would get violent.**
2. If I asked my partner to use a condom, he would get angry.**
3. Most of the time, we do what my partner wants to do.
4. My partner won't let me wear certain things.
5. When my partner and I are together, I'm pretty quiet.
6. My partner has more say than I do about important decisions that affect us.
7. My partner tells me who I can spend time with.
8. If I asked my partner to use a condom, he would think I'm having sex with other people.**
9. I feel trapped or stuck in our relationship.
10. My partner does what he wants, even if I do not want him to.
11. I am more committed to our relationship than my partner is.
12. When my partner and I disagree, he gets his way most of the time.
13. My partner gets more out of our relationship than I do.
14. My partner always wants to know where I am.
15. My partner might be having sex with someone else.

Figura 3. Escala de control en una relación. Pulerwitz J, Gortmaker S, DeJong W. (2000) *Measuring Sexual Relationship Power in HIV/STD Research*

²⁹ Pulerwitz J, Gortmaker S, DeJong W. (2000) *Measuring Sexual Relationship Power in HIV/STD Research*

a lo que su pareja pudiera hacer, se ha visto forzada a realizar alguna práctica sexual que ella consideraba degradante o humillante.

Physical violence by an intimate partner:

- Was slapped or had something thrown at her that could hurt her
- Was pushed or shoved
- Was hit with fist or something else that could hurt
- Was kicked, dragged or beaten up
- Was choked or burnt on purpose
- Perpetrator threatened to use or actually used a gun, knife or weapon against her

Sexual violence by an intimate partner:

- Was physically forced to have sexual intercourse when she did not want to
- Had sexual intercourse when she did not want to because she was afraid of what partner might do
- Was forced to do something sexual that she found degrading or humiliating

Physical and/or sexual violence by an intimate partner:

- One or more of above acts of physical and/ or sexual violence

Figura 4. Valoración de violencia física y sexual. Dunke KL et al, *Gender-based violence, relationship power and risk of VIH infection.*

- Violencia psicológica:

Si ha sido insultada alguna vez o su pareja le ha hecho sentir mal respecto a si misma, si la ha menospreciado o humillado delante de otras personas, si ha hecho cosas para asustarla o intimidarla a propósito, si ha sido amenazada con hacerle daño a ella o a algo o alguien que aprecia o quiere.

Psychological violence

- Has he insulted you or made you feel bad about yourself?
- Has he belittled or humiliated you in front of other people?
- Has he done things to scare or intimidate you on purpose?
- Has he threatened to hurt you or someone you care about?

Figura 5. Violencia psicológica. Claudia Barros *Association between intimate partner violence against women and VIH infection.*

-Número de episodios de violencia de género: ninguno, uno sólo, más de uno.

4.1.4 Infección por VIH.

Respecto a la información a recoger sobre la infección por VIH, establecemos cinco parámetros básicos para tener una idea más o menos detallada de la situación. Preguntaríamos sobre la fecha del diagnóstico o seroconversión, si ha presentado a lo largo de su vida alguna infección oportunista, el tipo de tratamiento antirretroviral, el estadio de la enfermedad, y si ha presentado otras infecciones de transmisión sexual.

Vía de transmisión	<input type="radio"/> HS <input type="radio"/> HSH <input type="radio"/> ADVP <input type="radio"/> VERTI <input type="radio"/> TRANS <input type="radio"/> OTRAS
Orientación	<input type="radio"/> HS <input type="radio"/> HSH <input type="radio"/> BI
Preferencias	<input type="text" value="Mujer"/> <input type="text" value="Transexual H-M"/> <input type="text" value="Transexual M-H"/> <input type="text" value="Hombre"/> <input type="text"/>
Vía oral	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Vía anal receptivo	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Vía anal insertivo	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Vía genital	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Vía oral protección	<input type="radio"/> Siemp <input type="radio"/> A vec <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No ap
Vía anal protección	<input type="radio"/> Siemp <input type="radio"/> A vec <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No ap
Vía genital protección	<input type="radio"/> Siemp <input type="radio"/> A vec <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No ap
Pareja estable	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Tiempo con esa pareja	<input type="text"/>
Numero de parejas en los últimos 3 meses	<input type="text"/>
Numero de parejas en el último año	<input type="text"/>
Su pareja tiene relaciones con otras personas	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Ha pagado dinero o drogas a cambio de sexo	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Trabajador-a del sexo	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Utiliza drogas para relaciones sexuales	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Ha tenido otras ITS	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI

Figura 6. Formulario de consultas externas MIR2.(I). Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Los parámetros elegidos los hemos establecido en consonancia con los formularios que disponemos en la sección de VIH. Véase la imagen. Para la elaboración de los mismos, los médicos especialistas se han basado en la práctica clínica, en las guías de práctica clínica del grupo GESIDAD y en tratados de Medicina Interna tales como el Harrison o el manual 12 de Octubre.

