

¿Cuál es el impacto de vivir con VIH en la salud mental de las mujeres?

Observaciones de una consulta global

Luisa Orza^{*.1,2}, Susan Bewley^{*.3}, Carmen H Logie^{*.4}, Elizabeth Tyler Crone⁵, Svetlana Moroz⁶, Sophie Strachan⁷, Marijo Vazquez^{1,2} y Alice Welbourn^{8,*.2}

§ **Autora de contacto:** Alice Welbourn, Salamander Trust, c/o Positively UK, 345 City Road, London EC1V 1LR, UK. Tel: 44 203 289 7398. (alice@salamandertrust.net)

* Todas estas autoras contribuyeron equitativamente a este trabajo.

Resumen

Introducción: Las mujeres que viven con VIH experimentan una carga desproporcionada de problemas de salud mental. Hasta la fecha, las directrices mundiales no incluyen suficientes recomendaciones sobre el apoyo a la salud mental, en especial en lo que se refiere al cuidado perinatal. El objetivo de este artículo es el de describir el alcance y el impacto de los problemas de salud mental que experimentan las mujeres con VIH sobre su salud sexual y reproductiva y sus derechos humanos (SSR&DDHH).

Métodos: Se llevó a cabo una consulta global, con metodología mixta, liderada y diseñada por las usuarias sobre SSR&DDHH de las mujeres viviendo con VIH utilizando un muestreo de bola de nieve que contenía una sección opcional en la que se exploraron aspectos de salud mental. El análisis estadístico de datos incluyó valores descriptivos y análisis de regresión multilinear para las respuestas sobre salud mental. Se llevó a cabo un análisis temático de respuestas abiertas de texto libre para los datos cualitativos.

Resultados: Un total de 832 encuestadas procedentes de 94 países respondieron a la encuesta en línea, 489 de las cuales respondieron a la sección opcional sobre salud mental. De todas las respuestas, el 82% informó de síntomas de depresión y un 78%, rechazo. Una quinta parte de ellas afirmaron tener problemas de salud mental antes del diagnóstico de VIH. Las encuestadas informaron haber sufrido un número 3,5 veces más elevado de problemas de salud mental tras el diagnóstico (8,71 vs 2,48, $t[488]=23,00$, $p<0,001$). Casi la mitad ($n=224$; 45,8%) reportaron múltiples identidades socialmente desfavorecidas (ISD). El número de ISD se correlacionó positivamente con los problemas de salud mental ($p<0,05$). Las mujeres describieron que los problemas de salud mental influyeron en su capacidad para disfrutar de su derecho a la salud sexual y reproductiva y el acceso a servicios. Entre estos problemas destacan la depresión, el rechazo y la exclusión social, problemas de sueño, estigma intersectorial, problemas de relaciones sexuales e íntimas, abuso de sustancias y riesgo sexual, barreras a la salud reproductiva y vulneraciones de los derechos humanos (DDHH).

Las encuestadas recomendaron a creadores de políticas y profesionales de la práctica clínica que ofrezcan apoyo y asesoramiento psicológico, y que financien el apoyo entre pares y las intervenciones encaminadas a cuestionar la violencia de género y promocionar los DDHH.

Conclusiones: Son necesarias intervenciones que aborden los estigmas intersectoriales y otros impactos específicos del diagnóstico durante el embarazo para garantizar la SSR&DDHH de las mujeres. Las directrices políticas mundiales relativas a las mujeres que viven con VIH deben incorporar aspectos de salud mental.

Palabras clave: VIH, mujeres, derechos humanos, violencia de género, salud mental, valores y preferencias, consulta, violencia de parte de la pareja, base de evidencia.

Recibido el 8 de mayo de 2015; **revisado** el 5 de octubre de 2015; **aceptado** el 20 de octubre de 2015; **publicado** el 1 de diciembre de 2015

Copyright: © 2015 Orza L et al; con licencia de International AIDS Society. Este es un artículo de Acceso abierto distribuido bajo condiciones de Creative Commons Attribution 3.0 Unported (CC BY 3.0) Licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>), que autoriza el uso, distribución y reproducción no restringidos en cualquier medio siempre que se cite adecuadamente su procedencia.

Introducción

Entre un 50 y un 55% [1,2] de las personas adultas que viven con VIH en el mundo son mujeres. La salud mental es primordial para el bienestar [3 5], y sin embargo, a pesar de que se han citado en PubMed casi 800 artículos revisados por pares sobre salud mental en mujeres con VIH [6], es un tema que suele estar ausente [7] o insuficientemente abordado [8-12] en las directrices políticas mundiales.

Igual que ocurre con las mujeres en general, las que tienen VIH experimentan los efectos de la salud mental en la violencia de género (VBG) [13], su salud sexual y reproductiva y sus derechos humanos (SSR&DDHH) [8], así como en su capacidad para acceder y mantenerse en los servicios de salud y el tratamiento cuando lo necesitan [14,15]. Estos temas intersectoriales no están abordados de manera integral en ninguna otra guía de directrices. Dado que los síntomas psiquiátricos, en especial la depresión, y las vulnerabilidades de salud mental (por ej., habilidades de adaptación inadecuadas) están muy extendidos entre las mujeres con VIH embarazadas [16], resulta especialmente preocupante que la salud mental no forme parte de las directrices mundiales de transmisión perinatal [7]. Incluso las propias mujeres que viven con VIH, que han reconocido hace mucho tiempo que el VIH tiene sobre ellas efectos muy diferentes, recíprocos y de género [17], apenas han abordado el tema.

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) encargó una consulta mundial, liderada y diseñada por las usuarias, sobre “valores y preferencias” con el objeto de permitir a los creadores de políticas el abordaje de la SSR&DDHH de las mujeres con VIH como parte de su proceso de actualización de sus directrices [18]. El objeto de este artículo es el de describir el alcance y el impacto de los problemas de salud mental que experimentan las mujeres con VIH en su SSR&DDHH.

Métodos

Consulta comunitaria

En un ejercicio previo a la consulta liderado por un grupo global de referencia (GGR) se identificó la salud mental como un tema clave. Se desarrolló un cuestionario que fue validado en inglés por las 14 miembros del GGR con retroalimentación iterativa.

