

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

---

---

División Académica de ciencias de la salud



**Violencia psicológica en pacientes con VIH/ SIDA de la  
Unidad de Medicina Familiar No. 43 del IMSS de  
Villahermosa Tabasco.**

**Tesis que para obtener el Diploma de la  
Especialidad en: Medicina Familiar**

**Presenta:**

**ALEJANDRA JANETTE CERON SILVA**

**Director (es):**

**DR. EN EDUCACION  
ABEL PEREZ PAVON**

**VILLAHERMOSA, TABASCO.**

**ENERO 2024**



## Autorización de impresión de tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE™



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



Villahermosa, Tabasco, 27 de noviembre de 2023

Of. No.798/DIRECCIÓN/DACS

**ASUNTO:** Autorización de impresión de tesis

**C. Alejandra Janette Cerón Silva**  
Especialidad en Medicina Familiar  
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **“VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON VIH/SIDA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 43 DEL IMSS DE VILLAHERMOSA TABASCO”**, con índice de similitud **11%** y registro del proyecto No. **JI-PG-299**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores Dra. Elizabeth Gallegos Tosca, Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez, Dr. Elías Hernández Cornelio, Dr. Jorge Iván Martínez Pérez y Dra. Rosario Zapata Vázquez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Director de tesis el Dr. Abel Pérez Pavón

Atentamente

UJAT



**DACS  
DIRECCIÓN**

*Mirian Carolina Martínez López*  
**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora

C.c.p.- Dr. Abel Pérez Pavón. – Director de Tesis  
C.c.p.- Dra. Elizabeth Gallegos Tosca. – Sinodal  
C.c.p.- Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez. – Sinodal  
C.c.p.- Dr. Elías Hernández Cornelio. – Sinodal  
C.c.p.- Dr. Jorge Iván Martínez Pérez. – Sinodal  
C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez. – Sinodal  
C.c.p.- Archivo  
DC/OGMF/wag\*

Miembro CUMEX desde 2008  
**Consorcio de  
Universidades  
Mexicanas**  
UNA ALIANZA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamulté de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco  
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

[www.dacs.ujat.mx](http://www.dacs.ujat.mx)

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



### Acta de revisión de tesis:



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**  
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



#### ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 17:00 horas del día 21 del mes de noviembre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

**"VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON VIH/SIDA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 43 DEL IMSS DE VILLAHERMOSA TABASCO"**

Presentada por el alumno (a):

Cerón Silva Alejandra Janette  
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	1	1	E	7	0	0	5	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

**Especialista en Medicina Familiar**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

#### COMITÉ SINODAL

Dr. Abel Pérez Pavón  
Director de tesis

Dr. Elizabeth Gallegos Tosca

Dr. Dulce Azahar Padilla Sánchez

Dr. Elías Hernández Cornelio

Dr. Jorge Iván Martínez Pérez

Dr. Rosario Zapata Vázquez





## Cede de derechos

### Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 15 del mes de Noviembre del año 2023, la que suscribe, Alejandra Janette Cerón Silva, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70050 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Violencia Psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad De Medicina Familiar No. 43 del IMSS de Villahermosa Tabasco”**, bajo la Dirección del Dr. Abel Pérez Pavón, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. La alumna cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [ale\\_ceron@hotmail.com](mailto:ale_ceron@hotmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

  
Alejandra Janette Cerón Silva

Nombre y Firma





## **Reconocimiento a las instituciones participantes en la investigación**

Expreso mi más sincero reconocimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social por facilitar el acceso a la Unidad de Medicina Familiar No. 43 y por apoyar activamente esta investigación. Agradecemos especialmente a los profesionales de la salud, personal administrativo y a los pacientes que participaron en el estudio, cuya valiosa contribución ha permitido profundizar en la comprensión de la violencia psicológica en el contexto del VIH/SIDA.

La disposición, comprensión y apertura mostradas por la Unidad de Medicina Familiar No. 43 han sido fundamentales para el éxito de este proyecto. La sensibilidad hacia la importancia de abordar la violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA es un reflejo del compromiso de la institución con el bienestar integral de sus usuarios.



## Dedicatoria

A mis padres, cuyo amor y apoyo incondicional han sido mi faro en cada travesía. Gracias por su paciencia, comprensión y por ser la fuente constante de inspiración.

A mi hijo, cuya inocencia y alegría han sido el bálsamo que necesitaba en los momentos desafiantes de esta investigación. Que este trabajo sea un testimonio de mi compromiso con un mundo más comprensivo y empático para las generaciones futuras.

A nuestras familias y seres queridos, cuyo apoyo ha sido fundamental en los altibajos de esta travesía. Gracias por entender las largas noches de investigación y por celebrar los pequeños triunfos y avances.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



---

---

## Agradecimientos

Quiero expresar mi profundo agradecimiento al Dr. Abel Pérez Pavón por su inigualable contribución a esta tesis. Su dedicación, conocimiento y mentoría han sido cruciales en cada fase de este proyecto.

La orientación experta del Dr. Abel Pérez Pavón ha iluminado el camino de mi investigación. Sus valiosas sugerencias y perspectivas críticas no solo enriquecieron el contenido de esta tesis, sino que también contribuyeron significativamente a mi crecimiento profesional.

Agradezco sinceramente al Dr. Iván Martínez Pérez por su dedicación a la excelencia académica. Su asesoramiento experto ha sido fundamental en la formulación y ejecución de esta investigación. Su disposición para compartir conocimientos y brindar perspectivas críticas ha enriquecido considerablemente el contenido de este trabajo.



## Índice

<b><i>I. Índice de tablas y figuras</i></b> .....	<b>X</b>
<b><i>Abreviaturas</i></b> .....	<b>XI</b>
<b><i>Glosario de términos</i></b> .....	<b>XII</b>
<b><i>Resumen</i></b> .....	<b>XIII</b>
<b><i>Abstrac</i></b> .....	<b>XIV</b>
<b><i>1. Introducción</i></b> .....	<b>15</b>
<b><i>2. Marco Teórico</i></b> .....	<b>16</b>
<b><i>Etiología:</i></b> .....	<b>17</b>
<b><i>Clasificación</i></b> .....	<b>18</b>
<b><i>Diagnóstico</i></b> .....	<b>19</b>
<b><i>La violencia</i></b> .....	<b>19</b>
<b><i>VIH y violencia</i></b> .....	<b>20</b>
<b><i>3. Planteamiento Del Problema</i></b> .....	<b>24</b>
<b><i>4. Justificación</i></b> .....	<b>25</b>
<b><i>Factibilidad:</i></b> .....	<b>26</b>
<b><i>Discrepancia:</i></b> .....	<b>26</b>
<b><i>Hipótesis</i></b> .....	<b>27</b>
<b><i>5. Objetivos</i></b> .....	<b>27</b>
<b><i>5.1 Objetivo general</i></b> .....	<b>27</b>
<b><i>5.2 Objetivos específicos</i></b> .....	<b>27</b>
<b><i>6. Material y métodos</i></b> .....	<b>28</b>
<b><i>6.1 Tipo de estudio</i></b> .....	<b>28</b>
<b><i>6.2 Población de estudio (universo de trabajo)</i></b> .....	<b>28</b>
<b><i>6.3 Calculo de la muestra</i></b> .....	<b>28</b>
<b><i>6.4 Descripción de la metodología</i></b> .....	<b>29</b>
<b><i>6.5 Criterios de selección</i></b> .....	<b>30</b>





