



Violencia de pareja en mujeres indígenas con VIH en el sur de México

Intimate partner violence in indigenous women with HIV in southern Mexico

Berenice Juan-Martínez¹, Lubia del Carmen Castillo-Arcos², Carolina Valdez-Montero³,
Juan Pablo Sánchez-Domínguez⁴
Universidad del Papaloapan, Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del
Carmen y Universidad Autónoma de Sinaloa, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”⁵

Recibido: 11/12/2023

Aceptado: 28/03/2024

Resumen

Introducción: En contextos donde existe desigualdad de género, las mujeres que viven con VIH están en mayor riesgo de sufrir diferentes tipos de violencia, una vez que han revelado el diagnóstico a sus parejas. **Objetivo:** Indagar las experiencias de violencia de pareja en mujeres indígenas, posterior a la transmisión por VIH, en el sur de México. **Método:** Se trató de un estudio cualitativo etnográfico. La información se trianguló a través de la observación participante y entrevistas semiestructuradas cara a cara a 10 mujeres indígenas de tres comunidades de la etnia chinanteca. Las discusiones se centraron en cambios en las relaciones con la pareja, se indagó si había habido violencia, exclusión, apoyo económico. Se realizó análisis del discurso crítico de manera artesanal. **Resultados:** Las mujeres viven violencia asociada a su condición de ser portadoras de VIH, en el ámbito doméstico. Las mujeres indígenas, priorizan más la violencia económica, invisibilizando los otros tipos de agresión. **Conclusión:** Los tipos de violencias vividas por estas mujeres necesitan ser problematizados desde los derechos humanos, perspectiva de género y de la salud pública por la academia y profesionales de la salud.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, VIH/Sida, población indígena, investigación cualitativa.

¹ Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad del Papaloapan. Circuito central número 200, colonia Parque Industrial, Tuxtpec, Oaxaca; México. <https://orcid.org/0000-0002-2780-977X>.

² Autor para Correspondencia. Doctora en Ciencias de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Carmen. Campus III, Av. Central s/n, Mundo Maya, C. P. 24153, Ciudad del Carmen, Campeche, México. Correo electrónico: lcastillo@pampano.unacar.mx. <https://orcid.org/0000-0002-4368-4735>

³ Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Sinaloa. Fuente de Poseidón y Ángel Flores s/n, Col. Jiquilpan. C.P. 81220. Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México. <https://orcid.org/0000-0002-4938-3087>

⁴ Doctor en Psicología. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Carmen. Campus III, Av. Central s/n, Mundo Maya, C. P. 24153, Ciudad del Carmen, Campeche, México. Correo electrónico: <https://orcid.org/0000-0002-6462-0968>

⁵ Correspondencia remitir a: revistacientificaureka@gmail.com o normacopparipy@gmail.com “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

Abstract

Introduction: in contexts where gender inequality exists, women living with HIV are at greater risk of suffering different types of violence, once they have revealed the diagnosis to their partners. **Objective:** to investigate the experiences of intimate partner violence in indigenous women, after HIV infection, in southern Mexico. **Method:** we applied a qualitative ethnographic study. The information was triangulated through participant observation and semi-structured face-to-face interviews with 10 indigenous women from three indigenous communities of the Chinantec ethnic group. The discussions focused on changes in relationships with the couple, and whether there had been violence, exclusion, or financial support. Analysis of critical discourse was carried out in a traditional way. **Results:** women experience violence associated with their condition of being HIV positive, in the domestic sphere. Indigenous women prioritize economic violence more, making other types of aggression invisible. **Conclusion:** these types of violence experienced by these women need to be problematized from a human rights, gender and public health perspective through researchers and health professionals.

Key words: Violence against women, HIV/ Acquired Immunodeficiency Syndrome, indigenous peoples, qualitative research.

La violencia en las comunidades indígenas o pueblos originarios tiene una construcción histórica cultural (Burnette & Cannon, 2014) el hombre es visto como el proveedor legitimando así un rol dominante y la mujer circunscrita al rol doméstico, reproductivo y cuidadora de la cultura (Gargallo, 2014; Vázquez-García y Muñoz-Rodríguez, 2013).

