

¿CÓMO SOSTENER EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO CON MUJERES QUE ENVEJECEN CON VIH?

Dra. Marla Naiví Toiber Rodríguez 
Mtra. Teresita de Jesús Cabrera López 

Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

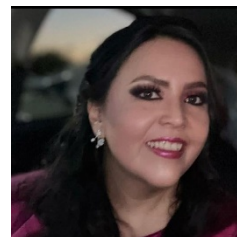
Resumen

El aumento de mujeres que envejecen con VIH exige modelos de atención integrales que articulen comorbilidades, transición menopáusica, salud sexual y bienestar psicosocial. A partir de la práctica clínica en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, analizamos la importancia, retos y limitantes del trabajo interdisciplinario entre ginecología y psicología con mujeres en senectud. Identificamos necesidades interrelacionadas: síntomas genitourinarios y dolor sexual, riesgo óseo temprano, tamizajes oncológicos, depresión/ansiedad, duelos, violencia y estigma. El trabajo conjunto facilita detección oportuna, derivación ágil y planes coherentes con la vida cotidiana, pero enfrenta barreras estructurales como sobrecarga de servicios, escasez de insumos y dificultades para sostener la continuidad. Proponemos componentes mínimos: tamizajes compartidos, agenda integrada en un solo día, sesiones de discusión de casos complejos y acuerdos de comunicación que preserven la confidencialidad. Concluimos que la interdisciplinariedad mejora la experiencia de atención y reduce la fragmentación del cuidado. Sin ello, el control virológico es solo insuficiente.

Palabras clave: VIH y envejecimiento; menopausia; interdisciplinariedad; estigma; salud mental

Doctora en investigación Psicológica,
maestra en Psicología residencia en
terapia familiar, licenciada en
Psicología

Correo: mivoz3103@gmail.com



Médico especialista en Ginecología
y Obstetricia, colposcopia y
patología del tracto genital inferior,
Master en VIH.

Correo electrónico:

dra.terecabrera@gmail.com



Recibido: 22 de enero de 2026

Aceptado: 18 de febrero de 2026

Cita recomendada:

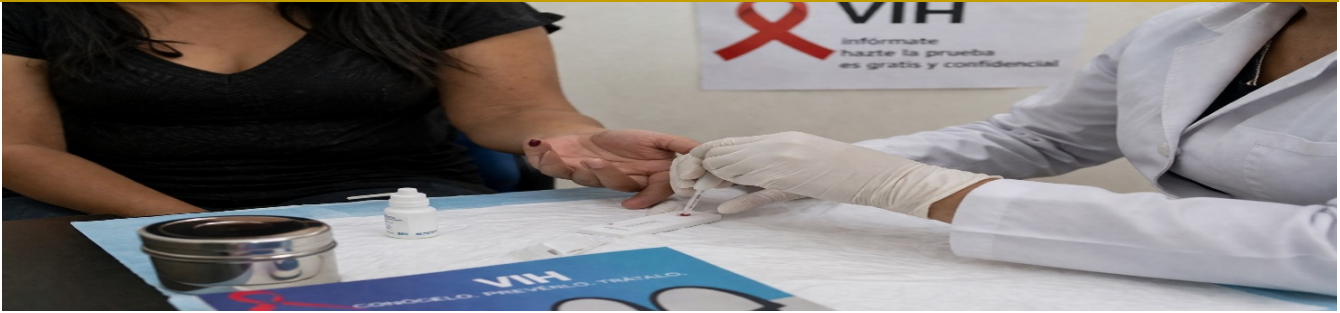
Toiber, N.R. & Cabrera, T. J. (2026). ¿Cómo sostener el trabajo interdisciplinario con mujeres que envejecen con VIH? *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 42-46.

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.675.42-46>



ANÁLISIS

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.675.42-46>



INTRODUCCIÓN

El VIH se ha transformado en una condición crónica gracias a la terapia antirretroviral, lo que ha incrementado el número de personas que envejecen con el virus. En México, los registros nacionales evidencian cambios en los patrones de mortalidad y la necesidad de fortalecer la continuidad del cuidado, particularmente en contextos de vulnerabilidad (Núñez et al., 2025). En mujeres en senectud, el envejecimiento con VIH se asocia con multimorbilidad, polifarmacia, cambios funcionales y determinantes sociales que condicionan el acceso a servicios.

La menopausia es un punto de inflexión: mujeres que viven con VIH pueden experimentar menopausia más temprana y síntomas vasomotores, anímicos y musculoesqueléticos con mayor intensidad, afectando calidad de vida y vinculación a la atención (Tariq, 2025). Además, algunos síndromes geriátricos —fragilidad, deterioro cognitivo, osteoporosis, incontinencia y aislamiento social— pueden presentarse con mayor carga o trayectorias diferenciadas (Abelman, 2026). En este marco, los modelos integrados y centrados en la persona requieren equipos que articulen saberes y rutas de atención, alineando la atención con prioridades y preferencias de las usuarias (Golob et al., 2025).