Historia de infección por VIH	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Otros antecedentes médicos	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Tratamiento Crónico	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Figura 7. Formulario de consultas externas MIR2.(II). Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

4.1.5 Valoración de afectación psicológica.

Hemos utilizado la escala de Goldberg³⁰ para valorar el nivel de ansiedad/ depresión de las mujeres entrevistadas. Contiene 2 subescalas con nueve preguntas en cada una de ellas: subescala de ansiedad (preguntas 1–9) y subescala de depresión (preguntas 10–18). Estas escalas las hemos elegido por ser las utilizadas de manera más amplia en los estudios referidos en nuestra bibliografía.

Escala de EADG – (Escala de ansiedad – depresión)	Si/No
Subescala de ansiedad	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

≥ 4: Ansiedad probable

Figura 8. Subescala de ansiedad. Escalas de Goldberg. Goldberg, D. P.; Hillier, V. F.: A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9(1):139–45

1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN	

≥ 2: Depresión probable

Figura 9. Subescala de depresión. Escalas de Goldberg. Goldberg, D. P.; Hillier, V. F.: A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9(1):139–45

³⁰ Goldberg, D. P.; Hillier, V. F.: A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9(1):139–45

Los puntos de corte de ambas escalas se sitúan en 4 o más para la subescala de ansiedad y en 2 o más para la de depresión.

También se incluye en esta sección algunas preguntas para valorar el riesgo de suicidio, utilizando la escala mini de entrevista neuropsiquiátrica internacional de riesgo de suicidio³¹. En ella hay 6 preguntas, que otorgan una puntuación diferente a cada respuesta afirmativa. Las preguntas serían: En el último mes, si ha pensado que estaría mejor muerta o ha deseado estarlo (1 punto). Si ha querido hacerse daño (2 puntos). Si ha pensado en el suicidio (6 puntos). Si ha planeado como suicidarse (10 puntos). Si ha intentado suicidarse (10 puntos). Y a lo largo de su vida, si ha intentado suicidarse alguna vez (4 puntos). Sumando las respuestas a las 6 preguntas encontrarías, 1-5 puntos, un riesgo leve, de 5 a 9 puntos un riesgo moderado y más de 10, un riesgo elevado. El riesgo es lo que codificaríamos posteriormente como variable.

C. Riesgo de suicidio													
Durante este último mes:			Puntos:										
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO SÍ	1										
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO SÍ	2										
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO SÍ	6										
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO SÍ	10										
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO SÍ	10										
A lo largo de su vida:													
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO SÍ	4										
¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?													
SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO			<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>SÍ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">RIESGO DE SUICIDIO</td> </tr> <tr> <td>1-5 puntos</td> <td>Leve <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6-9 puntos</td> <td>Moderado <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>≥ 10 puntos</td> <td>Alto <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	NO	SÍ	RIESGO DE SUICIDIO		1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>	6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>	≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>
NO	SÍ												
RIESGO DE SUICIDIO													
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>												
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>												
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>												

Figura 10. Escala mini entrevista neuropsiquiátrica internacional de riesgo de suicidio. | Ferrando, I Bobes, J Gibert, M Soto, O Soto. Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (mini international neuropsychiatric interview, mini).

4.1.5.1 Variables de ansiedad: Sí, no.

4.1.5.2 Variables de depresión: Sí, no.

4.1.5.3 Variables de suicidio: Riesgo leve, moderado o elevado.

4.1.6 Estrategia de análisis:

La información será recogida, almacenada en una base de datos y analizada por medio de programas como el SPSS. Mediante programas estadísticos realizaremos un análisis descriptivo, examinando la prevalencia de VG en las pacientes VIH, y comparando posteriormente las variables independientes. Se utilizarán medidas de tendencia central (media y proporción) con su correspondiente dispersión (desviación estándar [DE] e intervalo de confianza del 95% [IC95%]) como parámetros de resumen. Para determinar la asociación entre variables se utilizaron métodos paramétricos y no paramétricos, según correspondiera.