La violencia contra las mujeres se ha incrementado entre los pueblos que se han sometido mayormente a los mandatos coloniales de género, pero no es por ese único motivo, como apuntan las posturas feministas decoloniales (Burnette & Cannon, 2014; Gargallo, 2014; Segato, 2013). No obstante, las mujeres ya sufrían situaciones previas de patriarcado ancestral antes de la colonización. Este patriarcado ancestral se complejiza cuando se entronca con la colonialidad generando el patriarcado colonial moderno y la colonialidad de género (Gargallo, 2014; Segato, 2013), es decir las relaciones de género que se viven en las poblaciones indígenas se ven modificadas históricamente por el colonialismo y por el patriarcado ancestral.

Por otro lado, la violencia contra las mujeres se convierte en un importante impulsor de la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), donde la desigualdad de género es una cuestión fundamental que sustenta la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH (Amuchástegui, 2018; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2022).

Es importante señalar, que el VIH ha aumentado en las mujeres en los últimos años, afectando a las mujeres que viven en países de ingresos bajos; así como, mujeres indígenas, siendo la desigualdad de poder entre los sexos uno de los determinantes en la toma de decisiones de la mujer en el plano sexual y reproductivo (Rodríguez y Lara, 2021; Arévalo-Mora, 2018; Nava et al., 2017; Stockman et al., 2013). Además, en contextos donde existe desigualdad de género, las mujeres que viven con VIH están en mayor riesgo de sufrir diferentes tipos de violencia como la psicológica, física y sexual, una vez que han revelado el diagnóstico a sus parejas, debido a que se les culpa de tener relaciones extramaritales (Arévalo-Mora, 2019; Abramsky et al., 2014).

En México, según la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2011) de los aproximadamente doce millones de indígenas que viven en México tres millones son migrantes internos y dos millones migrantes a Estados Unidos. En esos procesos migratorios, mantienen relaciones sexuales de riesgo (no utilizan preservativos), y cuando regresan a sus comunidades, infectan a sus parejas. De esta forma, la migración es un fenómeno que se ha sumado como un factor de vulnerabilidad frente al VIH en las comunidades indígenas en México (Ponce et al., 2016). A nivel nacional, Oaxaca ocupa el décimo lugar en casos de VIH (Secretaría de Salud, 2022). Referente a lo anterior, la situación de las mujeres en el estado, se reportó un total de 402 casos de mujeres seropositivas en los años 2010 a 2014 concentrándose en el grupo de 15 a 44 años con un total de 381 mujeres (Servicios de Salud de Oaxaca, 2014) probablemente por la fuerte asociación entre violencia de género y VIH, enfatizando que la feminización de la enfermedad se sustenta en una serie de factores estructurales como la cultura, el nivel educativo y la pobreza (Uribe, et al., 2018; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015).

Estas mujeres, aunado el hecho de vivir violencia y VIH tienen diferentes formas de vivir la experiencia marcados por la diferencia sociocultural de cada individuo. La cultura determina las particularidades de cada experiencia humana al vivir cierto fenómeno de salud y enfermedad, por lo que estas cuestiones deben ser estudiadas a partir del contexto sociocultural donde ocurren.

El objetivo general del estudio fue indagar las experiencias de violencia de pareja en mujeres indígenas, posterior a la infección por VIH, en el sur de México. El objetivo específico fue: describir el entramado que existe entre las categorías género, etnia y VIH, las cuales recrudecen la violencia y la trayectoria de la enfermedad en las mujeres indígenas.

Método

Se trató de un estudio cualitativo con aproximación etnográfica. La etnografía tiene una visión holística sobre las opiniones y acciones de las personas, a través de la recopilación de las observaciones y entrevistas. La función de la etnografía es documentar la cultura, las perspectivas y prácticas de las personas en sus entornos, es “entrar” en la forma en que cada grupo de personas ve el mundo” (Streubert, 2011).

Respecto a los criterios de elegibilidad fueron mujeres mayores de 18 años, vivir con la pareja y tener más de un año con el diagnóstico de VIH. La colecta de datos se trianguló a través de la observación participante y entrevistas a 10 informantes de tres comunidades indígenas de la etnia chinanteca del estado de Oaxaca, en el sur de México. Para el trabajo de campo, se realizó un mapeo de la comunidad, posteriormente se realizaron visitas continuas para ubicar las casas de las mujeres, cuidando en todo tiempo la protección y confidencialidad para garantizar la seguridad de estas.

En la entrevista semiestructurada se utilizó un guion. Se exploró el cambio en la relación con la pareja, si había violencia, falta de apoyo económico.