---

---

<b>6.6 Variables</b> -----	<b>31</b>
<b>6.8 Recursos Humanos Financieros y Físicos</b> -----	<b>33</b>
<b>6.9 Aspectos Éticos</b> -----	<b>34</b>
<b>7.Resultados</b> -----	<b>36</b>
<b>8.Discusión</b> -----	<b>49</b>
<b>10.Perspectivas</b> -----	<b>51</b>
<b>11, Referencias bibliográficas</b> -----	<b>52</b>
<b>12.Anexos</b> -----	<b>56</b>
<b>12.1 cronograma de actividades</b> -----	<b>56</b>



## I. Índice de tablas y figuras

Tabla 1 recursos materiales-----	35
Tabla 2 edad por quinquenios de pacientes con VIH/ SIDA-----	37
Grafica 1 Variable sociodemográfica sexo-----	38
Grafica 2 variable estado civil-----	38
Grafica 3 variable escolaridad-----	39
Grafica 4 variable situación geográfica-----	39
Grafica 5 variable ocupación-----	40
Tabla 3 Distribución global de las características sociales y demográficas de los pacientes con VIH/SIDA-----	41
Grafica 6 Distribución global de las características sociales y demográficas de los pacientes con VIH/SIDA-----	42
Grafica 7 Variable tiempo de inicio de tratamiento médico-----	42
Grafica 8 Variable tiempo de inicio de tratamiento médico-----	43
Grafica 9 Variable tiempo en comunicar su diagnóstico-----	43
Grafica 10 Variable nivel de violencia psicológica -----	44
Grafica 11 Variable responsable social de violencia-----	44
Grafica 12 Variable adherencia al tratamiento-----	45
Tabla 3 Distribución global de las características sociales y demográficas de los pacientes con VIH/SIDA-----	46



## Abreviaturas

<i>ABREVIATURA</i>	<i>SIGNIFICADO</i>
<i>OMS</i>	Organización mundial de la salud
<i>UMF</i>	Unidad de medicina familiar
<i>VIH</i>	Virus de inmunodeficiencia humana
<i>SIDA</i>	Síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida
<i>ONU</i>	Organización de las naciones unidas
<i>ADN</i>	Ácido desoxirribonucleico
<i>ARN</i>	Ácido ribonucleico
<i>IGG</i>	Inmunoglobulina “G”
<i>IGM</i>	Inmunoglobulina “M”



---

---

## Glosario de términos

**VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana):** El VIH es un virus que ataca al sistema inmunológico del cuerpo, debilitándolo y haciendo que sea más susceptible a diversas infecciones y enfermedades.

**SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida):** El SIDA es la etapa avanzada de la infección por el VIH. Se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas y ciertos tipos de cáncer.

**Violencia:** se refiere al uso intencional de la fuerza física, psicológica o verbal con el objetivo de dañar a otras personas, ya sea en forma directa o indirecta.

**Violencia psicológica:** Un tipo de maltrato que implica el uso de tácticas emocionales o mentales para controlar, dominar o causar daño psicológico a otra persona.

**Violencia Menor:** Conflictos o actos agresivos que no alcanzan un nivel crítico, pero aun así tienen un impacto negativo.

**Violencia Mayor:** Situaciones como violencia física grave, abuso sistemático, o cualquier forma de agresión que tenga consecuencias significativas y duraderas.

**Perpetrador:** individuos que son responsables de realizar acciones perjudiciales, ya sea en forma de violencia física, psicológica, abuso, delitos, o cualquier otra conducta que cause daño o perjuicio a otras personas.

**Derechohabiente:** individuo que, por su relación con un afiliado a un sistema de seguridad social, tiene derecho a recibir determinados beneficios, servicios o coberturas establecidos por dicha entidad.



---

---

## Resumen

**INTRODUCCIÓN:** La infección por VIH/SIDA ha presentado repercusiones a la salud física y mental. El Center for Disease Control registró que el 26.30% de pacientes con VIH sufren violencia y se ha relacionado como causa para que los pacientes no busquen tratamiento oportuno o presentar desapego terapéutico. **OBJETIVO:** Determinar el grado de violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la unidad de medicina familiar No. 43 del IMSS de Villahermosa Tabasco. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Durante el periodo de enero 2022 a diciembre 2022 en la Unidad de Medicina Familiar No. 43. Se realizó un estudio de no intervención, transversal y analítico mediante la aplicación de una encuesta, con una muestra de 203 pacientes. **RESULTADOS:** El rango de edad con mayor frecuencia de pacientes con VIH/SIDA osciló entre 26-30 años; el sexo masculino presentó mayor número de participantes 148(72.9%) el sexo en relación a grado de violencia psicológica: ( $\chi^2=18.513^a$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ , responsable social de violencia /grado de violencia psicológica: ( $\chi^2=191.330^a$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ , adherencia al tratamiento /grado de violencia psicológica: ( $\chi^2=203.000$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ . **CONCLUSIONES:** La violencia psicológica mayor fue la más frecuente, el sexo femenino presentó en su totalidad violencia psicológica mayor, la familia es el principal responsable social de violencia psicológica, los pacientes con violencia mayor no presentan apego al tratamiento. **PALABRAS CLAVE:** virus de la inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida, violencia psicológica.



---

---

## Abstrac

**INTRODUCTION:** HIV/AIDS infection has had repercussions on physical and mental health. The Center for Disease Control recorded that 26.30% of patients with HIV suffer from violence and it has been linked as a cause for patients not seeking timely treatment or presenting therapeutic detachment. **OBJECTIVE:** Determine the degree of psychological violence in patients with HIV/AIDS in the family medicine unit No. 43 of the IMSS of Villahermosa Tabasco. **MATERIAL AND METHODS:** During the period from January 2022 to December 2022 in the Family Medicine Unit No. 43. A non-intervention, cross-sectional and analytical study was carried out by applying a survey, with a sample of 203 patients. **RESULTS:** The most frequent age range of patients with HIV/AIDS ranged between 26-30 years; The male sex presented a greater number of participants 148 (72.9%) than the sex in relation to the degree of psychological violence: ( $\chi^2= 18.513a$ );  $Df = 1$ ;  $p = 0.001$ ), social responsible for violence / degree of psychological violence: ( $\chi^2= 191.330a$ );  $Df = 1$ ;  $p = 0.001$ , treatment adherence/degree of psychological violence: ( $\chi^2= 203,000$ );  $Df = 1$ ;  $p = 0.001$ . **CONCLUSIONS:** Major psychological violence was the most frequent, all females presented major psychological violence, the family is the main social responsible for psychological violence, patients with major violence do not show adherence to the treatment. **KEYWORDS:** human immunodeficiency virus, acquired human immunodeficiency syndrome, psychological violence.