Deberemos dividir las variables independientes: será por ejemplo, la edad, el estado civil, la raza, la características reproductivas y sexuales....

Las variables dependientes en nuestro estudio con mujeres seropositivas para VIH, sería la VG y los diferentes tipos de violencia por separado.

5. DISCUSIÓN

El estudio que hemos diseñado va a suponer la primera vez que se realiza al menos en la Región de Murcia, un estudio en el que se analice de manera directa la prevalencia de VG en mujeres VIH positivas. Estos datos van a contribuir a la literatura para enriquecer el conocimiento global entorno a VG y a colectivos específicos. De igual forma, analizaremos de manera específica y por subgrupos aquellas mujeres que pertenezcan a su vez a lo que hemos definido antes como poblaciones clave, que serían aquellas mujeres que ejercen el trabajo sexual, mujeres consumidoras de drogas de abuso, y mujeres transgénero ya que éstas últimas también están incluidas en el estudio, quedando fuera las personas transgénero que se consideren a sí mismas como hombres.

Los datos demográficos que hemos incluido nos ayudan a construir un marco en el que comprender mejor el contexto general de nuestras pacientes. A su vez, con las cuestiones como la situación económica, o la situación laboral, nos podemos hacer una idea de los recursos, y saber, por ejemplo, si no van a tomar un tratamiento pautado porque no tienen dinero para adquirirlo o si puede que no realicen el seguimiento porque no carecen de medios para desplazarse.

El estado civil, marital o de vínculos sexoafectivo, así como el soporte del que dispongan nos aporta información sobre el entorno social y los apoyos de los que dispone.

El uso de drogas, ya sean fumadas, inhaladas o inyectadas así como la frecuencia, constituye en sí mismo un factor de riesgo para la infección por VIH, y está vinculado tal y como hemos visto en la introducción con un riesgo mayor de sufrir violencia, constituyendo uno de los grupos de riesgo o poblaciones clave. A nivel de prevención, tener en cuenta estos factores y saber cuándo están presentes nos orienta hacia unas actuaciones u otras.

Por su parte, Jewkes (2010) incide en que las prácticas sexuales de riesgo, el tener múltiples parejas y no tener el control en los encuentros sexuales así como las prácticas sexuales frecuentes y un menor uso del preservativo se asocia a una mayor tasa de violencia. Hemos querido recoger los antecedentes sexuales así como las prácticas habituales, por un lado por estar descritos en la literatura como factores de riesgo para sufrir violencia, como por ser factores de riesgo a la hora de contraer la infección por el VIH y tener una influencia a la hora de contraer otras enfermedades de transmisión sexual que hay que tener presente en el seguimiento de nuestras pacientes.

En este mismo estudio, encontramos que un inicio en la sexualidad de manera precoz, antes de los 15 años ponía el estudio como límite, también constituía un factor de riesgo.

Respecto a la VG, buscamos también analizar la prevalencia por separado de cada uno de los subtipos de violencia así como si es llevada a cabo por una pareja íntima o no. Hemos incluido la valoración del poder dentro de relación con dos subescalas, basándonos de nuevo en Jewkes que describe que las mujeres que adquirieron el VIH en el estudio reportaban violencia con mayor frecuencia así como un nivel más elevado de desigualdad dentro de las relaciones que aquellas que fueron seronegativas. De igual forma, las mujeres que se encontraban en el último peldaño de dentro de las categorías de equidad dentro de la relación era significativamente más probable que hubieran experimentado uno o más episodios de violencia física o sexual. Nos gustaría aportar con esto información para entender como los roles de género y las desigualdades pueden ser conductores del VIH.