Encuesta

La investigación consistió en la implementación de una encuesta global de la OMS sobre valores y preferencias encaminada a comprender el acceso a los servicios y los temas prioritarios de las mujeres viviendo con VIH. Se distribuyó el cuestionario en siete idiomas y se hizo la traducción de nuevo al inglés cuando fue necesario. Todas las secciones incluían respuestas abiertas [19]. Una sección opcional (de ocho; Tabla 1) exploró los aspectos de salud mental utilizando términos habituales de fácil comprensión en lugar de instrumentos formales para explorar cuándo habían experimentado estos problemas las encuestadas en relación a su diagnóstico de VIH [19]. Las opciones de respuesta no eran exclusivas. También se pidió a las mujeres que describieran de manera libre cómo afectaron esos desórdenes a su SSR&DDHH, y

cómo pensaban que se podría dar mejor apoyo a las mujeres con VIH para que pudieran adaptarse o superarlos.

Participantes

La población de estudio de la encuesta incluyó mujeres viviendo con VIH de todo el mundo. El proceso se extendió de febrero a junio de 2014, en un modelo no aleatorio de bola de nivel desarrollado por ATHENA Network [20], publicitado y promocionado a través de las listas de correos regionales y globales de las redes de mujeres viviendo con VIH y de clínicas.

Consentimiento

La encuesta anónima y confidencial en línea comenzaba con una explicación de los objetivos y propósito del cuestionario, incluyendo una vista general de la estructura y las áreas de preguntas, así como definiciones de SSR&DDHH [19]. Las encuestadas encontraban el siguiente mensaje: “Entiendo que al participar en esta encuesta doy mi consentimiento a que mis respuestas se utilicen en estas publicaciones. Por favor haga click para mostrar su acuerdo y poder continuar”. Las encuestadas que no hicieron click en “Acepto” no podían continuar y sus respuestas no se tomaron en cuenta. La participación fue considerada como consentimiento implícito. En el caso de los grupos focales presenciales, las participantes dieron consentimiento explícito escrito o verbal antes de dar paso al debate. Se informó a las encuestadas que podía optar por abandonar el proceso en cualquier momento, o no contestar a una pregunta determinada.

Tabla 1. Difusión del contenido y el lenguaje de la encuesta en línea sobre valores y preferencias para actualizar las directrices de la OMS sobre SSR&DDHH

A. Sección obligatoria, incluyendo experiencia de acceso a los servicios y temas prioritarios

B. Ocho temas en la sección opcional

- . 1 Vida sexual saludable
 - . 2 Embarazo y fertilidad
 - . 3 Violencia contra las mujeres viviendo con VIH
 - . 4 Problemas de salud mental
 - . 5 Mujeres con VIH en toda nuestra diversidad
 - . 6 Pubertad, problemas menstruales y menopausia
 - . 7 VIH, tratamiento y efectos secundarios
 - . 8 Problemas financieros que afectan al acceso a los servicios
-

La encuesta en línea fue distribuida en inglés, francés, español, ruso, portugués, bahasa indonesio y chino. SSR&DDHH, salud sexual y reproductiva y derechos humanos.

Consideraciones éticas

Tras hablar con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS y miembros del Comité de Revisión de las Directrices, no se buscó la aprobación del comité institucional de revisión para esta consulta dado que éste era un elemento consultivo del proceso de desarrollo de las directrices. Se adoptaron consideraciones éticas en línea con las *Recomendaciones Éticas y de Seguridad de la OMS de 2001 para la Investigación sobre Violencia Doméstica contra las Mujeres* y las directrices de 2004 de la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/sida sobre la participación de las mujeres con VIH en estudios de investigación [21,22].

Recogida de datos y análisis

Los datos cualitativos y cuantitativos analizados provienen de la encuesta en línea. Se realizaron análisis descriptivos para determinar las frecuencias, valores medios y desviaciones estándar de las variables. Cuando las respuestas no fueron exclusivas, las frecuencias se derivaron a partir del número de encuestadas que nunca habían experimentado los problemas o que respondieron “No sé”.

Se llevaron a cabo correlaciones bivariadas, pruebas *t* y análisis chi cuadrado para valorar las asociaciones entre problemas de salud mental, variables sociodemográficas e identidades sociales. Para examinar la relación entre identidades socialmente desfavorecidas (ISD) y problemas de salud mental de las encuestadas se creó una variable denominada *índice de identidad social* que sumaba categorías identitarias a las que se adscribían las participantes (Tabla 2). Dos identidades (heterosexual y casada o en relación estable) fueron consideradas no socialmente desfavorecidas y por tanto fueron excluidas del análisis de ISD. Se realizó un análisis de múltiple regresión para investigar las asociaciones entre variables sociodemográficas, ISD y problemas de salud mental experimentados antes y después (desde o a causa) del diagnóstico de VIH.

Se elaboró un índice de resultados de salud mental añadiendo los problemas mencionados por las encuestadas. Las opciones “desde” y “a causa de” mi diagnóstico se combinaron en una variable para indicar la aparición de problemas de salud mental a partir del diagnóstico de VIH. Cuando las encuestadas informaron haber sufrido estos problemas tanto antes como después de contraer el VIH se categorizaron como problemas de salud mental “persistentes”.

Dos investigadoras de ciencia social (LO, CL) [23] llevaron a cabo el análisis temático de las respuestas abiertas. Se leyeron las transcripciones varias veces y las investigadoras tomaron nota de los pensamientos e ideas iniciales en los datos; se desarrollaron a continuación códigos de primer nivel poniendo de relieve las citas relevantes sobre áreas de interés clave (por ej., depresión). Se cotejaron los códigos con las series de datos con el fin de producir temas que pusieran de manifiesto experiencias similares entre las encuestadas (por ej., estigma y salud mental) y luego se estructuraron en un mapa temático (por ej., la convergencia del estigma y la salud mental comprometen la salud sexual y reproductiva (SSR)) y se definieron (por ej., se crearon recomendaciones para apoyar la salud mental de las mujeres viviendo con VIH en los niveles micro, meso y macro).