## 1. Introducción

El VIH/SIDA además de representar una patología altamente impactante en la salud física, es un desafío significativo desde el punto de vista psicológico y emocional para quienes viven con esta condición. En el marco de la atención médica integral, es esencial abordar no solo los aspectos físicos de la enfermedad, sino también las complejidades psicológicas que pueden surgir. Lamentablemente, uno de los aspectos menos explorados, pero igualmente impactantes es la violencia psicológica que algunos pacientes con VIH/SIDA pueden enfrentar.

La violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA, contribuye a tener consecuencias en la adhesión al tratamiento y en la calidad de vida de estos individuos. A pesar de los avances en la comprensión y el tratamiento del VIH/SIDA, persisten estigmas y prejuicios que rodean a esta enfermedad, contribuyendo a un entorno propicio para la violencia psicológica. La falta de conciencia y educación sobre el VIH/SIDA a menudo alimenta malentendidos y juicios erróneos, creando un terreno fértil para la discriminación. Este escenario se ve agravado cuando se manifiesta en entornos de atención médica, donde se espera que la empatía y el apoyo sean piedras angulares.

El propósito de esta investigación es examinar de cerca la dinámica de la violencia psicológica dentro de la unidad de medicina familiar en el contexto de pacientes con VIH/SIDA. A través de entrevistas, análisis de casos y revisión de la literatura existente, buscamos identificar patrones, desafíos y posibles soluciones que puedan mejorar la calidad de atención para esta población vulnerable. Reconociendo la importancia de abordar no solo la salud física, sino también la salud mental, esta investigación aspira a catalizar un cambio positivo en la forma en que abordamos y apoyamos a aquellos que luchan no solo contra una enfermedad médica, sino también contra la carga emocional que conlleva.

Al sumergirnos en esta indagación, nos proponemos no solo visibilizar la violencia psicológica experimentada por los pacientes con VIH/SIDA, sino también abogar por un enfoque integral que promueva la comprensión, el respeto y la empatía en el tratamiento de esta población particularmente vulnerable.



## 2. Marco Teórico

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su correspondiente síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) constituyen un tema de relevancia epidemiológica mundial ampliamente estudiado debido a sus numerosos efectos sobre la salud de quienes lo padecen y su riesgo de morbilidad sin un adecuado tratamiento. A pesar de ser una enfermedad que ha estado presente por décadas y con una gran distribución, se encuentra rodeada de desconocimiento por parte de la sociedad en general y ha sido causa de distintos tipos de violencia sobre quienes padecen la enfermedad.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reportó en el año 2020 que 37, 700,000 personas vivían con VIH en todo el mundo, de los cuales 1, 500,000 de personas corresponden a casos nuevos diagnosticados ese mismo año y se presentaron 680,000 defunciones a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA en ese año.<sup>[1]</sup>

En países de 1.er mundo como estados unidos, el VIH es un tema de gran impacto en salud pública, de acuerdo con los últimos análisis epidemiológicos, la cifra de personas que viven con diagnóstico de VIH aumentó en un 33% durante 2009-2018, de 797,053 a 1, 023,832. En el año 2018, más del 64% de las personas con VIH diagnosticado tenían entre 45 y 54 años y 55 años o más 36%.<sup>2</sup>

En Europa, existen 2, 500,000 personas con VIH. El número acumulado de infecciones por VIH-1 diagnosticadas en el continente europeo llegaron a 1, 840,136 al final de 2014, según informó el Sistema Europeo de Vigilancia (TESSy), una base de datos conjunta ECDC /OMS para la vigilancia del VIH / SIDA (ECDC), 2015). La tasa de nuevas infecciones se ha incrementado, después de que se mantuvo bastante estable de 6,7 en 2005 a 6,4 por 100.000 habitantes en 2014, alrededor de un tercio de las infecciones por VIH-1 recién adquiridas se encuentran entre inmigrantes, mientras que dos tercios se encuentran entre los pobladores nativos de sus respectivas zonas.<sup>3</sup>



En América Latina durante el 2018, se estima que aproximadamente 100,000 personas adquirieron el VIH, con aumento del 7% respecto al año 2010. Brasil representa el 21% de los casos al igual que Costa Rica, Bolivia representa 22% de los casos y Chile representa 34 %, encontrándose un descenso con base a los casos del 2010 en El Salvador con un -48%, Nicaragua -29%, y Colombia -22%. El 40% de los nuevos casos ocurridos en 2018 se produjo entre gays y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. <sup>4</sup>

En México según información del centro nacional para la prevención y control del VIH / SIDA (CENSIDA), durante el 2020, se registraron 270,000 personas que viven con VIH, y se estima que 3 de cada 10 no conocen su diagnóstico. Con una distribución por sexos que abarca el 81% en hombres y 19% del total de casos reportados en mujeres, de las cuales, 8 de cada 10 adquirieron la infección a través de una pareja estable. Llama la atención que, del total de casos, solo el 60% se encuentra en tratamiento para su padecimiento. <sup>5</sup>

La pandemia por VIH/SIDA también se ha visto acompañada por un gran desconocimiento sobre la enfermedad, la ignorancia sobre el tema causa miedo sobre la población, así mismo el miedo puede provocar como secuela el uso de violencia de diversa índole sobre quienes padecen la enfermedad como mecanismo de defensa psicológico por parte de los perpetradores. <sup>6</sup>

### **Etiología:**

EL VIH pertenece al grupo de los retrovirus, virus ARN que requiere un ADN intermediario para su replicación, depende del ADN retrotranscriptasa o polimerasa, que proviene del ARN y dentro del virión lo encontramos. Estas enzimas permiten la transcripción o replicación de información genética de tipo ARN a ADN. Esta característica de sintetizar a partir de una información genética en forma de ARN una partícula, es la característica de este tipo de virus. <sup>7</sup>



El VIH pertenece a una familia de virus llamado lentivirus, los cuales tienen la propiedad de causar inmunodeficiencia, al provocar la destrucción lenta y gradual de las células infectadas. En este subgrupo, los agentes causantes de la enfermedad en humanos son el VIH-1 y el VIH-2, que fueron descubiertos en 1983 y 1986, respectivamente.