Nos parece importante con esto diferencial entre si la violencia sufrida ha sido por ejemplo de tipo sexual y esporádico, o si bien la violencia es física, continuada y por el cónyuge. La relevancia de estos datos para nosotras radica por ejemplo, en el tipo de atención a nivel médico que daríamos en un caso u otro, ya que, en el primero, realizaríamos por un cribado de enfermedades de transmisión sexual, y estaría indicada la profilaxis preexposición de VIH, además de una atención psicológica y la derivación al centro de atención a víctimas, y en el segundo caso, este cribado no se realizaría a menos que hubiese una sospecha de que la pareja tiene otras relaciones sexuales.

Lo que esperamos encontrar a la hora de obtener resultados es que la prevalencia de VG en nuestras pacientes seropositivas sea significativamente mayor a la de la población en general. De igual forma, es de esperar que, si analizamos de manera separada por subgrupos de riesgo, la prevalencia de VG sea aún mayor que en todo el colectivo en general. Nos gustaría comparar también los resultados con otros estudios realizados sobre prevalencia en mujeres seropositivas de otras regiones.

En lo referente a la información obtenida sobre la infección por VIH, es importante para nosotras saber el momento de la infección, y en el caso de saberlo o sospecharlo, cómo se ha podido producir el contagio.

El tratamiento antirretroviral, su discontinuidad o no, así como el haber debutado con enfermedades oportunistas nos da una idea, por un lado, a nivel médico, de las metas que podemos alcanzar con respecto al tratamiento, la afectación del sistema inmunológico y de la evolución de la enfermedad. A nivel social, queremos valorar la relación entre los tipos de tratamiento, las razones por las cuales se ha producido el cambio o la discontinuidad que haya habido a la hora de tomar el tratamiento con el resto de factores que analizamos (epidemiológicos, violencia...).

Por último, realizar una valoración psicológica, del estado de ansiedad o depresión de nuestras pacientes así como de las ideas autolíticas, que conforman indicadores contemplados por la OMS de situaciones de violencia y pueden constituir en sí mismas razones por las cuales las pacientes no realicen un correcto seguimiento, no cumplan con la adherencia al tratamiento, o las predispongamos a otras situaciones de riesgo como el consumo de drogas, el sexo sin protección y a las enfermedades de transmisión sexual.

Con todos estos datos nos gustaría elaborar un informe sobre las necesidades de las pacientes a las que realizamos el seguimiento en las consultas y elaborar desde este conocimiento programas de prevención, y en especial de prevención terciaria.

Siguiendo a Andersson et al. (2008) “el pilar de la prevención terciaria es fomentar la adherencia a la medicación contra el VIH entre las víctimas de VG con SIDA, la recuperación del trauma de la experiencia y las barreras para una mayor transmisión.”

En nuestro caso, la prevención secundaria también cobraría relevancia, estando enfocada a mujeres que ya tienen factores de riesgo, o que son supervivientes de situaciones de violencia, con las cuales podríamos realizar intervenciones para ayudar a reducir el efecto de la VG en los riesgos que pueden acarrear a posteriori en la evolución de la infección por el VIH.

5. CONCLUSIONES

Para finalizar, el trabajo propuesto nos va a ayudar a tener una idea más global y a la vez concreta de las situaciones a las que están expuestas o han estado expuestas en su día a día las mujeres que acuden a nuestra consulta, a comprender mejor los diferentes contextos sociales de las personas que están en seguimiento, a ver las interrelaciones entre los factores de riesgo, la violencia de género y la infección por VIH, así como las consecuencias que estas relaciones van a tener en el seguimiento, la evolución, la adherencia al tratamiento y en general en el transcurso de la enfermedad. Con ello esperamos ser capaces de generar herramientas que nos ayuden tanto a prevenir dichas situaciones en un futuro como a aportar los recursos necesarios para paliar los efectos negativos de los diferentes riesgos, contextos y realidades sufridas por las mujeres seropositivas.