Tabla 2. Información demográfica de las encuestadas

Variables	Muestra válida (<i>n</i> =766)	Con respuesta(s) en la sección de salud mental (<i>n</i> =489)	Sin respuesta(s) en la sección de salud mental (<i>n</i> =278)	Pruebas de diferencia
Edad				
15 a 24	162 (21,4%)	95 (19,4%)	67 (24,1%)	
25 a 34	211 (37,6%)	173 (35,4%)	115 (41,4%)	
35 a 44	150 (27,5%)	150 (30,7%)	62 (22,3%)	
45 a 54	97 (12,7%)	66 (13,5%)	31 (11,2%)	
55 a 64	8 (1%)	5 (1%)	3 (1,1%)	
Media de edad (SD)	32,98 (9,61)	33,64 (0,43)	31,81 (0,58)	<i>t</i> =2,55*
Idioma de las encuestadas				

Inglés	385 (50,3%)	258 (52,8%)	127 (45,7%)	$\chi^2 = 20,92^{**}$
Indonesio	19 (2,5%)	11 (2,2%)	8 (2,9%)	NS
Chino	44 (5,7%)	16 (3,3%)	28 (10,1%)	NS
Portugués	20 (2,6%)	11 (2,2%)	10 (3,6%)	NS
Francés	36 (4,7%)	22 (4,5%)	14 (5,0%)	NS
Español	86 (11,2%)	63 (12,9%)	23 (8,3%)	NS
Ruso	176 (23,0%)	108 (22,1%)	68 (24,5)	NS
Índice de identidad social.				
Trabajo o he trabajado en sexo comercial.	101 (13,2%)	66 (13,5%)	35 (12,6%)	NS
Uso o he usado drogas inyectables.	136 (17,7%)	102 (20,9%)	34 (12,2)	$\chi^2 = 8,92^{**}$
Mi(s) pareja(s) sexual(es) usan o han usado drogas inyectables.	164 (21,4%)	107 (21,9%)	57 (20,5%)	NS
Estoy en un programa de sustitución de opioides.	26 (3,4%)	20 (4,1%)	6 (2,2%)	NS
Estoy/he estado en prisión.	50 (6,5%)	35 (7,2%)	15 (5,4%)	NS
Estoy/he estado en un centro de detención.	52 (6,8%)	32 (6,5%)	20 (7,2%)	NS
Tengo una o más discapacidad(es).	101 (13,2%)	77 (15,7%)	24 (8,6%)	$\chi^2 = 7,75^{**}$
Tengo o he tenido TB activa.	99 (12,9%)	69 (14,1%)	30 (10,8%)	NS
Tengo o he tenido hepatitis C.	157 (20,5%)	107 (21,9%)	50 (18,0%)	NS
Tengo o he tenido malaria.	119 (15,5%)	96 (19,6%)	23 (8,3%)	$\chi^2 = 17,30^{***}$
He migrado a otro país por razones económicas.	59 (7,7%)	45 (9,2%)	14 (5,0%)	$\chi^2 = 4,28^*$
He migrado a otro país por razones políticas.	17 (2,2%)	8 (1,6%)	9 (3,2%)	NS
Soy lesbiana, bisexual o tengo sexo con mujeres.	37 (4,8%)	20 (4,1%)	17 (6,1%)	NS
Soy una mujer transexual.	29 (3,8%)	17 (3,5%)	12 (4,3%)	NS
Soy una mujer heterosexual.	462 (60,2%)	299 (61,1%)	163 (58,6%)	NS
Estoy casada o en una relación estable.	361 (47,1%)	229 (46,8%)	133 (47,8%)	NS
Soy intersexual.	4 (0,5%)	1 (0,2%)	3 (1,1%)	NS
He sufrido alguna forma de corte o mutilación genital, incluyendo la circuncisión.	39 (5,1%)	28 (5,7%)	11 (4,0%)	NS
Estoy o he estado sin techo.	78 (10,2%)	55 (11,2%)	23 (8,3%)	NS
Soy una mujer indígena.	62 (8,1%)	51 (11,4%)	11 (4,0%)	$\chi^2 = 9,92^{**}$

NS, no significativo; TB, tuberculosis; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; χ^2 , chi cuadrado; t , prueba t -student.

Resultados

Se recogieron un total de 1.173 respuestas en el sistema de encuesta en línea, aunque 341 no cumplían los criterios de consentimiento y confirmación del estatus serológico de VIH. Por tanto, se cuentan 832 respuestas en línea procedentes de 94 países.

Hallazgos cuantitativos

Dado que 66 de las 832 encuestadas no hicieron constar su edad, la muestra final del análisis cuantitativo fue de 766. Otras 278 (36,3%) encuestadas no respondieron a ninguna de las preguntas de la sección opcional de salud mental por lo que no fueron incluidas en los consiguientes análisis, lo que resultó en una muestra de $n=489$ para hacer los análisis de correlación y regresión. Los primeros abandonos se produjeron entre las más jóvenes ($t=2,55$, $p < 0,05$) y con menos probabilidad de hablar inglés ($\chi^2 = 20,92$, $p < 0,01$), que usan drogas ($\chi^2 = 8,92$, $p < 0,01$), tienen una discapacidad ($\chi^2 = 7,75$,

$p < 0,01$), han tenido malaria ($\chi^2 = 17,30$, $p < 0,001$) o han sido inmigrantes económicas ($\chi^2 = 4,28$, $p < 0,05$). La información de las encuestadas sobre su edad, idioma e identidades sociales se incluye en la Tabla 2.

Las experiencias de las encuestadas sobre temas de salud mental se muestran en la Tabla 3. Aproximadamente una quinta parte sufrieron depresión (23,9%), baja autoestima (22,5%), problemas de imagen corporal (18,5%), sentimientos de rechazo (18,1%) y uso de sustancias (22%) antes de recibir su diagnóstico de VIH. Paranoia (5,0%) y anorexia (5,5%) fueron relativamente poco frecuentes. El diagnóstico de VIH se identificó como un punto de inflexión de los problemas de salud mental, con aproximadamente un 70% de encuestadas que reportaron experiencias de depresión (74,0%), vergüenza (70,8%), culpa (70,0%), sentimientos de rechazo (69,9%) e insomnio (68,4%), entre otras. Comparando con los índices anteriores al diagnóstico de VIH, los problemas “desde/a causa” del diagnóstico de VIH mostraron considerables aumentos en todos los problemas de salud mental, desde 1,2 veces (uso de sustancias) a 6,7 veces (paranoia). Los análisis indican que el promedio de problemas de salud mental que experimentaron las mujeres con VIH tras el diagnóstico (8,71, SD 4,74) es significativamente mayor que el anterior al diagnóstico (2,48, SD 3,89), $t(488) = 23,00$, $p < 0,001$.

Como se indica en la Tabla 2, un tercio ($n = 158$; 32,3%) de las encuestadas no se identificaba con ninguna ISD aparte del VIH. Una quinta parte ($n = 107$; 21,9%) reconoció una ISD (además del VIH). Casi la mitad ($n = 224$; 45,8%) tenía múltiples ISD. Se crearon tres variables, experiencia de problemas de salud mental antes, después y persistentemente (tanto antes como después del diagnóstico de VIH), con el fin de comprender el índice, los tipos y los cambios en salud mental entre las encuestadas. La tabla 4 muestra los resultados del coeficiente de la correlación de Pearson que indican que cuantas más ISD declaraba una mujer viviendo con VIH, más problemas de salud mental podría haber experimentado *antes* del diagnóstico ($r = 0,19$, $p < 0,01$), *después* ($r = 0,13$, $p < 0,01$) y *persistentemente* ($r = 0,14$, $p < 0,01$).