El virus VIH-1 tiene varios serotipos y se clasifican en tres grupos principales: M (main), O (outlier) y N (New, No M, No O). El grupo M es el responsable de causar la mayoría de las infecciones a nivel mundial y posee serotipos A, B, C, D, E, F, G, H, J, K. El VIH-2, debido a su menor circulación global, tiene pocos serotipos: A, B, C y E.<sup>8</sup>

Las vías de transmisión del VIH son: por contacto sexual, por sangre y derivados con infección por el virus y transmisión vertical, siendo el contacto sexual la causa vía de infección principal en el mundo. Incluyendo las relaciones sexuales hetero y homosexual, así como el coito anal, vaginal y el sexo oral; aunque el riesgo de infección se incrementa si hay alguna enfermedad de transmisión sexual preexistente.<sup>9</sup>

El virus del VIH infecta las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo que trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichas células a causa de la replicación viral dentro de ellos. Las manifestaciones clínicas se presentan en cuatro fases: 1. Fase de infección aguda la cual tiene una duración entre 2 a 10 semanas después del contagio. 2. Fase infección crónica por el VIH (infección asintomática o fase de latencia clínica), tiene una duración entre pocos meses a 10 años; puede estar completamente asintomático o presentar enfermedades asociadas a la inmunosupresión. 3. Fase SIDA aparecen infecciones y tumores oportunista, además de presentar manifestaciones de pérdida de peso, diarrea crónica y carga de virus alta.<sup>10</sup>

### **Clasificación**

Existe una clasificación desde 1993 que tiene en cuenta el conteo de células CD4 y la clínica del paciente, por lo que los clasifica en 1, 2 y 3 en función del recuento de células CD4 y el punto de vista clínico en A, B y C.



Categoría CD4	Categoría Clínica		
	A	B	C
(1) $\geq 500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
(2) 200-499/ $\text{mm}^3$	A2	B2	C2
(3) $< 200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

**Nota:** las categorías incluidas en la zona sombreada indican SIDA.

**Categoría Clínica A:** Infección asintomática, linfadenopatía generalizada persistente e infección Aguda (Primaria). **Categoría Clínica B:** Angiomatosis bacilar, candidiasis vulvovaginal persistente, candidiasis orofaríngea, displasia cervical o carcinoma in situ y síntomas constitucionales: fiebre ( $38,5^{\circ}\text{C}$ ) o diarrea mayor de 1 mes. **Categoría Clínica C:** Condiciones clínicas que definen SIDA: Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar, coccidioidomicosis, extrapulmonar, criptococosis, extrapulmonar, criptosporidiosis con diarrea mayor de un mes, neumonía por *Pneumocystis carinii*, sarcoma de Kaposi, síndrome de desgaste.<sup>11</sup>

## Diagnóstico

Existen diferentes tipos de prueba para el diagnóstico, las cuales son pruebas rápidas, pruebas de screening, ensayo confirmatorio, detección de antigenemia y cuantificación de la carga viral

12

## La violencia

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, con el fin de amenazar o ejerciéndolo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. De este modo, se conoce que existen diversos tipos de violencia entre los cuales son violencia verbal, emocional, física y psicológica.<sup>13</sup>

La violencia verbal se realiza mediante amenazas de ejercer violencia física, mediante la degradación del valor de la persona por medio de frases; es frecuente que la víctima se acostumbre, causando una adaptación y sea vista con normalidad.<sup>14</sup>



La violencia emocional tiene como objetivo los sentimientos y la autoestima de la persona, haciéndola dudar de su propia realidad y limitando sus recursos para sobrevivir, constituye una forma de tortura que mantiene a la víctima desequilibrada.<sup>14</sup>

La violencia física por su parte es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas y/o externas.<sup>15</sup>

Violencia psicológica, es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio. La violencia psicológica se manifiesta como un largo proceso en el cual la víctima no se da cuenta de que el agresor vulnera sus derechos, ya que este tipo de maltrato es sutil y difícil de detectar.<sup>15</sup>

## **VIH y violencia**

Existe una relación entre la violencia ejercida principalmente contra la mujer y el ser portador de VIH / SIDA, ambos son causa de afectación a la salud sexual y reproductiva y poseen un vínculo estrecho por diversas vías, ya sea directamente a través de la violación o la agresión sexual o indirectamente a través del miedo a la violencia y las dificultades de la mujer para controlar y negociar el sexo seguro con uso del condón. La violencia en la infancia también puede aumentar las conductas sexuales de riesgo y, por lo tanto, el riesgo de contraer el VIH.<sup>16</sup>

Existe evidencia científica que el VIH también es un factor de riesgo de violencia, ya que la revelación de ello puede poner a las mujeres en riesgo de sufrir violencia por parte de sus parejas, familiares o miembros de la comunidad, el consumo de drogas es otro punto de convergencia entre ambas variables y también puede servir como factor de riesgo o ser el





resultado de sufrir violencia o infección por el VIH. Además, las poblaciones vulnerables, en particular las trabajadoras sexuales, pueden enfrentar mayores riesgos y requieren atención especial.<sup>17</sup>

En individuos con VIH, no solo su funcionamiento fisiológico se ve perjudicado, la presencia del virus también afecta sus emociones y su salud mental, debido a una serie de factores estresantes socioculturales y económicos, con retos emocionales y mentales. Con relación a esto, se cuenta con pruebas que indican una conexión entre la depresión y el estrés causan alteraciones en el sistema nervioso, en el sistema inmunológico y endocrino, lo que conlleva a un desencadenamiento y evolución de la enfermedad.<sup>18</sup>

Se ha demostrado que los pacientes infectados por el VIH pueden tener un mayor riesgo de comportamiento suicida, en particular después de un diagnóstico de la enfermedad del VIH o durante la progresión al SIDA, a medida que la salud y la calidad de vida de los pacientes disminuyen.<sup>19</sup>

De acuerdo con datos del Center for Disease Control (CDC), entre las personas con diagnóstico de VIH, el 26,3% informó haber experimentado alguna vez violencia de pareja, y el 4,4% informó haber experimentado violencia de pareja íntima en los últimos 12 meses. La prevalencia de la violencia infligida por la pareja íntima difiere según el género y la identidad sexual o de género.<sup>20</sup>

Las personas que experimentaron violencia de pareja tenían menos probabilidades de llevar control rutinario de VIH. La detección de violencia de pareja entre personas con diagnóstico de VIH, junto con servicios de apoyo y asesoramiento, puede conducir a una mejor seguridad y resultados clínicos del VIH y una menor necesidad de emergencias y pacientes hospitalizados servicios médicos.<sup>20</sup>

Se ha demostrado que aspectos psicológicos inhibitorios favorecen situaciones de violencia psicológica; afectando la salud mental influyendo negativamente sobre el estado de salud con relación a la infección de la que se es portador. La Biological Psychiatry realizó un estudio donde concluyeron que las personas portadoras del VIH inhibidas psicológicamente



responden mal al tratamiento y son menos resistentes a la enfermedad con respecto a las personas que no son inhibidos psicológicamente; afirmando que la causa a esa reacción es debido por la respuesta ante el estrés. <sup>21</sup>

El VIH es un problema de salud que involucra aspectos emocionales y psicológicos, a nivel personal y social; El estigma aparece se refleja en las personas VIH positivas, como barrera para el inicio de la farmacología, lo que genera que los mismos se preocupen, presenten depresión y ansiedad, afectando la calidad de vida en los pacientes<sup>22</sup>

Las creencias, actitudes y prejuicios de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo médico-asistencial son factores categóricos a la hora de aceptar el tratamiento y seguirlo de forma correcta. La capacidad del paciente para comprender la relación entre apego y resistencia a la medicación también ha mostrado predecir mejor apego. <sup>23</sup>