De manera más específica, las conclusiones que hemos alcanzado con nuestro trabajo son:

1. La definición de VG que se utiliza en los estudios debería adecuarse a los estándares de la OMS o gubernamentales.
2. Muchos de los estudios hasta la fecha que asocian violencia y VIH no lo hacen de manera específica, no siendo valorada la violencia en función del género.
3. Nos falta un marco de literatura específico de VG y VIH, con estudios prospectivos de alta calidad.
4. Existe una estrecha vinculación entre la VG y la infección por el VIH. Si bien esta relación no es explícitamente causal, la VG supone un factor de riesgo para la infección por VIH y viceversa.
5. La relación comentada anteriormente es compleja y multifactorial, quedándose la literatura hasta ahora publicada escasa para comprenderla por lo que es necesario continuar investigando para esclarecer dicho vínculo.
6. Las pacientes con infección por VIH tienen un riesgo aumentado de sufrir VG.
7. Las mujeres en situación de violencia tienen más riesgo de sufrir otras ITS, de no realizar el seguimiento de manera correcta o de fracaso terapéutico por mala adherencia.
8. A la hora de diseñar un estudio de prevalencia de VG en mujeres seropositivas hay que tener en cuenta: factores epidemiológicos, factores psicológicos, factores médicos e indicadores de VG.

9. Es indispensable la elaboración de estudios que recojan la prevalencia y los factores de riesgo de las pacientes VIH para poder sustentar los proyectos futuros.
10. Son necesarios estudios prospectivos que esclarezcan la relación entre VG y VIH.
11. La atención a pacientes VIH en tema VG es escaso, sin disponer de protocolos que sustenten actuaciones.
12. Habría que realizar una labor de sensibilización en VG de los sanitarios que atienden a pacientes seropositivas dada la relación existente y la importancia que implícita.
13. Sería conveniente añadir en la entrevista clínica todos aquellos factores de riesgo que se asocien a VG en el seguimiento de las pacientes con VIH, de cara a detectar y prevenir posibles situaciones de violencia que puedan estar afectando al seguimiento o a la evolución de la enfermedad.
14. Ahondar en la historia de las pacientes y en su contexto nos puede ayudar a comprender situaciones que afectan al manejo de la enfermedad, como es la adherencia al tratamiento.
15. En el seguimiento de las mujeres VIH positivas deberían incluirse preguntas directas e indicadores de violencia para la detección de VG.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abramsky, T., Devries, K. M., Kiss, L., Ellsberg, M., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Jansen, H. A., & Heise, L. (2018). *What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence Child Domestic Workers in Southeast Asia and LMICs View project STEAM-Study on Trafficking, Exploitation and Abuse in the sub-Mekong Region View project What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/109>
- Andersson, N., Cockcroft, A., & Shea, B. (n.d.). *Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyperendemic countries of southern Africa*. <https://journals.lww.com/aidsonline>
- Barros, C., Schraiber, L. B., & França-Junior, I. (2011). Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 365–372. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000008>
- Ceccon, R. F., Meneghel, S. N., & Hirakata, V. N. (2014). Women with HIV: Gender violence and suicidal ideation. *Revista de Saude Publica*, 48(5), 758–765. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005228>
- Chan, M. C. H. F. Y. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*
- Decker, M. R., Seage, G. R., Hemenway, D., Raj, A., Saggurti, N., Balaiah, D., & Silverman, J. G. (2009). Intimate Partner Violence Functions as Both a Risk Marker and Risk Factor for Women's HIV Infection: Findings From Indian Husband-Wife Dyads. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51(5), 593–600. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181a255d6>
- Deering, K. N., Amin, A., Shoveller, J., Nesbitt, A., Garcia-Moreno, C., Duff, P., Argento, E., & Shannon, K. (2014). A Systematic Review of the Correlates of Violence Against Sex Workers. *American Journal of Public Health*, 104(5), e42–e54. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301909>
- El-Bassel, N., Terlikbaeva, A., & Pinkham, S. (2010). HIV and women who use drugs: double neglect, double risk. *The Lancet*, 376(9738), 312–314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61026-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61026-4)