Se realizaron análisis de regresión múltiple con el fin de examinar si las variables sociodemográficas (edad) o de ISD eran predictores significativos de la existencia de problemas de salud mental antes y después del diagnóstico de VIH. Los resultados de la regresión se presentan en la Tabla 5 y muestran que las mujeres mayores con más ISD tenían más probabilidad de experimentar problemas de salud mental antes de su diagnóstico de VIH ($F[2,486] = 11,96$, $p < 0,001$). Además, las mujeres con más ISD también eran más proclives a reportar problemas de salud mental tras su diagnóstico ($F = 2,95$ [3, 485], $p < 0,05$),

Hallazgos cuantitativos

Estigma y salud mental

A pesar de que una significativa proporción de encuestadas manifestó sufrir problemas de salud mental antes del diagnóstico, la respuesta general indica que el propio diagnóstico es en sí mismo un detonante de estos problemas de modo inmediato o continuado, en especial depresión, sentimientos de rechazo e insomnio.

Depresión

La mayor parte de encuestadas que respondieron a las preguntas sobre salud mental (82%) manifestaron haber sufrido depresión y síntomas depresivos a menudo tras un diagnóstico de VIH:

Tabla 3. Incidencia de problemas de salud mental

	Antes de mi diagnóstico de VIH, n (%)	Tras mi diagnóstico de VIH (desde/a causa de), n (%)	Alcance del aumento (veces)	Persistente (antes y después), n (%)	Nunca, n (%)	No sé, n (%)	Número total ^a
Depresión	116 (23,9)	360 (74,0)	3,10	70 (14,4)	68 (14,0)	14 (2,9)	486
Vergüenza	86 (17,7)	325 (70,8)	3,78	46 (10,0)	96 (20,9)	8 (1,7)	459
Culpa	69 (14,4)	334 (70,0)	4,84	44 (9,2)	104 (21,8)	15 (3,1)	478
Muy baja autoestima	107 (22,5)	292 (61,5)	2,73	57 (12)	113 (23,8)	21 (4,4)	475
Sentimientos de rechazo	85 (18,1)	327 (69,9)	3,85	49 (10,5)	87 (18,6)	18 (3,8)	468
Problemas de imagen corporal	86 (18,5)	263 (56,4)	3,06	42 (9,0)	126 (27,0)	36 (7,7)	466
Intenso sentido de aislamiento	54 (11,4)	253 (53,4)	4,69	23 (4,9)	170 (35,9)	22 (4,6)	474
Paranoia	23 (5,0)	154 (33,2)	6,70	12 (2,6)	241 (51,9)	62 (13,4)	464
Ansiedad	64 (13,5)	314 (66,1)	4,91	38 (8,0)	118 (24,8)	19 (4,0)	475
Insomnio	63 (13,7)	314 (68,4)	4,98	34 (7,4)	96 (20,9)	23 (5,0)	459
Anorexia	25 (5,5)	140 (30,6)	5,6	7 (1,5)	272 (59,5)	28 (6,1)	457
Dificultad para salir y socializar	49 (10,4)	223 (47,4)	4,55	28 (6,0)	215 (45,7)	12 (2,6)	470
Aislamiento espiritual	50 (10,8)	176 (37,9)	3,52	18 (3,9)	228 (49,1)	30 (6,5)	464
Soledad	87 (18,4)	302 (65,1)	3,47	47 (10,0)	115 (24,3)	17 (3,6)	473
Ideas suicidas	75 (15,9)	177 (37,4)	2,36	37 (7,8)	228 (48,3)	25 (5,3)	472
Estrés postraumático	69 (14,6)	177 (37,4)	2,57	36 (7,6)	182 (38,4)	33 (7,0)	474
Uso nocivo de drogas y/o alcohol	104 (22,0)	125 (28,5)	1,20	39 (8,3)	243 (51,5)	32 (6,8)	472

^aTotal n representa el número de encuestadas que dieron respuesta a cada una de las preguntas de salud mental, Debido al diseño de opción múltiple, el número total de encuestadas para cada punto no suma el conjunto de opciones.

Tabla 4. Correlaciones bivariadas entre ISD y problemas de salud mental con el tiempo de diagnóstico de VIH (n 489)

	ISD	Problemas de salud mental antes del VIH	Problemas de salud mental después del VIH (desde/a causa de)	Problemas persistentes de salud mental
ISD	-	0,19*	0,13*	0,14*
Problemas de salud mental antes del diagnóstico de VIH		-	0,05	0,77*
Problemas de salud mental después del diagnóstico de VIH (desde/a causa de)			-	0,33*
Problemas persistentes de salud mental (antes y después del diagnóstico)				-

IDS, Identidades socialmente desfavorecidas; * $p < 0,01$.

Tardé más de dos años en recuperarme mentalmente de mi diagnóstico. Me volví introvertida, estaba deprimida y a veces tenía ideas suicidas. Faltaban servicios de apoyo psicológico y social adecuados. Mi familia y amistades me ayudaron a pasar lo peor pero tengo suerte de tener una buena familia y entorno. Muchas otras están completamente aisladas.

(Irlanda)

El estigma vinculado al VIH contribuyó a aumentar el miedo a decirlo a mis amistadas, lo cual influyó en el aumento de la depresión: “El elevado estigma asociado a la infección por VIH contribuyó a que me sintiera muy sola, incapaz de confiar plenamente en mis amigos y amigas... Eso también contribuyó a mi depresión”. (Reino Unido)

Rechazo y exclusión social

Más de tres cuartas partes (78%) de las encuestadas manifestaron haber sufrido rechazo y hablaron de experiencias de rechazo y temor a ser rechazadas por causa del estigma vinculado al VIH. Este factor fue una barrera para revelar el diagnóstico:

“Vivo una vida de temor a revelar mi diagnóstico y de secretismo; pocas personas conocen mi serostatus y tengo escaso apoyo”. (Irlanda).