- Rodríguez Otero y cols. Durante el 2021 en el hospital general de zona #6 en Nuevo León realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo transversal aplicando encuestas a 198 sujetos con el fin de identificar la prevalencia y características de violencia en pacientes con diagnóstico de VIH; teniendo como resultados una prevalencia de violencia en pareja del 40%, siendo más común la violencia psicológica y con una prevalencia del uso del diagnóstico de VIH del 4.54% como vía de materialización de la violencia en pareja; en este estudio se encontró una mayor proporción de víctimas y agresoras mujeres, no heterosexuales y de parejas en las que ambos miembros son seropositivos, corroborando además el uso directo de la condición de salud como causa de la violencia.
- Arévalo Mora encontró en un estudio de similares características metodológicas realizado en Bogotá, Colombia durante el 2017 aplicando la escala de "Index of Spouse Abuse"(I-SA) a 223 mujeres con diagnóstico de VIH encuestadas, el 33.6% experimentaron violencia psicológica y física; el 21.9% presentó violencia física solamente y el 31.8% experimentaron violencia psicológica solamente, también se encontró que las mujeres que más padecen violencia son quienes se encuentran separadas o en unión libre, concluyendo además que debido a los resultados



obtenidos, se sugiere que en las mujeres que padecen VIH se debe de abordar la violencia como una parte rutinaria del tratamiento.

- Hatcher A-M. durante el 2015 realizaron un metaanálisis de 757 textos médicos sobre violencia y VIH, los cuales fueron filtrados para obtener información acerca de los efectos de la violencia sobre el tratamiento; obteniendo que la violencia de pareja entre las mujeres portadoras de VIH se encontraba significativamente asociado a un menor uso de terapias antirretrovirales en 5 artículos, una pobre adherencia a los tratamientos reportada en 6 estudios y una menor tasa de disminución de la carga viral reportada en 7 estudios, teniendo conclusiones similares a lo descrito anteriormente sobre la relevancia del screening de violencia en personas con diagnóstico de VIH.



### 3. Planteamiento Del Problema

El VIH/SIDA es una enfermedad que representa un problema epidemiológico a nivel mundial que causa repercusiones en la salud física de las personas que lo padecen, así también causa un estigma gravemente arraigado en la sociedad hacia estas personas, haciéndolos víctimas de violencia ejercida en distintas formas y por distintos actores sociales, siendo estos familiares, amigos, la pareja e incluso personal asociado al área médica, se estima que cerca de 37,700 millones personas viven con VIH en el mundo y 270,000 millones lo padecen en México; en Tabasco esta enfermedad es una de las patologías infecciosas de mayor frecuencia en el estado; existe en la UMF 43; un registro de 425 casos de esta enfermedad, de las cuales, se desconocen las condiciones de cómo son tratados por terceras personas; por lo cual, determinar el porcentaje de pacientes con VIH que sufren violencia psicológica, es de trascendental importancia, para que el paciente reciba la atención oportuna y así evitar sea un factor agravante de la enfermedad en efectos inmunológicos negativos del estrés o por la inhibición de la persona para buscar atención médica y llevar buen apego al tratamiento.

Es impostergable elaborar un diagnóstico fidedigno sobre los niveles de violencia psicológica que padecen las personas con VIH/SIDA; se conoce que la violencia psicológica puede agravar la carga emocional que conlleva vivir con VIH, lo que afecta negativamente la adherencia al tratamiento, la búsqueda de atención médica y la calidad de las relaciones interpersonales. Atender este aspecto es esencial para promover una atención integral de la salud y abogar por los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA.

Un diagnóstico de salud mental de los pacientes con VIH/SIDA será de utilidad para poder generar alternativas de solución relacionadas a los factores que condicionaron esta enfermedad; de esta manera se podrá otorgar la atención y en su caso derivar a los niveles correspondientes para su atención integral.

Por ello nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

***¿Cuál es el grado de violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la unidad de medicina familiar No. 43 del IMSS de Villahermosa Tabasco?***



---

---

## 4. Justificación

La epidemia por VIH/SIDA representa un reto para los sistemas de salud a nivel mundial, sobre todo en los países en vías de desarrollo y en los subdesarrollados, de acuerdo con datos oficiales, en México, hay 195,860 personas que viven con VIH al 19 de julio de 2021. Y se estima que aproximadamente el 30% desconoce su diagnóstico. En el estado de Tabasco se encuentra con 9898 casos de VIH/SIDA de acuerdo con cifras del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. En la UMF N°43 se tienen registrados 425 casos, además, según estas mismas fuentes, Tabasco se encuentra entre las 5 entidades con mayor tasa de contagios en 2021 con 11.51 por cada 100 mil habitantes, de todos estos casos, se desconocen los niveles de violencia psicológica a los que se encuentran expuestas estas personas.

La importancia de la presente investigación radicó en realizar un diagnóstico para identificar a las personas con VIH que padecen algún tipo de violencia por padecer esta enfermedad; debido a que el desconocimiento de algún tipo de violencia en esta cohorte; es factor de múltiples condiciones que van en contra del bienestar del paciente y en un futuro, se realicen las intervenciones psicológicas pertinentes para atender el impacto psicológico de la violencia en estos pacientes, realizándose el cribado con la población que lleva seguimiento en la clínica de VIH de la Unidad de Medicina Familiar #43; igualmente aportar conocimiento sobre el tema dada la escases de información local sobre el fenómeno sociocultural de la violencia en personas con VIH/SIDA y que sirva de referencia para investigaciones posteriores.

El presente estudio permitió detectar casos de violencia psicológica relacionada con el padecimiento del VIH/SIDA, así como su estadificación en grados de severidad, por lo que en apoyo a la salud tanto física como psicológica de los pacientes que sufren diversos tipos de violencia. Con los resultados obtenidos se pudo realizar un diagnóstico que fue útil para realizar las acciones pertinentes de manera eficiente, repercutiendo así de forma positiva en la calidad de vida de las personas afectadas.



---

---

### **Factibilidad:**

El presente proyecto de investigación es factible debido a que es un estudio de no intervención con apego a las normas y códigos de ética, para realizarlo se necesitó de la aplicación de cuestionarios que permitan detectar y estadificar los casos de violencia relacionada al padecimiento del VIH/SIDA, no requiriendo de más recursos que con los que ya se cuenta en nuestro medio local, además, forma parte de la labor del médico familiar la detección y/o referencia oportuna de los casos que requieran atención especializada u orientación.