Las entrevistas fueron en las residencias de las mujeres cuando estaban solas, previa definición de los días y la hora de la visita. Las informantes del estudio eran bilingües, es decir, que hablaban el castellano, aparte de su lengua materna (chinanteco), por lo tanto, no fue necesario el apoyo de traductores, además, que la autora principal habla la lengua chinanteca. Las entrevistas variaron entre 30 y 60 minutos.

Se respetaron los criterios éticos de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario oficial de la Federación [DOF], 2014). Todas las participantes dieron su consentimiento informado y el estudio se sometió a los Comité de Ética del Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida (CAPASITS) del estado, así como, la autorización de las autoridades locales de la comunidad, respetando sus usos y costumbres (esto de acuerdo con el artículo 29). Asimismo, a fin de garantizar el anonimato de las mujeres indígenas, se les identificó por medio de códigos.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad, grabadas en una grabadora de audio. El análisis de los datos se realizó de manera artesanal por dos investigadoras y se solicitó aparte el análisis de una investigadora externa. Se realizó análisis del discurso crítico de manera artesanal. Los datos fueron codificados y luego se organizaron para relacionarlos a las categorías hasta llegar a los grandes temas.

La cantidad de mujeres indígenas entrevistadas fue de acuerdo con el criterio de saturación de datos, que consiste en una exploración exhaustiva del fenómeno de interés, para conocer a plenitud lo que se observa o descubre. Para cumplir este criterio se constató que no emergerían datos nuevos o relevantes en los discursos, indicio que se saturó la información (Kvale, 2014).

Resultados

Las mujeres indígenas del estudio se encontraban en un rango de edad de 25 a 52 años, la mayoría dedicadas al hogar, con un promedio de 1 a 5 hijos e hijas.

En cuanto al estado civil, 5 de ellas viven en unión libre y las otras 5 restantes casadas por lo civil. La secundaria fue el nivel máximo de estudio encontrado. En cuanto a la religión, 9 de las mujeres profesaban la religión católica, y una era evangélica. Las 10 participantes hablaban la lengua indígena chinanteca y el idioma español.

En cuanto a la trayectoria de la enfermedad (Tabla 1), de las 10 mujeres, 8 se encontraban en tratamiento con antirretrovirales (TAR), con un promedio de 7 años de vivir con VIH. Estas mujeres acudían cada dos meses por el TAR a la capital del estado. El tiempo de traslado de las comunidades de origen de las mujeres hacia la ciudad de Oaxaca tiene una duración de 8 a 9 horas en transporte terrestre.

La mayoría se infectó por su pareja, 6 de las mujeres detallaron que en ocasiones es complicado asistir por el tratamiento antirretroviral porque “a veces no alcanza el dinero” ya que sus esposos perciben un salario mínimo, en tales situaciones se han visto obligadas a solicitar ayuda al DIF municipal, sin embargo, lo han realizado de forma secreta con temor a ser descubiertas que viven con VIH. Dos de ellas habían dejado el tratamiento porque en la comunidad levantaban sospechas por sus salidas constantes a la capital del estado.

Tabla 1

Caracterización de la trayectoria de la enfermedad

Informante	Tiempo de vivir con VIH	Tratamiento Actual	Interrupciones en el tratamiento
P1	8 años	Ritonavir/darunavir/truvada	Si
P2	7 años	Atazanavir/ritonavir/truvada	No
P3	14 años	Ritonavir/darunavir/truvada	Si
P4	6 años	Ritonavir/darunavir/truvada	No
P5	4 años	Atazanavir/ritonavir/truvada	No
P6	7 años	Ritonavir/darunavir/truvada	Si
P7	7 años	Ha dejado el tratamiento	Si
P8	1 año	Atripla	No
P9	12 años	Atripla	No
P10	4 años	Ha dejado el tratamiento	Si

Fuente: Elaboración propia

Del análisis de las narrativas de las mujeres emergió el siguiente tema: **Experiencias de violencia de pareja posterior a la infección del VIH.** Las subcategorías emergentes: *Violencia sexual, violencia psicológica: Entre la indiferencia y el “amor mezquinado” y violencia económica.*

Violencia sexual. La violencia sexual en los relatos de las mujeres, no se basó, exclusivamente, en la fuerza física; sino que se manifestó a partir de infidelidades y encubrimiento de la responsabilidad de la infección por parte de sus parejas:

“Y ya él me decía, perdóname, yo no quería hacerte daño, yo me enteré de esa persona después. Y ya le dije, lo que paso ya pasó, y yo no siento que tengo la enfermedad porque yo no aceptaba...y él me dijo que se había metido no con una mujer si no con una de esas que andan trabajando en las cantinas (un choto) le dije tanto a ti como a mí me llegaste hacer daño, y no fue una vez, me confeso, ya cuando estaba mal que fue con tres y de los tres, dos ya se habían muerto.” (P1).