JUSTIFICACIÓN

Este artículo de análisis se basa en la experiencia clínica desarrollada en nuestras especialidades

en Psicología y Ginecología, en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa (CECI), Ciudad de México, y discute la importancia, retos y limitantes del trabajo conjunto con mujeres en senectud que viven con VIH.

Estas mujeres suelen enfrentar estigmas superpuestos (edadismo, género, seroestatus y pobreza) y trayectorias marcadas por violencia, duelos y cambios en roles familiares. En población mexicana que vive con VIH se han descrito mecanismos de estigma asociados al contexto familiar y al trato en servicios, con efectos en el bienestar psicológico y la búsqueda de cuidados (López et al., 2023). Por ello, una atención que se limite al control virológico resulta insuficiente: deja fuera las experiencias de dolor, sexualidad, seguridad, autonomía y redes de apoyo. A continuación describimos el análisis de cinco categorías: (1) necesidades interrelacionadas en la consulta, (2) aportes del trabajo conjunto y riesgos de la fragmentación, (3) retos y limitantes, (4) estigma, edadismo y desigualdad y (5) componentes mínimos para un modelo centrado en la persona.

DESARROLLO

1) Necesidades interrelacionadas en la consulta

En ginecología, es frecuente el síndrome genitourinario de la menopausia: sequedad vaginal, dispareunia y prurito. La falta intermitente de tratamientos locales (p. ej., estrógenos vaginales) limita la respuesta clínica y afecta calidad de vida.

También se observa riesgo óseo temprano (osteopenia/osteoporosis) y la necesidad de prevención oncológica (mastografía, citología y colposcopia), con referencias a tercer nivel cuando se sospecha cáncer invasor.

En psicología, es frecuente que las usuarias presenten depresión, ansiedad, estrés postraumático complejo, entre otros. Estas condiciones se entrelazan con precariedad laboral, escolaridad limitada y traslados largos, lo que incrementa inasistencias a sus citas. Por ello, sostener el cuidado implica coordinación interna para reprogramar y evitar pérdidas de seguimiento.

2) Aportes del trabajo conjunto y riesgos de la fragmentación

La consulta ginecológica abre conversaciones sobre cuerpo y sexualidad donde emergen señales de depresión, violencia o duelo; la derivación ágil a salud mental reduce tiempos y facilita intervenciones oportunas. Instrumentos breves para síntomas menopáusicos pueden orientar decisiones y derivaciones (Caixas et al., 2024; Tariq, 2025). Desde la salud mental, es importante ampliar el panorama para comprender el contexto de las usuarias, iluminar sus recursos y habilidades; abrir espacio a dudas que tenga y que con ello se favorezca la relación con los profesionales de la salud.

Sin coordinación entre los servicios aumenta el riesgo de que se mantengan invisibilizadas las situaciones de violencia que podrían estar viviendo las usuarias, su salud sexual y que se den explicaciones simplistas a su comportamiento (p.ej. “es por la edad”), además de privilegiar la indetectabilidad como única meta. La literatura subraya que los desafíos del envejecimiento con VIH son médicos y psicosociales, por lo que requieren equipos integrados (Ahmed et al., 2023).

3) Retos y limitantes

Las principales barreras son sobrecarga de servicios, tiempos de espera y escasez intermitente de insumos (estrógenos locales, fármacos psiquiátricos). Coordinar varias citas en un mismo día —estrategia clave para usuarias con pocos recursos— exige flexibilidad institucional. Asimismo, se requieren acuerdos sobre comunicación y confidencialidad para discutir casos complejos sin vulnerar derechos. Persisten brechas de formación y ambigüedad de roles para colaborar de manera sistemática (Cano et al., 2025).

4) Estigma, edadismo y desigualdad

El estigma relacionado con el VIH puede retrasar la búsqueda de atención y debilitar las redes de apoyo. En mujeres mayores, se intersectan género, edad, precariedad, baja escolaridad y experiencias de violencia (Kokorelias et al., 2024). En este contexto, las estrategias clínicas concretas —trato empático, lenguaje claro, negociación de horarios y concentración de citas— disminuyen barreras y fortalecen el vínculo terapéutico.



5) Componentes mínimos para un modelo centrado en la persona

Proponemos: (a) tamizajes compartidos y rutas de derivación (menopausia, salud sexual, violencia, síntomas depresivos / ansiosos,

proceso de duelo); (b) agenda integrada para agrupar servicios el mismo día cuando la usuaria lo prefiera; (c) reuniones breves de casos complejos con medicina general, infectología, ginecología, salud mental, trabajo social, enfermería; (d) acuerdos de comunicación con consentimiento y resguardo de confidencialidad; y (e) indicadores de seguimiento que incluyan continuidad, acceso a insumos y resolución de síntomas prioritarios. Estas acciones se alinean con recomendaciones para escalar la atención centrada en la persona en VIH (Golob et al., 2025; Hafis, et al., 2024).



CONCLUSIONES

El trabajo interdisciplinario entre ginecología y psicología con mujeres en senectud y que viven con VIH permite abordar necesidades clínicas y

psicosociales que, en modelos fragmentados, pueden quedar invisibilizadas. Al articular tamizajes, derivaciones y planes acordes con la vida cotidiana, se mejora la experiencia de atención y se sostiene la continuidad del cuidado.