Este punto subraya vínculos entre la ocultación del diagnóstico y el menor apoyo social. Las encuestadas también hablaron sobre el rechazo de las amistades:

“He perdido amigos y amigas, tengo un círculo social y de amistades de antes de que fuera diagnosticada muy restringido”. (Reino Unido)

En otras situaciones, los miembros de la familia aprueban el estigma:

Mis familiares me culpan por la muerte de mi marido. Temo desvelar mi serostatus incluso a mi madre, porque me alejaría de mis hermanos y hermanas y me usaría como ejemplo en cualquier caso. (Uganda)

Tabla 5. Análisis de regresión múltiple de correlatos de la existencia de problemas de salud mental entre mujeres viviendo con VIH ($n = 489$)

Variables	Modelo 1 Problemas de salud mental antes del diagnóstico de VIH	Modelo 2 Problemas de salud mental tras el diagnóstico de VIH (desde/a causa de)
Edad	0,11*	0,04
ISD	0,20***	0,13**
R ²	0,04	0,01
F	11,96***	2,95*

ISD, Identidades socialmente desfavorecidas; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Otra narrativa destaca las estrategias de los mecanismos de defensa, como el ejercicio, empleados para gestionar el aislamiento:

De nuevo me siento triste y me convertí en una reclusa otra vez. Creo que el VIH es una enfermedad muy triste y desoladora. Por todo ello, me entrenaré para completar una media maratón y no me daré por vencida. (Nueva Zelanda)

Problemas de sueño

La mayoría de encuestadas (69 a 75%) manifestaron haber sufrido problemas de sueño y hablaron de muchas causas, entre ellas las pesadillas:

“Por la noche sueñas cosas que a veces, al despertar, hacen que tengas miedo

incluso a salir o piensas que puedes morir”. (Tanzania).

Para algunas mujeres, las pesadillas están asociadas a traumas del pasado:

Tengo un TEPT (trastorno de estrés postraumático) como resultado de múltiples traumas. No duermo lo suficiente porque tengo miedo a tener pesadillas. Me enfrento bien a una crisis pero luego, cuando todo el mundo está a salvo, me cierro y no funciono bien. (EEUU)

Otra encuestada, cuya preocupación por su hijo era una motivo más de estrés, también se expresó en este sentido diciendo que funcionaba bien todo el día pero tenía problemas para dormir por la noche:

No duermo, por mi mente pasa toda clase de pensamientos, la mayoría relacionados con mi salud. Siento lástima de mí misma y de mi hijo, que se quedará solo: ¿quién cuidará de él? Y si durante el día casi nunca pienso en eso, [porque] estoy ocupada todo el tiempo, por la noche no puedo encontrar la calma y a menudo lloro. (Ucrania)

Estigma intersectorial

Las encuestadas debatieron la convergencia del estigma relacionado con el VIH con los estigmas que rodean a otros factores de su vida, incluyendo los relativos a salud mental, uso de drogas e identidad transgénero. Una de ellas articuló cómo el temor a revelar su serostatus debido al estigma asociado a la salud mental puede exacerbar el aislamiento social:

Los problemas de salud mental están mal vistos en la sociedad; se perciben como algo que debería ocultarse y, con frecuencia, las personas que sufren esos problemas son reacias a compartirlos por miedo a que ello suponga más aislamiento. (Canadá)

Este punto fue reforzado por otra encuestada que describió los estigmas que convergían con el sexismo: “También hay estigma en relación a la salud mental, que se mezcla con el estigma por VIH y otras formas de misoginia”. (Italia).

Otras hablaron sobre el estigma que se dirige hacia las personas que usan drogas:

Las mujeres que usan drogas están sujetas a doble o triple estigma. Hay casos de discriminación contra estas mujeres incluso en las organizaciones de servicios de VIH en las que trabajan. (Ucrania)

También salió a la luz el estigma contra las personas transgénero en contextos legales y de provisión de servicios:

Piensa en un servicio del que una persona joven pudiera beneficiarse y verás que niños y niñas trans probablemente no tendrán acceso a él. (EEUU)

La Ley anti homosexualidad ha impedido a las mujeres trans obtener servicios acogedores. (Uganda)

Estigma, problemas de salud mental y SSR

Las encuestadas hablaron de que el estigma y los problemas de salud mental representan un reto para el disfrute de la SSR. El estigma y los problemas de salud mental convergen en la creación de barreras para el disfrute de SSR&DDHH en tres áreas: relaciones sexuales e íntimas, uso de sustancias y su conexión con el riesgo y el estigma sexual, y vulneraciones de derechos humanos (DDHH).

Problemas con las relaciones sexuales e íntimas

Las encuestadas analizaron el estigma relacionado con el VIH y los problemas de salud mental, los cuales suponen un reto para asumir y reafirmar su acción y control en el ámbito de las relaciones sexuales/íntimas. Se describieron la vergüenza y el miedo como barreras:

Dejé de tener relaciones sexuales desde mi diagnóstico. Me siento avergonzada y nunca desvelaré mi diagnóstico a nadie. (Nigeria)

Los problemas que rodean a las citas y tener que hablar con tu amante o pareja sobre tu serostatus provoca a veces ansiedad, temor y depresión ante un posible rechazo. (Kenia)

Como explicaba una mujer: “Hace que sea menos asertiva y a veces permito a mi pareja que se aproveche de mí teniendo sexo cuando preferiría no hacerlo”. (Nigeria)

Otra mencionaba una consecuencia en el sentido de tener “poca o ninguna capacidad de negociar el condón “. (Jamaica)

La baja autoestima también tiene influencia de las relaciones sexuales. Una encuestada explicaba cómo la baja autoestima y la violencia podía reducir el deseo de estar en una relación:

Me había sentido con bajos niveles de energía a veces cuando mi autoestima se encontraba baja, siempre que sufría violencia dentro de mi relación matrimonial, y durante un período de mi vida no me apetecía iniciar una relación con ningún hombre. (India)

Por el contrario, una encuestada manifestaba cómo la baja autoestima podía resultar en el deseo de tener una pareja sexual:

Cuando tu autoestima es baja, es muy difícil tener relaciones sexuales porque lo deseas. Tienes sexo porque deseas ser aceptada, te sientes sola, sólo quieres que alguien te toque... no porque realmente lo desees. (Italia)

Uso de sustancias y riesgo sexual

El uso de sustancias se relacionó a menudo con el manejo de los problemas de salud mental y/o la socialización. Este uso de sustancias a su vez se analizó en relación al riesgo sexual en las relaciones y en el trabajo sexual. Una encuestada habló de cómo el uso de sustancias era una manera de afrontar la baja autoestima pero conducía a un mayor riesgo sexual y representaba una barrera al desarrollo de relaciones:

Ánimo decaído, ansiedad, falta de autoestima, generalmente en combinación con el disfrute del alcohol en actos sociales (y beber en exceso cuando socializo)

tuvieron como resultado que me puse en riesgo frente al VIH y de ahí vino la transmisión. El decaimiento, la ansiedad, etc, continuados, empeorados por el diagnóstico de VIH, estimulan el consumo de alcohol (socialmente) y previenen la formación de relaciones profundas. (Reino Unido)

Barreras a la salud reproductiva y vulneraciones de los DDHH

Las encuestadas analizaron muchas barreras a la salud reproductiva y vulneraciones de los DDHH, entre las que se incluyen ser disuadidas de su deseo de ser madres, maltrato durante el embarazo o esterilización forzada o bajo coacción. El deseo de las mujeres de ser madres fue interpretado a menudo como la voluntad de transmitir el virus:

En Gabon, la decisión de tener hijos constituye un problema. Se considera que las mujeres [que viven con VIH] que deciden tenerlos sin el apoyo de su médico desean transmitir el VIH. (Gabon)

Esta construcción de las mujeres viviendo con VIH como agentes de transmisión del virus durante el parto tuvo como resultado que algunas encuestadas decidieran contra su voluntad no tener hijos:

Cuando descubrí que era VIH positiva, mi médico de Planificación Familiar me dijo que no podría tener hijos nunca, que podría infectarlos y sería una “mujer horrible” si lo hacía. No tuve hijos pero me arrepentí de esa decisión todos los días de mi vida desde entonces. Me negué a ser esterilizada cuando me “animaron” a ello pero desearía haber conservado la idea de ser madre como una posibilidad. (EEUU)

Algunas mujeres también informaron haber sido coaccionadas y obligadas a someterse a la esterilización, lo que puede tener un profundo y devastador impacto en la salud mental de la mujer:

Encontrar una ley que castigue firmemente a las y los doctores que lleven a cabo esterilizaciones forzosas y [dar] tiempo para iniciar su procesamiento si fuera necesario porque muchas veces nos damos cuenta de que fuimos esterilizadas muchos años más tarde y ya no podemos hacer nada. (Puerto Rico)

Otras debatieron sobre el maltrato durante el parto, que podría frenar los esfuerzos para reducir la transmisión vertical:

En el momento en que una mujer se identifica como VIH positiva, se la descuida, en especial durante el parto, y eso hace que aumente el número de bebés que nacen con VIH porque las mujeres prefieren mantenerlo en secreto y que se las trate como a las demás. (Uganda)

Recomendaciones de las encuestadas

Las mujeres viviendo con VIH recomendaron que el apoyo y la consejería psicológica, el apoyo entre pares, el abordaje del estigma (que es una forma de VBG) y la promoción de los DDHH.

Apoyo y consejería psicológica

Las encuestadas recomendaron la provisión de apoyo y consejería psicológica accesibles, holísticos e integrados. Algunas reclamaban servicios orientados al futuro:

Acceso y estímulo para utilizar servicios profesionales de salud mental. Psicólogos, consejería, etc., que también comprendan la necesidad de construir una vida basada en el bienestar y la aceptación, no sobre el foco de problemas del pasado; creación de soluciones. (Reino Unido)

Muchas encuestadas recomendaron la integración de los servicios de VIH en un solo punto y que la consejería debería incluir el uso de sustancias y otros temas: “tratar las causas subyacentes. Yo era una adicta y no pude mejorar hasta que dejé las drogas. El VIH fue una causa/síntoma más que el problema”. (Reino Unido).

Las encuestadas reforzaron la importancia de la provisión, bien formada y capacitada, de servicios integrados de salud mental y uso de sustancias, y pusieron de relieve la necesidad de abordar el trauma, incluyendo “recursos que ponen nombre y explican las profundas respuestas y conductas subconscientes (que son normales). Consejería sobre estrés postraumático”. (Australia)

Se destacó en muchas de las narrativas la necesidad de aumentar “el acceso a los servicios de salud mental para mujeres con bajos ingresos” (EEUU), preferiblemente sin tener que pagar por ellos.

Apoyo entre pares

El apoyo entre pares se consideró un recurso de una gran importancia a la hora de ayudar a las encuestadas a gestionar problemas de salud mental: “La conexión con otras mujeres positivas fue lo mejor que hice por mí misma”. (EEUU).

Los grupos y redes de apoyo entre pares ofrecen: “espacios para que las mujeres sean ellas mismas, para hablar sobre lo que están viviendo sin juicios”. (Reino Unido).

Este apoyo ofreció esperanza:

El acompañamiento entre pares puede resultar útil. Saber que hay vida después del VIH es difícil al inicio de un diagnóstico y cualquiera que pueda mostrarte que existe la posibilidad de sobrevivir y superarse es importante. (Irlanda)

También fue una fuente de aprendizaje de estrategias de supervivencia y salud:

Unirse a grupos de apoyo o foros en los que una puede encontrar a otras mujeres infectadas y aprender unas de otras así como la manera en que otras viven y manejan sus enfermedades/vidas y sus tratamientos. (Zimbabwe)

Combatir el estigma y promocionar los DDHH

En lo que se refiere a experiencias de salud mental, las mujeres desean que los creadores de políticas “no estigmaticen a las mujeres viviendo con VIH” (Uganda) y que “acaben con el estigma por todos los medios posibles. Políticas, leyes, educación, información pública, etc. ¿Qué otra forma hay?” (Reino Unido)

Otras analizaron la necesidad de abordar “el estigma relacionado con la salud mental así

como las normas sociales que la convierten en tabú”. (Uganda).

Políticas necesarias para cuestionar el estigma y promocionar los DDHH: “políticas reales de salud que aborden los problemas de niñas y mujeres con VIH y respeten su dignidad y derechos humanos”. (Brasil)

Discusión

Esta consulta, la más numerosa realizada a mujeres viviendo con VIH a nivel global, examinó aspectos de salud mental a través de la complejidad de sus vida y en relación a la combinación de SSR&DDHH, VBG y acceso a tratamiento. Las mujeres tienen problemas de salud mental sustanciales antes del diagnóstico de VIH, pero experimentan un significativo aumento en la incidencia de esos problemas tras el diagnóstico. Siete de cada diez mujeres informan de depresión, vergüenza, culpa, sentimientos de rechazo e insomnio, y más del 50% tienen múltiples problemas que están vinculados con el estigma/marginalización social sobre la base de la intersección de identidades. La ISD fue un predictor significativo de problemas de salud mental antes y después del diagnóstico. Este punto muestra la importancia de examinar las identidades intersectoriales de las mujeres viviendo con VIH y corrobora con firmeza los hallazgos cualitativos sobre la intersección de estigmas. El estigma (una forma de BVG en sí [24 27]) que se dirige contra las identidades de las mujeres es un razón clave para el aumento de problemas de salud mental tras el diagnóstico, poniendo de manifiesto el papel de factores sociales y estructurales que influyen en la salud mental de las mujeres viviendo con VIH.