- Fonck, K., Els, L., Kidula, N., Ndinya-Achola, J., & Temmerman, M. (2005). Increased Risk of HIV in Women Experiencing Physical Partner Violence in Nairobi, Kenya. *AIDS and Behavior*, 9(3), 335–339. <https://doi.org/10.1007/s10461-005-9007-0>
- França, I., Li, J., & Schraiber, L. B. (2011). Association between intimate partner violence against women and HIV infection. In *Rev Saúde Pública* (Vol. 45, Issue 2). www.scielo.br/rsp
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (n.d.). Articles Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. In *www.thelancet.com*. www.thelancet.com
- Gielen, A. C., O'Campo, P., Faden, R. R., & Eke, A. (1997). Women's disclosure of HIV status: Experiences of mistreatment and violence in an urban setting. *Women and Health*, 25(3), 19–31. https://doi.org/10.1300/J013v25n03_02
- Gupta, R. N., Wyatt, G. E., Swaminathan, S., Rewari, B. B., Locke, T. F., Ranganath, V., Sumner, L. A., & Liu, H. (2008). Correlates of relationship, psychological, and sexual behavioral factors for HIV risk among Indian women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 256–265. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.3.256>
- Greenwood, G. L., Relf, M. v., Huang, B., Pollack, L. M., Canchola, J. A., & Catania, J. A. (2002). Battering Victimization Among a Probability-Based Sample of Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Public Health*, 92(12), 1964–1969. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.12.1964>
- Greig, A., Peacock, D., Jewkes, R., & Msimang, S. (2008). Gender and AIDS: time to act. *AIDS (London, England)*, 22 Suppl 2. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327435.28538.18>
- Grupo de estudio del SIDA. SEIMC. <http://gesida-seimc.org/>
- Gruskin, S., Safreed-Harmon, K., Moore, C. L., Steiner, R. J., & Dworkin, S. L. (2014). HIV and gender-based violence: Welcome policies and programmes, but is the research keeping up? In *Reproductive Health Matters* (Vol. 22, Issue 44, pp. 174–184). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)44810-9](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)44810-9)
- Herrera C, C. L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Publica Mex* 2002;44:554-564.

- Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., & Shai, N. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Www.TheLancet.Com*, 376, 41–48.
<https://doi.org/10.1016/S0140>
- Jiwatram-Negrón, T., El-Bassel, N., Primbetova, S., & Terlikbayeva, A. (2018). Gender-Based Violence Among HIV-Positive Women in Kazakhstan: Prevalence, Types, and Associated Risk and Protective Factors. *Violence Against Women*, 24(13), 1570–1590. <https://doi.org/10.1177/1077801217741218>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2010. (n.d.). *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion paper.*
- Jones, Beach, Forehand, & Family Health Project Research Group. (2003). Partner abuse and HIV infection: Implications for psychosocial adjustment in African American women. *Journal of Family Violence*, 18(5), 257–268.
<https://doi.org/10.1023/A:1025192626681>
- Kulkarni D, Venkatesh D, Mythili R, Vinod K, Kumar A et al. (2009). Gender based-violence- and important factor influencing high risk sexual behavior among transgender in Bangalore City, India.
- Kouyoumdjian, F. G., Findlay, N., Schwandt, M., & Calzavara, L. M. (2013). A systematic review of the relationships between intimate partner violence and HIV/AIDS. *PLoS ONE*, 8(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081044>
- Krüsi, A., Ranville, F., Gurney, L., Lyons, T., Shoveller, J., & Shannon, K. (2018). Positive sexuality: HIV disclosure, gender, violence and the law—A qualitative study. *PLoS ONE*, 13(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202776>
- Leddy, A. M., Weiss, E., Yam, E., & Pulerwitz, J. (2019). Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: A scoping review. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7192-4>
- Lewis, I., Maruia, B., & Walker, S. (2008). Violence against women in Papua New Guinea. *Journal of Family Studies*, 14(2–3), 183–197.
<https://doi.org/10.5172/jfs.327.14.2-3.183>
- Machtiger, E. L., Wilson, T. C., Haberer, J. E., & Weiss, D. S. (2012). Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: A meta-analysis. In *AIDS and Behavior* (Vol. 16, Issue 8, pp. 2091–2100). <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0127-4>

Maman, S., Campbell, J., Sweat, M. D., & Gielen, A. C. (n.d.). *The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions.*

www.elsevier.com/locate/socscimed

Newcomb, M. D., & Carmona, J. V. (2004). Adult Trauma and HIV Status Among Latinas: Effects Upon Psychological Adjustment and Substance Use. *AIDS and Behavior*, 8(4), 417–428. <https://doi.org/10.1007/s10461-004-7326-1>

Pulerwitz, J., Gortmaker, S. L., & DeJong, W. (2000). Measuring Sexual Relationship Power in HIV/STD Research. *Sex Roles*, 42(7/8), 637–660.
<https://doi.org/10.1023/A:1007051506972>