Así, la violencia sexual se manifiesta de manera sutil cuando la pareja encubre su responsabilidad de no haber dicho la verdad sobre la infección, de haber tenido prácticas de riesgo con hombres homosexuales que eran positivos a VIH. Las naturalezas violentas de estos comportamientos por parte de las parejas traen efectos físicos y psicológicos en la salud de las mujeres. *“Mi esposo y yo nos llevamos bien. Se enoja, cuando quiere tener intimidad y a veces yo estoy cansada, es cuando se enoja y yo me pongo triste, decaída, porque el problema que tengo no es que se maneje fácil” (P9).*

En el relato anterior, se evidencia la violencia sexual cuando ella se rehúsa tener relaciones sexuales con la pareja. La informante confesó que le fue infiel a su esposo con “otro hombre de la comunidad, porque en el pueblo se rumoraba que el andaba con otras mujeres, y quiso pagarle con la misma moneda”, y así fue que se infectó de VIH. La pareja le reclama cada vez que puede la infidelidad.

Violencia psicológica: Entre la indiferencia y el “amor mezquinado”. De acuerdo con los relatos de las mujeres, este patrón de violencia se expresó con indiferencia, daños a la estabilidad emocional, infidelidad, abandono de la pareja después de la infección y discusiones que legitiman el rol dominante de la pareja y que, sin embargo, son justificadas por las mismas mujeres, quienes evidencian una serie de imaginarios que minimizan el impacto de la violencia en sus vidas:

“Nunca ha habido violencia, a veces tiene su carácter, él es diabético con tantito se exalta, pero al ratito ya está contento, lleva 2 años con la diabetes” (P4).

“Solo discutimos de palabra, nunca me ha pegado. Y él me dice “porque te enojas, si te traigo el dinero” (P8).

Otra mujer indígena dijo: *“Ya llevo 7 años viviendo con él, a veces discutimos por cosas, pero es normal en las parejas. A mi niña la quiere igual que al niño, él es bueno, no me reprocha que haya tenido una pareja antes. Nunca me ha pegado” (P6).*

El abandono y la infidelidad se constituyen también en prácticas violentas con las que las mujeres deben lidiar en la cotidianidad de su enfermedad, toleran actos violentos, aun cuando en sus discursos manifiesten dar poca importancia a la presencia de sus parejas en sus vidas.

“Solo discutimos, pero si se va que se vaya yo me quedo con mis niñas. Después de que me engañó ya no hay esa misma confianza, ese contacto, que era, mucho amor, si hay, pero como que es mezquinado” (P3).

Los celos también se hicieron presentes como parte de la violencia psicológica:

“Él me dijo que la gente de la comunidad empezaba a decir de cosas de mis viajes a CAPASITS, por eso he dejado de ir por mis medicamentos” (P10).

Otra forma en que se reveló la violencia psicológica es cuando la pareja de una de las mujeres, la culpa de infidelidad al enterarse del diagnóstico. Este tipo de acusaciones provoca daños a la estabilidad emocional, generando dudas e inseguridad hacia sí misma:

“Él primero me preguntó si había andado con alguien más, yo le dije después de que yo me junté contigo, jamás anduve con otra persona y te lo puedo jurar por mi hija que no lo he hecho, porque yo también me estaría mintiendo a mí misma. No lo he hecho, y a mí me consta, y pongo de prueba a mi hija, o sea, es mi adoración” (P4).

Violencia económica

De los relatos de las mujeres indígenas, este tipo de violencia se evidenció por la falta de apoyo económico por parte de la pareja, y la responsabilidad de tales cargas recaen en la mujer:

“Mi pareja se fue con otra mujer, me dejó, después de eso (de haberla infectado). Se fue como seis años, se fue, y ahorita ella está infectada, pero, ella le dijo que no le importa, pero, están en Estados Unidos, también tuvo hijos con él. Aunque ella lo engañó, porque ella tenía familia, y después él se regresó para acá, y me empezó a buscar, su mamá le dijo que me buscara porque yo sufría demasiado, que yo trabajaba mucho para mantener a las niñas, y que no era justo” (P3).