Una fortaleza clave de este original estudio liderado y diseñado por las usuarias es que examina las perspectivas de las mujeres sobre salud mental antes y después del diagnóstico con una población global. El instrumento y la participación de base comunitaria se asentaron sobre enfoques de indagación apreciativa [28], añadiendo a las estrategias y prácticas que ya funcionan para las mujeres viviendo con VIH. La participación fue global, incluyendo mujeres de rangos diversos de edad, estadio, país y contexto, aunque no se trataba de una muestra representativa a nivel geográfico. La metodología mixta aporta una perspectiva integral de los problemas de las mujeres a la hora de negociar la vida más allá de un diagnóstico de VIH. Debido al diseño del estudio, puede que las encuestadas estén más conectadas a redes activistas y resilientes. Tenían que estar mentalmente bien para participar: algunas incluso manifestaron encontrarla catártica y sanadora. Otras puede que hayan considerado su longitud y profundidad demasiado dura. Sólo la mitad respondieron a la sección opcional pero las que no lo hicieron no parecían tener más ISD, lo que apoyó la generalización. Aunque no pretendía ser una muestra representativa, los resultados cuantitativos contienen sesgos e imprecisiones de selección. La participación también se vio limitada por el idioma, el acceso a internet y la conexión a redes de mujeres viviendo con VIH. Las que se encuentran en situación de mayor aislamiento, pobreza o contextos específicos pueden experimentar mayor número de problemas de salud mental, por ejemplo en zonas afectadas por conflicto reciente.

Con el fin de aumentar el acceso a la encuesta, se llevaron a cabo nueve discusiones de grupo focal (DGF) en siete países (Etiopía (dos encuestas), Jamaica, Myanmar, Nepal, Senegal (dos encuestas), Tailandia y Reino Unido), utilizando otros cinco idiomas (amhárico, birmano, nepalí, thai, wolof), que discurren en paralelo con la encuesta en

línea, utilizando el mismo cuestionario (no se muestran los datos). Estos DGF incluyeron a otras mujeres viviendo con VIH que carecían de ordenador o con conocimiento limitado o nulo de los idiomas usados en línea. Fueron facilitados por miembros del GGR o por otras mujeres de confianza de las participantes. El análisis de datos no mostró diferencias significativas en cuanto a las respuestas entre la encuesta en línea y las participantes de los DGF. Este resultado apoya la validez de contenido de los hallazgos de la encuesta en línea, dado que éstos no provenían de un grupo de élite de mujeres con acceso virtual sino que también eran aplicables a las participantes de los DGF.

Los resultados son comparables con los niveles de prevalencia de salud mental de personas con VIH, aunque sólo un tercio de los estudios de intervenciones han incluido a mujeres [15]. Los resultados son preocupantes en cuanto a su complejidad: el peso de la infección por VIH por sí misma combinados con los conocidos vínculos con salud mental, SSR&DDHH [8], VBG [13] y acceso a tratamiento [8,14,15].

Los hallazgos indican que las y los profesionales clínicos y creadores de políticas globales deben abordar con carácter urgente los complejos efectos recíprocos de la salud mental en la vida de las mujeres viviendo con VIH en relación a sus experiencias de VBG, su capacidad para disfrutar de su SSR&DDHH y su capacidad para acceder y adherirse al tratamiento. Es más, las causas troncales de los problemas de salud mental entre mujeres viviendo con VIH, como el estigma (una forma generalizada de VBG) y la marginalización social, necesitan atención urgente. Dada la expansión de la prueba del VIH y el diagnóstico durante el embarazo [16], un periodo de gran vulnerabilidad en sí mismo, y reconociendo el diagnóstico como un punto crítico para los problemas de salud mental, es especialmente importante que las directrices para futuras políticas globales en lo que se refiere a transmisión perinatal tengan en cuenta la salud mental [29].

Las mujeres viviendo con VIH recomiendan que sus problemas de salud mental sean abordados de manera urgente e integral en las directrices, en la formación de las y los profesionales sanitarios y en la provisión de servicios relevantes [30,31].

Implicaciones para la investigación

Es necesario realizar más investigación en las siguientes áreas: exploración y comprensión de los problemas de salud mental como factor que contribuye a la contracción del VIH y como consecuencia del diagnóstico (durante y fuera del embarazo y el parto); implementación de estrategias de salud mental en servicios de salud sexual, servicios de reducción de la VBG, atención perinatal y cuidado, tratamiento y apoyo al VIH; temas de salud mental como barrera significativa al acceso a todas estas áreas. Deberían probarse estrategias dirigidas por pares y la eficacia de prácticas que muchas mujeres viviendo con VIH consideran valiosas para el manejo de la salud mental, sin uso de (o en combinación con) medicación adecuada. Los vínculos entre conflicto, salud mental y VIH siguen sin ser adecuadamente explorados.

Conclusiones

Los problemas de salud mental de las mujeres viviendo con VIH tienen un efecto recíproco sobre sus experiencias de VBG, SSR&DDHH y acceso a tratamiento. Las mujeres con VIH que tienen otras ISD pueden verse especialmente afectadas por estos

problemas, los cuales, cuando se resuelven, redundan en beneficio de su SSR y sus DDHH. La limitada atención que conceden las directrices de políticas globales a la salud mental de las mujeres con VIH como consecuencia de su diagnóstico es una carencia que debe ser subsanada. Además, aún cuando los creadores de políticas y el personal médico tienen un papel que cumplir, el estado también tiene que actuar más amplia e intersectorialmente para abordar los problemas de salud mental y las desventajas sociales mediante leyes y políticas de apoyo.