Richard L. North, J. D. , R. K. J. D. (n.d.). *Partner notification and the threat of domestic violence 1993.*

Rothenberg, K. H., Paskey, S. J., Reuland, M. M., Zimmerman, S. I., & North, R. L. (n.d.). *Domestic Violence and Partner Notification: Implications for Treatment and Counseling of Women with HIV.*

Sareen, J., Pagura, J., & Grant, B. (2009). Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? *General Hospital Psychiatry*, 31(3), 274–278. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.02.004>

Wirtz, A. L., Poteat, T. C., Malik, M., & Glass, N. (2020). Gender-Based Violence Against Transgender People in the United States: A Call for Research and Programming. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(2), 227–241.
<https://doi.org/10.1177/1524838018757749>

7. ANEXOS

7.1 Anexo 1.

Cuestionario.

Cuestiones sociodemográficas.

1. Edad:

- < 25 años.
- De 26 a 35 años.
- De 36 a 45 años
- De 46 a 55 años.
- > de 55 años.

2. Género

- Mujer cis
- Mujer trans

3. Origen étnico:

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| África arábica | <input type="checkbox"/> | Sudamérica | <input type="checkbox"/> |
| África negra | <input type="checkbox"/> | Centro américa | <input type="checkbox"/> |
| Europa del este | <input type="checkbox"/> | Norteamérica | <input type="checkbox"/> |
| Centroeuropa | <input type="checkbox"/> | Asia | <input type="checkbox"/> |

4. Situación laboral:

- Autónoma con trabajo actual
- Asalariada
- En paro o beneficiaria de subsidio
- Sin recursos económicos

5. Estado civil/marital:

- En pareja conviviendo
- En pareja sin convivir
- Múltiples parejas
- Relaciones esporádicas
- Sin relaciones sexoafectivas

6. Uso de drogas:

- Alcohol
- Drogas fumadas/inhaladas
- Drogas vía parenteral
- Uso habitual
- Uso continuado

7. Soporte social:

- Aislamiento
- Pareja
- Familia
- Uso habitual

8. Nivel socioeconómico:

- Con domicilio
- Sin domicilio

9. Nivel educativo:

- Elemental
- Medio
- Superior
- Ninguno
- Desconocido

Cuestiones sexuales y reproductivas.

10. Número de embarazos:

- Ninguno
- De 1 a 3
- Más de 4

11. Edad de la primera relación sexual:

- <15 años
- < 15 años

12. Orientación sexual:

- Homosexual

Heterosexual

Bisexual

13. Hábitos sexuales:

Sexo con protección siempre

Sexo protegido solo a veces

Nunca sexo con protección

14. Número de parejas en el último mes:

15. Número de parejas en los últimos seis meses:

16. Abusos sexuales en la infancia:

Sí

No

Identificadores de violencia de género.

17. ¿Hay desigualdad dentro de la relación?

Sí

No

18. ¿Ha sido abofeteada o le han lanzado algún objeto que pueda dolerle?

Sí

No

19. ¿Ha sido empujada?

Sí

No

20. ¿Ha sido golpeada con el puño o con algún objeto que pueda hacerle daño?

Sí

No

21. ¿Ha sido arrastrada?

Sí

No

22. ¿Ha sido ahogada o quemada?

- Sí
No

23. ¿Ha sido amenazada con un cuchillo, una pistola u otras armas, o las han usado contra ella?

- Sí
No

24. De las preguntas 17 a 22, ¿quién ha ejercido violencia?

- El cónyuge o la pareja
Amigo
Conocido
Familiar
Desconocido

25. ¿Ha sido físicamente forzada a tener un encuentro sexual cuando ella no quería?

- Sí
No

26. ¿Ha tenido un encuentro sexual sin querer por miedo a lo que su pareja pudiera hacer?

- Sí
No

27. ¿Se ha visto forzada a realizar alguna práctica sexual que ella consideraba degradante o humillante?

- Sí
No

28. De las preguntas 24 a 26, ¿quién ha ejercido violencia?

- El cónyuge o la pareja
Amigo
Conocido
Familiar
Desconocido

29. ¿Ha sido insultada alguna vez o su pareja le ha hecho sentir mal respecto a si misma?

- Sí
-

No

30. ¿La ha menospreciado o humillado delante de otras personas?