### **Discrepancia:**

En relación con la existencia y aplicación de los distintos tipos de violencia, se ha encontrado una prevalencia global del 30% de acuerdo con estimaciones de la OMS, estos datos se derivan de una encuesta de violencia realizada en 2015, donde se encontró que en general el continente americano se encuentra en tercer lugar con un 28.2%, superado por Oceanía con 37.6% y África con 32.7%. Si bien se trata de un fenómeno global, hay diversos factores que contribuyen a la prevalencia de violencia, los cuales abarcan desde causas sociales, económicas, culturales regionales, individuales entre otras. Diversos autores han encontrado una relación entre las tendencias violentas con el entorno donde viven y se desarrollan las personas, no así con otros rasgos como el nivel educativo. De tal modo, que la influencia del entorno es relevante durante la formación de las personas y de ello depende en gran medida la forma en la que tratan a otros. En un medio como es el estado de Tabasco, donde existe una cultura que favorece el incremento de la violencia, por lo tanto es importante determinar los niveles de la misma. De acuerdo con datos de la Secretaría de Seguridad Pública y Ciudadana, reportados entre enero 2021 y octubre 2021; es estado con mayores reportes de violencia intrafamiliar es Estado de México, seguido por Ciudad de México y Nuevo León; Tabasco se encuentra décimo segundo lugar y tres estados con menor reportes de violencia son Yucatán, Tlaxcala y Campeche. Morelos, Sonora, Quintana Roo, Colima, Jalisco, San Luis Potosí, Sinaloa, y Chiapas.





---

---

## Hipótesis

Hipótesis: Existe una relación significativa entre la condición de VIH/SIDA en pacientes y la presencia de violencia psicológica en la Unidad de Medicina Familiar No. 43 del IMSS en Villahermosa, Tabasco.

Hipótesis Nula (H0): No hay una relación significativa entre la condición de VIH/SIDA en pacientes y la presencia de violencia psicológica en la Unidad de Medicina Familiar No. 43 del IMSS en Villahermosa, Tabasco.

## 5. Objetivos

### 5.1 Objetivo general

Determinar el grado de violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la unidad de medicina familiar No. 43 del IMSS de Villahermosa Tabasco.

### 5.2 Objetivos específicos

- Determinar las características sociales y demográficas de los sujetos de estudio
- Determinar los principales responsables sociales, (Pareja, familia, compañeros de trabajo, o amigos) de violencia psicológica sobre los pacientes con diagnóstico de VIH
- Determinar la relación entre el grado el grado de violencia y el apego al tratamiento.



## 6. Material y métodos

### 6.1 Tipo de estudio

Investigación analítica, transversal y retrospectiva

### 6.2 Población de estudio (universo de trabajo)

La unidad de medicina familiar de la UMF No. 43; cuenta con un censo que corresponde a 425 pacientes; pertenecientes al municipio de Villahermosa Tabasco, que se encuentran con diagnóstico confirmado de acuerdo con los registros de la UMF No. 43 de la ciudad de Villahermosa, en el periodo comprendido de enero-diciembre de 2022.

### 6.3 Calculo de la muestra

Tipo de muestreo no probabilístico de tipo consecutivo.

El cálculo de la muestra se realizó a través de la fórmula de la n para poblaciones finitas, teniendo un universo de trabajo compuesto por 425 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA afiliados a la UMF 43.

#### CONSIDERANDO EL UNIVERSO FINITO

FORMULA DE CALCULO

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Dónde:

n= muestra: 203

N= total de población (425)

Z= nivel de confianza (95%=1.96)

p=proporción esperada de violencia en pacientes con VIH (26.7%) [15]

q=probabilidad de que no ocurra el evento (73.3)

E= error de estimación máximo aceptado (5%)

Para una muestra calculada = **203 encuestas**



#### 6.4 Descripción de la metodología

1. **Diseño:** Durante el 2022, en la unidad de Medicina Familiar No.43 de Villahermosa, Tabasco, se realizó una investigación en el cual se utilizó un diseño tipo encuesta, analítico, transversal y retrospectivo.
2. **Cálculo de la muestra:** El cálculo de la muestra se realizó mediante la fórmula de  $n$  para poblaciones finitas que corresponde a 203 pacientes de la clínica de VIH de la unidad de medicina familiar No. 43 del IMSS.
3. **Integración de grupo:** Del universo de trabajo se integró un grupo, lo cuales se seleccionaron mediante los criterios de inclusión y el sistema de aleatorización simple.
4. **Aplicación de encuestas:** Se aplicó un instrumento como herramienta de estudio que presenta dos apartados: el primero que incluyo todas las características sociales y demográficas y la segunda fue útil para evaluar violencia y los grado de la misma, que incluye en sus dominios, ítems, para diagnosticar violencia con una escala ordinal de la siguiente manera: violencia menor o violencia mayor.
5. **Recolección de la información:** La recolección de datos se realizó mediante el instrumento anterior que será concentrado mediante una base datos de Excel, donde se integraran las variables consideradas en el presente proyecto de investigación, y personas involucradas en el estudio, y se recapturara en la base del programa SPSS; como control de calidad. (sistema de doble captura)
6. **Análisis estadístico:** El contraste de variables se realizó mediante la fórmula de  $X^2$  en el programa SPSS versión 25.



---

---

## 6.5 Criterios de selección

### Criterios de inclusión

- Derechohabientes con vigencia institucional.
- Derechohabientes con diagnóstico confirmado de VIH.
- Derechohabientes que acepten participar en la investigación.
- Derechohabientes que firmen el consentimiento informado.
- Derechohabientes con edades en rango de 18 años a 60 años.

### Criterios de no inclusión

- Derechohabientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA y trastornos psiquiátricos.
- Derechohabientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA y deterioro mental.

### Criterios de eliminación

- Derechohabientes que decidan abandonar su participación durante el desarrollo del proyecto
- Encuestas incompletas menor a 80% o con datos insuficientes para evaluar el nivel de violencia psicológica.



## 6.6 Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	FUENTE	ESTADÍSTICA
<b>Edad</b>	Periodo de tiempo desde el nacimiento	Años cumplidos	Cuantitativa Numérica	Hoja de recolección de datos	Estadística descriptiva
<b>Sexo</b>	Conjunto de personas o cosas que tienen unas características comunes	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal	Hoja de recolección de datos	Estadística Descriptiva
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Cualitativa Nominal	Hoja de recolección de datos	Estadística Descriptiva
<b>Escolaridad</b>	Grado académico obtenido por la persona hasta el momento de la encuesta	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado	Ordinal	Hoja de recolección de datos	Estadística Descriptiva
<b>Situación Geográfica</b>	Área geográfica donde vive	Zona rural Zona Urbana Zona suburbana	Cualitativa nominal	Hoja de recolección de datos	Estadística Descriptiva
<b>Ocupación</b>	Actividad principal que realiza.	-Ama de casa -Profesionista -Técnico -Empleado general -Choferes -Obreros	Cualitativa nominal	Hoja de recolección de datos	Estadística Descriptiva
<b>Años con diagnóstico de VIH</b>	Periodo de tiempo en años desde que se diagnosticó la enfermedad	Años de diagnóstico, si tiene menos de un año, se tomará como 1	Cuantitativa numérica	Hoja de recolección de datos	Estadística Descriptiva
<b>Inicio De Tratamiento Médico</b>	Tiempo de inicio del tratamiento con antirretrovirales posterior al diagnóstico confirmatorio.	Periodo de tiempo en iniciar el tratamiento -menos de 1 mes -entre 1 mes a 3 meses -entre 3 meses a 6 meses -más de 6 meses	Cualitativa nominal	Hoja de recolección de datos	Estadística Descriptiva