Además, en el relato anterior, se puede apreciar que la carga de trabajo provocado por el abandono de la pareja puede traer graves consecuencias en la salud física de las mujeres, considerando que son mujeres que viven con VIH.

Discusión

En el estudio, se identificó que las mujeres indígenas, priorizan la violencia económica, identificada por la falta de responsabilidad de la pareja para asumir la economía familiar, invisibilizando los otros tipos de agresión. Esto, puede deberse, a que las otras formas de violencia se mostraron de una manera sutil.

Estos hallazgos son diferentes a los resultados en el estudio de Amuchástegui y Evangelista (2022), en el cual las mujeres indígenas de Chiapas reportaron episodios de violencia física por parte de sus parejas por la condición de VIH. En el estudio, ninguna de las mujeres verbalizó la violencia física de manera textual. Para las mujeres chinantecas la violencia física tiene que ir acompañada de “golpes, que deje huella en el cuerpo” para identificarse como tal (Vázquez-García & Muñoz-Rodríguez, 2013).

Con relación a la violencia sexual, solo una de ellas, la describió de manera directa. Durante las entrevistas se pudo percibir que para ellas fue muy difícil abrirse con algo tan íntimo debido a que la violencia sexual sigue siendo un tema tabú en estas comunidades, por lo que tienden a reportar menos el abuso. Además, la invisibilidad de la violencia sexual en la cultura chinanteca, tiene que ver con la creencia que el hombre tiene todo el derecho sobre el “cuerpo de la mujer” por el hecho que le pertenece y no puede negarse a tener “intimidad” con él y conlleva que las mujeres se muestren sumisas y obedientes.

Dichos hallazgos coinciden con lo reportado por autoras nacionales, las cuales encontraron que un porcentaje significativo de mujeres está de acuerdo con la condición de que la esposa debe obedecer a su pareja en todo lo que él ordene (Uribe et al., 2018) permeada por el sistema patriarcal que existe en el contexto mexicano, el cual coloca al hombre en una posición de privilegios, violentando así los derechos de las mujeres.

La violencia sexual también tuvo que ver con la infidelidad de la pareja, situación encontrada también en el estudio de Ní Raghallaigh et al., (2017) con mujeres etíopes. En el caso del estudio, el VIH se cruza con el género, cuando las parejas de las mujeres tuvieron relaciones sexuales sin el uso de protección, porque son “sus mujeres” aun sabiendo que tuvieron prácticas de riesgo con otros hombres. Así, el género es una categoría que otorga un poder a los hombres sobre el cuerpo de las mujeres (Amuchástegui & Evangelista, 2022).

Por otro lado, hablar de temas tan sensibles como la homosexualidad dentro de los pueblos originarios resulta poco familiar y complejo al pensarse que los indígenas mantienen relaciones heterosexuales invisibilizándolos como sujetos de sexualidad (Nóbrega et al., 2015). En ese sentido, se piensa que, al estar cerca de la naturaleza, tendrían que construir relaciones heterosexuales (entre hombres y mujeres), es decir, relaciones más “naturales” (Bautista, 2018).

La violencia psicológica en el estudio se mostró con indiferencia, celos, infidelidad, abandono de la pareja después de la infección y discusiones que son justificadas por las mismas mujeres, ya que, tales prácticas son vistas como algo “normal” que pasa en los matrimonios” que legitiman el rol dominante de la pareja.

Estos hallazgos son diferentes a otros estudios, en los cuales la violencia psicológica se mostró con humillaciones (Zunner et al., 2015). Una forma grave de la violencia evidenciada en el estudio, fueron los celos del esposo por las salidas constantes de la pareja para abastecerse de la terapia antiretroviral. Los celos fueron la causa para que ella abandonara el tratamiento, renunciando a su derecho a la salud.

Otra forma de violencia psicológica, revelada en el estudio es cuando la pareja de una de las mujeres la culpa de infidelidad al enterarse del diagnóstico. Las desigualdades de género existente en estas comunidades indígenas admiten que estas mujeres sean culpabilizadas de la infección al VIH, acusadas de traicionar a sus maridos, lo cual no es un hecho particular en los pueblos originarios, sino también sucede con mujeres africanas y en el contexto de Latinoamérica (Rodríguez & Lara, 2021; Arévalo-Mora, 2019; Gregório & Bernstein, 2015).