Afiliaciones de las autoras

¹ ATHENA Network, London, UK; ² Salamander Trust, London, UK; ³ Women's Health Academic Centre, King's College London, London, UK; ⁴ Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; ⁵ ATHENA Network, Seattle, WA, USA; ⁶ Eurasian Women's Network on AIDS, Kiev, Ukraine; ⁷ UNAIDS Dialogue Platform, London, UK

Conflicto de intereses

SM, SS, MV y AW son mujeres abiertamente viviendo con VIH. Por lo demás no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de las autoras

LO, SB, ETC, MJV y AW concibieron el estudio. LO, SB, ETC, SM, SS, MJV y AW diseñaron el estudio. LO, SB, ETC, SM, SS, MJV y AW recogieron datos y todas las autoras los interpretaron. LO, CL y AW elaboraron el primer borrador y LO, SB, CL, SM, SS y AW lo editaron. Todas las autoras aprobaron la versión definitiva.

Reconocimientos

Muchas gracias a la doctora Manjulaa Narasimhan, del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, que realizó el encargo de la consulta sobre la que se basa este artículo. Muchas gracias también a todas las integrantes del Grupo Global de Referencia y a todas las encuestadas que contribuyeron en tan gran medida a los resultados del estudio. El Grupo Global de Referencia estuvo formado por Nukshinaro Ao (India), Cecilia Chung (EEUU), Sophie Dilmitis (Zimbabwe), Calorine Kenkem (Camerún), Svetlana Moroz (Ucrania), Suzette Moses-Burton (Saint Maarten), Hajjarah Nagadya (Uganda), Angelina Namiba (Reino Unido), Gracia Violeta Ross (Bolivia), Sophie Strachan (Reino Unido), Martha Tholanah (Zimbabwe), Patricia Ukoli (Nigeria) y Rita Wahab (Líbano), todas ellas mujeres viviendo con VIH.

Financiación

La consulta sobre la que se basa este artículo fue un encargo financiado por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS.

Descargo de responsabilidad

Las autoras son las únicas responsables de los puntos de vista expresados en este artículo y no representan necesariamente las opiniones, decisiones o políticas de las instituciones a las que están afiliadas.

Referencias

1. Murray C, Naghavi M, Wang H, Lozano R. Global, regional, and national age- sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385(9963):117 71.
2. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines [Internet]. WHO; 2013. [cited 2015 Nov 7]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>

3. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
4. Kamen C, Arganbright J, Kienitz E, Weller M, Khaylis A, Shenkman T, et al. HIV-related stigma: implications for symptoms of anxiety and depression among Malawian women. *Afr J AIDS Res.* 2015;14(1):67-73.
5. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips M, et al. No health without mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):859-77.6. PUBMED US National Library of Medicine National Institutes of Health [Internet]. [cited 2015 Nov 7]. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%22mental health women with hiv%22](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%22mental+health+women+with+hiv%22)
7. UNAIDS. Countdown to zero: global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. Geneva: UNAIDS; 2011.
8. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV and their children in resource-constrained settings [Internet]. WHO; 2006. [cited 2015 Nov 7]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159425X_eng.pdf
9. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection recommendations for a public health approach. WHO; 2013. [cited 2015 Nov 7]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf?ua=1
10. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV [Internet]. 2015. [cited 2015 Nov 7]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf
11. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010. [cited 2015 Nov 7]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf
12. Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems [Internet]. WHO; 2014. [cited 2015 Nov 7]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112830/1/9789241506793_eng.pdf?ua=1
13. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M, et al. “Violence. Enough already”: Findings from a global participatory survey among women living with HIV. 2015;18:20285, doi: <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.18.6.20285>
14. Hatcher A, Smout E, Turan J, Christofides N, Stoeckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women. *AIDS.* 2015;29(16):2183-94.
15. Sherr L, Clucas C, Harding R, Sibley E, Catalan J. HIV and depression a systematic review of interventions. *Psychol Health Med.* 2011;16(5):493-527.
16. Kapetanovic S, Dass-Brailsford P, Nora D, Talisman N. Mental health of HIV- seropositive women during pregnancy and postpartum period: a comprehensive literature review. *AIDS Behav.* 2014;18(6):1152-73. [cited 2015 Nov 7]. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-014-0728-9>
17. O’Sullivan S, Thomson K. Positively women. London: Pandora; 1996.
18. Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone ET, Vazquez M. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV [Internet]. Salamander Trust; 2015. [cited 2015 Nov 7]. Available from: <http://salamandertrust.net/resources/BuildingASafeHouseOnFirmGroundFINALreport190115.pdf>
19. Salamander Trust values and preferences survey (Questionnaire): sexual and reproductive health and human rights for women living with HIV [Internet]. 2014. [cited 2015 Nov 7]. Available from: <http://www.salamander-trust.net/resources/SalamanderSRHRWHOSurveyforCirculationENGLISHMay2014.pdf>
20. In women’s words: HIV priorities for positive change [Internet]. ATHENA Network; 2011. [cited 2015 Nov 16]. Available from: [http://athenanetwork.org/assets/files/Action agenda/womenswords_0531- FINAL.pdf](http://athenanetwork.org/assets/files/Action+agenda/womenswords_0531-FINAL.pdf)
21. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women [Internet]. WHO; 2001. [cited 2015 Nov 7]. <http://www.who.int/gender/violence/womenfirtseng.pdf>
22. Guidelines on ethical participatory research with HIV positive women [Internet]. ICW; 2004. [cited 2015 Nov 7]. available from: <http://www.icw.org/files/EthicalGuidelinesICW-07-04.pdf>
23. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3:77-101.
24. Hale F, Vazquez M. Violence against women living with HIV/AIDS: a background paper [Internet]. Development Connections and ICW, UN Women; 2011. [cited 2015 Nov 7]. Available from: <http://salamandertrust.net/resources/VAPositiveWomenBkgrdPaperMarch2011.pdf>
25. 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: a programming tool [Internet]. Geneva: WHO/UNAIDS; 2013. [cited 2015 Nov 7]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf

26. Galtung J. Violence, peace, and peace research. *J Peace Res.* 1969; 6(3):167-91.
27. Farmer P, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med.* 2006;3(10):449.
28. McAdam E, Lang P. *Appreciative work in schools*. Chichester, England: Kingsham Press; 2009.
29. Stringer EM, Meltzer-Brody S, Kasaro M, Stuebe AM, Wiegand S, Paul R, et al. Depression, pregnancy, and HIV: the case to strengthen mental health services for pregnant and post-partum women in sub-Saharan Africa. *Lancet Psychiatry.* 2014;1:159-62.
30. Logie C, James L, Tharao W, Loutfy M. Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-positive African, Caribbean, and Black Women in Ontario, Canada. *AIDS Patient Care STDs.* 2013;27(2):114-22.
31. Collins PY, Holman AR, Freeman AC, Patel V. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS.* 2006;20(12):1571-82. [cited 2015 Nov 7]. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aids.0000238402.70379.d4>