Sí

No

31. ¿Ha hecho cosas para asustarla o intimidarla a propósito?

Sí

No

32. ¿Ha sido amenazada con hacerle daño a ella o a algo o alguien que aprecia o quiere?

Sí

No

33. De las preguntas 28 a 31, ¿quién ha ejercido violencia?

El cónyuge o la pareja

Amigo

Conocido

Familiar

Desconocido

34. Número de episodios de violencia de género:

Ninguno

Uno sólo

Más de uno

INFORMACIÓN SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

35. Fecha del diagnóstico

36. Infecciones oportunistas

37. Tratamiento antirretroviral

38. Estadio de la enfermedad

39. Otras enfermedades de transmisión sexual

Valoración psicológica.

40. ¿Se ha sentido muy excitada, nerviosa o en tensión?

Sí

No

41. ¿Ha estado muy preocupada por algo?

Sí

No

42. ¿Se ha sentido muy irritable?

Sí

No

43. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Sí

No

44. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

Sí

No

45. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?

Sí

No

46. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores o diarrea?

Sí

No

47. ¿Ha estado preocupado por su salud?

Sí

No

48. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño o para quedarse dormido?

Sí

No

49. ¿Se ha sentido con poca energía?

Sí

No

50. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?

Sí

No

51. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

Sí

No

52. ¿Se ha sentido usted desesperanzado?

Sí

No

53. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

Sí

No

54. ¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?

Sí

No

55. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

Sí

No

56. ¿Se ha sentido usted enlentecido?

Sí

No

57. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Sí

No

58. En el último mes, ¿ha pensado que estaría mejor muerta o ha deseado estarlo?

Sí

No

59. ¿Ha querido hacerse daño?

Sí

No

60. ¿Ha pensado en el suicidio?

Sí

No

61. ¿Ha planeado como suicidarse?

Sí

No

62. Y a lo largo de su vida, ¿ha intentado suicidarse alguna vez?

Sí

No

Anexo 2

Factor de control de relación / subescala

Cada uno de los siguientes elementos se puntuó en una escala Likert de 4 puntos, donde

1 Muy de acuerdo, 2 De acuerdo, 3 En desacuerdo, and 4 Muy en desacuerdo.

1. Si yo le pidiera a mi pareja que usara un condón, él se pondría violento.
2. Si yo le pidiera a mi pareja que usara un condón, él se pondría furioso.
3. La mayor parte del tiempo hacemos lo que mi pareja quiere hacer.
4. Si yo le pidiera a mi pareja que usara un condón, él pensaría que yo estoy teniendo sexo con otras personas.
5. Cuando mi pareja y yo estamos juntos, yo suelo estar más bien callada.
6. Mi pareja hace lo que él quiere, aun si yo no quiero que lo haga.
7. Me siento atrapada o encerrada en nuestra relación.
8. Mi pareja no me deja usar cierto tipo de ropa.
9. Mi pareja tiene más peso que yo en las decisiones importantes que nos afectan.
10. Cuando mi pareja y yo estamos en desacuerdo, él casi siempre sale con la suya.
11. Yo estoy más dedicada a la relación que mi pareja.
12. Mi pareja podría estar teniendo sexo con alguien más.
13. Mi pareja me dice con quién puedo pasar mi tiempo.
14. En general, mi pareja beneficia más o saca más de la relación que yo.
15. Mi pareja siempre quiere saber dónde estoy.

Factor / subescala de dominancia en la toma de decisiones

Cada uno de los siguientes elementos se puntuó de la siguiente manera:

1 Su pareja, 2 Ambos por igual, and 3 Usted.

16. Quién tiene usualmente mayor peso acerca de con cuáles amigos salir?

17. Quién tiene usualmente mayor peso acerca de si tener sexo juntos?

18. Quién tiene usualmente mayor peso acerca de que´ hacen ustedes juntos?

19. Quién tiene usualmente mayor peso acerca de con qué frecuencia se ven?

20. Quién tiene usualmente mayor peso acerca de cuándo hablar de cosas serias?
 21. En general, quién cree usted que tiene más poder en su relación?
 22. Quién tiene usualmente mayor peso acerca de cuándo usar condones juntos?
 23. Quién tiene usualmente mayor peso acerca de qué tipo de actos sexuales hacer juntos?
-