Del mismo modo, se debe tomar en consideración, una característica etnográfica en las comunidades indígenas chinantecas, son los llamados “usos y costumbres”, sistema que no se ha problematizado por el orden jurídico nacional, justificándose en el respeto a las cuestiones culturales de los pueblos (Ponce et al., 2017).

Sin embargo, es un sistema que produce y reproduce desigualdades a partir de las diferencias entre sexos en el cual, los hombres concentran el poder económico y las mujeres son dependientes económicamente de ellos, motivo por el cual toleran y no denuncian la violencia de la pareja. De hecho, en la mayoría de las comunidades indígenas del estado predomina el machismo. La mujer es responsable de la crianza y el cuidado del marido y el hombre es el proveedor de la familia (Berry, 2002).

En este sentido, se debe respetar las diferencias culturales de cada grupo o pueblo, siempre y cuando estos no afecten los derechos de las otras personas. En el caso de los usos y costumbres usados como mecanismos de control sobre las mujeres, es una parte de la cultura que se debe problematizar, ya que afecta la dignidad y autonomía de las mujeres, tomando en cuenta que viven una enfermedad compleja como el VIH.

En el estudio, el VIH no es un factor que provoque violencia de forma aislada, sino que se entreteje con la etnicidad y género (Vigoya, 2016), es decir, vivir con VIH, ser mujer y ser indígena son categorías que se entrecruzan entre sí y generaron una violencia más cruda hacia estas mujeres.

Conclusiones

En los relatos de las mujeres entrevistadas se identificaron tres tipos de violencia: sexual, psicológica y económica. La violencia sexual fue la menos percibida en sus narrativas; fue en la interpretación y análisis de sus relatos se encontró en el contexto de vivir con VIH.

Estas mujeres toleraron estas situaciones, atravesadas por la complejidad del tejido cultural en las comunidades indígenas, así como la baja escolaridad y falta de una red de apoyo de soporte disminuyeron su empoderamiento. La celotipia de las parejas influyó para que algunas de ellas dejaran o interrumpieran el tratamiento antirretroviral, afectando la trayectoria de la enfermedad.

En ese sentido, los aspectos culturales y el estado de vulnerabilidad de vivir con el VIH acaban afectando la toma de decisiones de estas mujeres en relación a la búsqueda de ayuda para el riesgo de sumisión a la violencia. Si bien es cierto, en el país ha habido avances significativos en la elaboración de leyes y marcos jurídicos que proclaman a una vida libre de violencia, la aplicación de tales elementos se vuelve complejos en sociedades indígenas basados en usos y costumbres que legitiman la violencia hacia la mujer. Estos aspectos son de suma importancia y que exige la problematización con respecto a los derechos de las mujeres que viven con VIH en sociedades indígenas que naturalizan la violencia, desde la salud pública, la academia y políticas públicas.

Sugerencias y Limitaciones

Se sugiere realizar más investigaciones del fenómeno en cuestión con otras etnias del estado, ya que aún son incipientes y que pueden aportar nuevos conocimientos para comprender la violencia en dichas poblaciones. Las limitaciones del estudio es que los resultados no son generalizables, porque solo muestra las voces de 10 mujeres indígenas que hablaron acerca de sus experiencias de violencia, sin embargo, pueden ser usados para delinear futuras intervenciones en esta población.

Referencias

Abramsky, T., Devries, J., Kiss, L., Nakuti, Y., Kyegombe, N., Starmann, E., Cundill, B., Francisco, L., Kanye, D., Musuya, T., Michau, L., & Watts, C. (2014). Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine*, 12(1), 1-17. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/122>