Sin embargo, la interdisciplinariedad requiere condiciones habilitantes: insumos disponibles, tiempos de consulta suficientes, espacios breves de coordinación y acuerdos de confidencialidad. Fortalecer estos componentes puede reducir inequidades y hacer que el cuidado sea, además de efectivo, digno y centrado en la persona.

Declaración de originalidad: Declaramos que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista o medio editorial.

Contribución de autoría: Participamos en la conceptualización del manuscrito, investigación documental, revisión de literatura, análisis e interpretación de la información, redacción del borrador original, revisión crítica y edición final del documento. Asimismo, aprobamos la versión final del manuscrito y asumimos plena responsabilidad por su contenido.

Conflicto de intereses: Declaramos no tener conflictos de interés relacionados con la presente publicación.

Financiamiento: Declaramos que este trabajo no recibió financiamiento específico de organismos públicos, comerciales o sin fines de lucro.

Consideraciones éticas: Este artículo corresponde a un trabajo de reflexión y análisis sustentado en literatura científica y experiencia profesional. No involucró la participación directa de seres humanos, la recolección de datos identificables ni intervenciones sobre participantes.

Disponibilidad de datos: La información que respalda este trabajo corresponde a las fuentes bibliográficas citadas en el manuscrito.

Uso de inteligencia artificial: Utilizamos ChatGPT (OpenAI) como apoyo para la corrección de estilo, mejora de la redacción y organización del contenido. Revisamos, verificamos y aprobamos íntegramente el contenido final, asumiendo plena responsabilidad sobre la exactitud y validez científica del manuscrito.

Derechos de autor: Conservamos los derechos morales de la obra y autorizo a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

REFERENCIAS

- Abelman, R. (2026). Geriatric syndromes in women living with HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 21(1), 82–88. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000988>
- Ahmed, M. H., Ahmed, F., Abu-Median, A.-B., Panourgia, M., Owles, H., Ochieng, B., Ahamed, H., Wale, J., Dietsch, B., & Mital, D. (2023). HIV and an Ageing Population—What Are the Medical, Psychosocial, and Palliative Care Challenges in Healthcare Provisions. *Microorganisms*, 11(10), 2426. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11102426>
- Caixas, U., Tariq, S., Morello, J., Dragovic, G., Lourida, G., Hachfeld, A. Nwokolo, N., & for the Women Against Viruses in Europe (and WAVE) Working Group (2024). Comorbidities and menopause assessment in women living with HIV: a survey of healthcare providers across the WHO European region. *AIDS Care*, 36(1), 107–114. <https://doi.org/10.1080/09540121.2023.2216008>
- Cano, C. M., Suárez-Robles, M., Ryan, P., Hernández-Ruiz, V., Guaraldi, G., Falutz, J., Moreno, S., Sánchez-Conde, M., & Brañas, F. (2025). Advancing integration in the approach to older adults with HIV: perspectives from geriatric and HIV specialists. *BMC Geriatrics*, 25(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06593-2>
- Golob, L., Williams, E. L., Bras, M., Clifton, B., Ford, N., Geng, E. H., Green, K. E., Janamnuaysook, R., Katz, I. T., Mworeko, L., Olete, R. A., Pinto, C., Rajasuriar, R., Sikombe, K., Tan, D. H. S., & Grinsztejn, B. (2025). A roadmap to scale up person-centred care in the HIV response: Recommendations from a global consensus-building process. *Journal of the International AIDS Society*, 28, e70071. <https://doi.org/10.1002/jia2.70071>
- Hafiz O, Yin X, Sun S, Yang J, Liu H. (2024). Examining the Use and Application of the WHO Integrated People-Centred Health Services Framework in Research Globally – a Systematic Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*, 24(2),1–11. <https://doi.org/10.5334/ijic.7754>
- Kokorelias, K., Brown, P., Walmsley, S., Zhabokritsky, A., Su, E., & Sirisegaram, L. (2024). Age-related experiences of diverse older women living with HIV: A scoping review protocol informed by intersectionality. *PLoS ONE*, 19(6), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306225>
- López, A., Rafful, C., Orozco, R., Contreras-Valdez, J. A., Jiménez-Rivagorza, L., & Morales, M. (2023). HIV Stigma Mechanisms Scale: Factor structure, reliability, and validity in Mexican adults. *AIDS and Behavior*, 27(4), 1321–1328. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03868-2>
- Núñez, I., Caro-Vega, Y., Alegre-Díaz, J., Crabtree-Ramírez, B., Ramírez-Reyes, R., Kuri-Morales, P., López-Cervantes, M., Sierra-Madero, J., & Belaunzarán-Zamudio, P. F. (2025). Trends in mortality among people with HIV in Mexico: Analysis of national death registries (1998–2022). *Open Forum Infectious Diseases*, 12(9), 1–9. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaf551>
- Tariq, S. (2025). Menopause: An opportunity to optimize health and well being for people with HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 20(4), 388–395. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000944>