<b>Postergamiento Del Tratamiento</b>	Inicio tardío del tratamiento médico posterior al diagnóstico confirmatorio.	Motivo de retraso en el inicio del tratamiento por un periodo mayor a tres meses posteriores a la fecha del diagnóstico confirmatorio,	Cualitativa nominal	Hoja de recolección de datos	Estadística Descriptiva
<b>Decisión de comunicación del diagnóstico</b>	Notificación a terceras personas acerca del diagnóstico por parte del mismo paciente	Constituyen los integrantes de la esfera social cercana como la pareja, la familia y los amigos del paciente en un periodo máximo de 6 meses posterior a la fecha de diagnóstico confirmatorio.	Cualitativa nominal	Hoja de recolección de datos	Estadística Descriptiva
<b>Nivel de violencia psicológica</b>	Puntaje obtenido tras la aplicación de la escala de violencia adaptada a pacientes con VIH	De acuerdo con los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento, se clasificará en sin violencia, violencia menor y violencia mayor.	Cuantitativa numérica	Cuestionario autoaplicable	Estadística Descriptiva
<b>Responsables Sociales</b>	Responsables de ejercer violencia psicológica en los pacientes participantes	-Pareja (conyugue) -Familia (madre, padre, hermanos) -Amigos -Compañeros de trabajo	Cualitativa Nominal	Cuestionario autoaplicable	Estadística Descriptiva
<b>Adherencia al tratamiento</b>	Acto, acción o cualidad de ser consistente con la administración de los medicamentos prescritos	Ingesta continua del tratamiento antirretroviral desde el primer mes de diagnóstico. Sera de acuerdo a los resultados en las preguntas asociadas a la interrupción del tratamiento.	Cualitativa Nominal	Cuestionario autoaplicable	Estadística Descriptiva



---

---

## **6.8 Recursos Humanos Financieros y Físicos**

### **Recursos humanos**

Se contó con 2 personas capacitadas, un investigador con 10 años de años de experiencia, una investigadora con 3 años de experiencia clínica.

### **Recursos físicos y materiales**

Se contó con medio físico (consultorio), donde se citaron a los participantes, computadora, encuesta de evaluación y consentimientos informados. Todo se manejó de forma confidencial.

### **Recursos financieros**

Para la realización del estudio no se necesitó un costo financiero ya que está basada para no de depender del recurso financiero

### **Infraestructura**

Se contó en la UMF No. 43 con un consultorio de epidemiología y un consultorio de medicina familiar.

### **Factibilidad**

Se contó con los recursos humanos, físicos, y materiales necesarios para realizar el estudio, y la con autorización del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF 43. Lo cual se consideró factible este estudio.



## Recursos materiales

**Tabla 1.** Recursos materiales

Recursos materiales	Costo unitario	Total
5 lapiceros	\$ 5.00	\$25.00
2 Paquetes Hojas Blancas	\$80.00	\$160.00
2 lápices	\$ 6.00	\$12.00
1 Engrapadora	\$ 45.00	\$ 45.00
1 caja de grapas	\$ 20.00	\$20.00
600 copias	\$300.00	\$300.00
Computadora Personal	\$9000.00	\$9000.00
Impresora	\$ 1000.00	\$1000.00
<b>Total</b>		<b>\$ 10562.00</b>

- Se usaron recursos propios del investigador

## 6.9 Aspectos Éticos

El presente estudio se realizó bajo la aprobación y autorización correspondiente del comité de investigación de la UMF No. 43 IMSS Tabasco.

Por las características del diseño y naturaleza de las variables del estudio, las implicaciones éticas son mínimas.

El artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, establece las categorías de las investigaciones. En la fracción I define que “una investigación sin riesgos son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta.





---

---

Asimismo, en el artículo 20 establece que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento que no existe ningún riesgo en la participación en la investigación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Considerándose un estudio de riesgo menor al mínimo, ya que está de acuerdo con las normas éticas, a la ley general de salud en materia de investigación y a la declaración de Helsinki 1975 modificada en 1993.

De acuerdo con el Código de Núremberg, el proyecto de investigación se llevó a cabo previo consentimiento informado, se realizó para otorgar un beneficio a la sociedad, no se sometió a ningún daño a los participantes. Los participantes tuvieron la libertad de abandonar el proyecto en cualquier momento y se realizó por personal calificado.

Por lo tanto, este trabajo no representó ningún riesgo para las personas involucradas en esta investigación y no puso en riesgo su salud, además es una investigación formal donde los datos son confidenciales. Se realizó una comunicación activa y recíproca con los pacientes que participaron en nuestra investigación, con su autorización en el consentimiento informado.



## 7.Resultados

Al realizar el análisis estadístico de la variable sociodemográfica edad se encontraron los siguientes resultados: media 39, mediana 37, moda 37, así también se consideraron las medidas de dispersión las cuales fueron las siguientes: desviación estándar 11.92, varianza 142, rango: mínimo 19 y máximo 83.

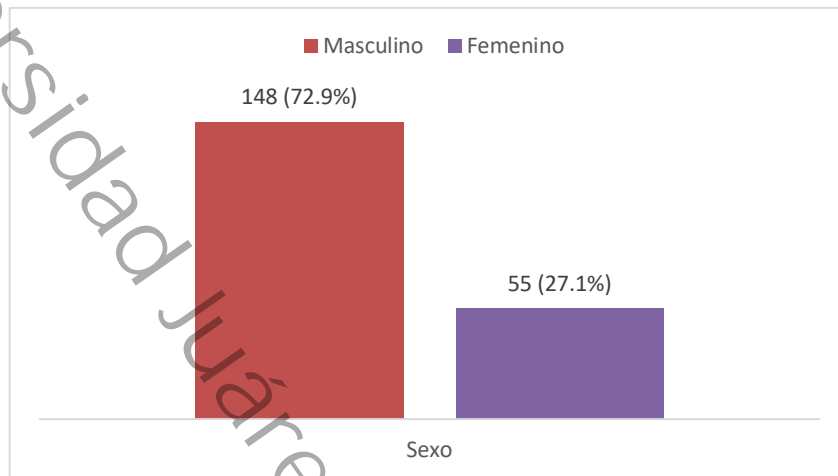
**Tabla 2.** Edad por quinquenios de pacientes con VIH/SIDA

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16-20 AÑOS	7	3.4
21-25 AÑOS	16	7.9
26-30 AÑOS	50	24.6
31-35 AÑOS	49	24.1
36-40 AÑOS	29	14.3
41-45 AÑOS	18	8.9
46-50 AÑOS	13	6.4
51-55 AÑOS	12	5.9
56-60 AÑOS	9	4.4
TOTAL	203	100

**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco

En la evaluación mediante estadística descriptiva de la variante de sexo se encontraron los siguientes resultados: masculino 148 (72.9%) y femenino 55 (27.1%).