- Uribe, P., Villafuerte, A. y Magis, C. (2018). Atención a salud reproductiva y VIH en mujeres En A. Amuchástegui (Coord.), *Mujeres y VIH en México. Diálogos y tensiones entre perspectivas de atención a la salud* (pp. 21-52). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Amuchástegui, A. y Evangelista, A. (2022). Interseccionalidad y condicionantes sociales de la salud: una aproximación teórico-metodológica sobre el efecto del estigma en la vida de mujeres con VIH/sida en Chiapas. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 8, e929. doi: <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v8i1.929>
- Arévalo-Mora, L. (2018). Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH. *Revista Colombiana de Enfermería*, 16, 52-63. <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2304>
- Arévalo-Mora, L. (2019). Experiencias y narrativas de mujeres con VIH, víctimas de violencia de pareja en Bogotá (Colombia). *Medicina*, 41(4), 299-321.
- Bautista, E. (2018). Reflexiones acerca de la diversidad sexual entre jóvenes indígenas en México. *Revista de Estudios Sociales*, 63, 100-109.
- Burnette, C. E. & Cannon, C. (2014). "It will always continue unless we can change something": Consequences of intimate partner violence for indigenous women, children, and families. *European Journal of Psychotraumatology*, 5,1. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24585>
- Berry, A. (2002) Culture Care of the Mexican American Family. In M. Leininger & M. McFarland (Eds.), *Transcultural Nursing. Research Method* (3rd ed., pp. 363-374). McGraw-Hill.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2015). *Derechos humanos, pueblos indígenas, VIH y SIDA*. <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/30-DH-PUE-IND-VIH-SIDA.pdf>
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. *Informe Final de la Consulta sobre VIH-SIDA y Pueblos Indígenas en Áreas Fronterizas*. (2015). https://informe.cndh.org.mx/uploads/nodos/10783/content/files/cartilla_DH_PueblosIndigenas_VIHSIDA.pdf

- Diario oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Gargallo, F. (2014). *Feminismo desde Abya Yala. Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos en nuestra América*. Editorial Corte y Confección. <http://francescagargallo.wordpress.com/>
- Gregório, R. & Bernstein, J. A. (2015). Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. *Cad. Saúde Pública*, 31(3), 565-574.
- Kvale, S. (2014). *Las entrevistas en investigación cualitativa* (T. del Amo y C. Blanco, Trads.). Morata. (Obra original publicada en 2008)
- Nava, V., Báez, F. J. y Onofre, D. J. (2017). Motivos de las mujeres indígenas sobre el uso y no uso del condón. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 14(91), 1.
- Ní Raghallaigh, M., Morton, S. & Allen, M. (2017). HIV transmission as a form of gender-based violence: Experiences of women in Tigray, Ethiopia. *International Social Work*, 60(4), 941-953. <https://doi.org/10.1177/0020872815594224>
- Nóbrega, RG., Nogueira, JA., Almeida, SA., Marcolino, ABL., Cananéa, JNA. & Bezerra VP. (2015). Saúde indígena em tempos de Aids: revisão integrativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14 (2), 205-16.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2022). *Declaración de prensa*. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/november/20221125_end-gender-based-violence
- Ponce, P., Muñoz, R., Stival, M., Núñez, G., Bernal, D. y Dector, J. (2016). *Estado del arte sobre VIH y pueblos indígenas en América Latina: Informe Final*. ONUSIDA-SIPIA.
- Ponce, P., Muñoz, R. y Stival, P. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, 13, 537-554. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1120>

- Rodríguez, L. M. y Lara, M. G. (2021). El VIH como vía de materialización de la violencia de género e intragénero. *Enfermería Global*, 20(62),176-215. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.435891>
- Servicios de Salud de Oaxaca. (2015). Dirección General de Epidemiología. Informe del 2010 al 2014 de casos de HIV.
- Segato, R. (2013). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos* (1ra ed.). Prometeo Libros.
- Secretaría de Salud. (2022). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Informe Histórico de VIH 4to trimestre. 2022.* https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828578/VIH_DVEET_4toTrim_2022.pdf
- Stockman, J., Lucea, M. & Campbell, J. (2013). Forced sexual initiation, sexual intimate partner violence and HIV risk in women: A global review of the literatura. *AIDS Behav*; 17(3):832–847. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586980/>
- Streubert, H. (2011). Ethnography as Method. In H. Streubert & R. D. Carpenter. (Eds.), *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative* (pp. 167-194). Wolters Kluwer Health.
- Vázquez-García, V. y Muñoz-Rodríguez, C. (2013). Género, etnia y violencia en Ayutla, Oaxaca. *Convergencia*, 20(62), 135-158.
- Vigoya, M. V. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Zunner, B., Dworkin, S.L., Neylan, T.C., Bukusi, E.A., Oyaro, P., Cohen, C. R., Abwok, M. & Meffert, S. M. (2015). HIV, violence and women: Unmet mental health care needs. *Journal of Affective Disorders*; 174, 619-626. [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(14\)00803-9/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(14)00803-9/abstract)