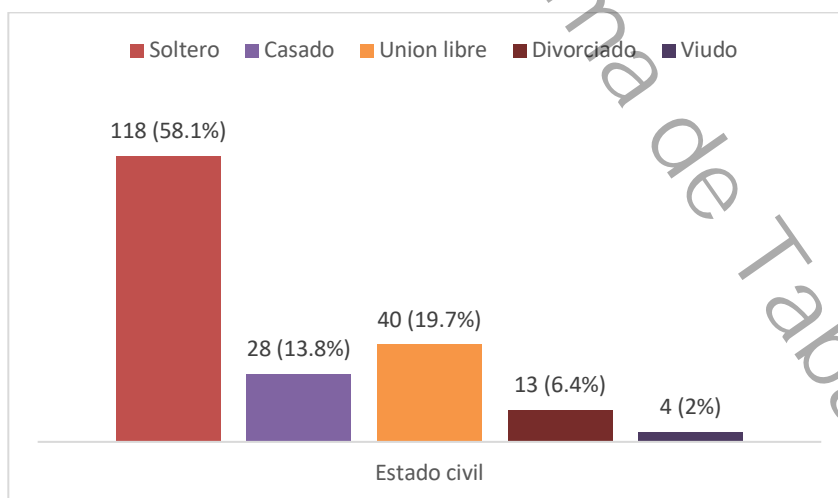
**Gráfica 1:** Variable sociodemográfica sexo



**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco

Al hacer el análisis de la variable de estado civil se obtuvo como resultados: soltero 118 (58.1%), casado 28 (13.8%), unión libre 40 (19.7%), divorciado 13 (6.4%) y viudo 4 (2%).

**Gráfica 2:** Variable estado civil

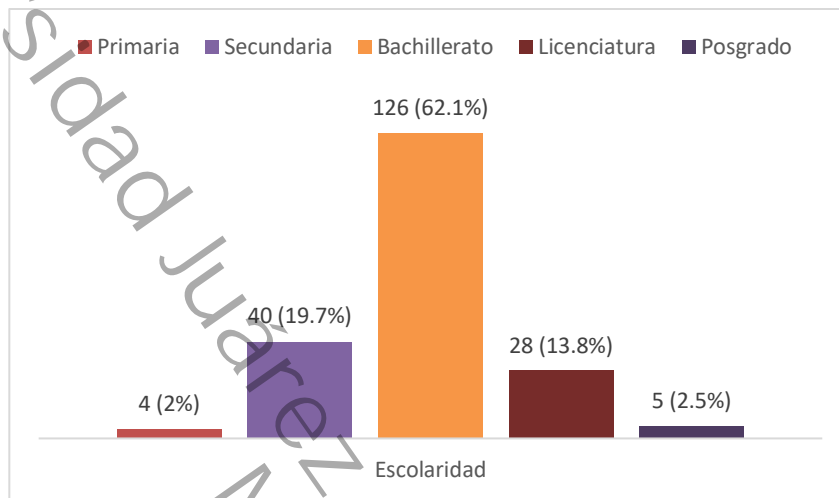


**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco



En la examinación de la variable sociodemográfica escolaridad se encuentran los siguientes resultados: primaria 4 (2%), secundaria 40 (19.7%), bachillerato 126 (62.1%), licenciatura 28 (13.8%) y posgrado 5 (2.5%).

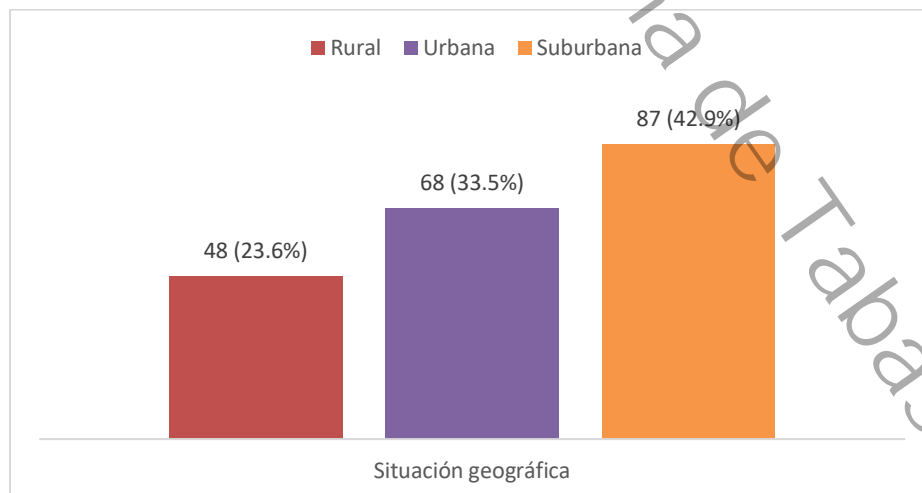
**Gráfica 3:** Variable escolaridad



**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco

En la revisión de la variable sociodemográfica situación geográfica se encontraron los siguientes resultados: rural 48 (23.6%), urbana 68 (33.5%) y suburbana 87 (42.9%).

**Gráfica 4:** Variable situación geográfica

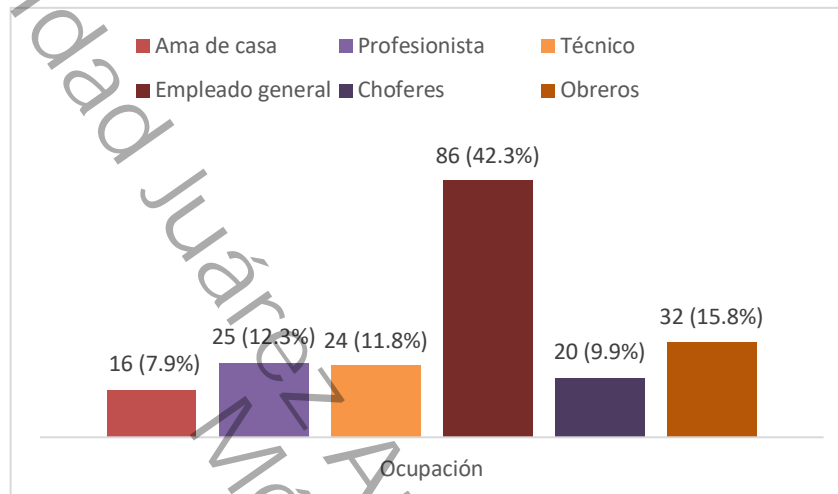


**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco



Al realizar la valoración de la variable sociodemográfica ocupación se obtuvieron los siguientes resultados: ama de casa 16 (7.9%), profesionista 25 (12.3%), técnico 24 (11.8%), empleado general 86 (42.3%), choferes 20 (9.9%) y obreros 32 (15.8%).

**Gráfica 5:** Variable ocupación



**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco



**Tabla 3.** Distribución global de las características sociales y demográficas de los pacientes con VIH/SIDA

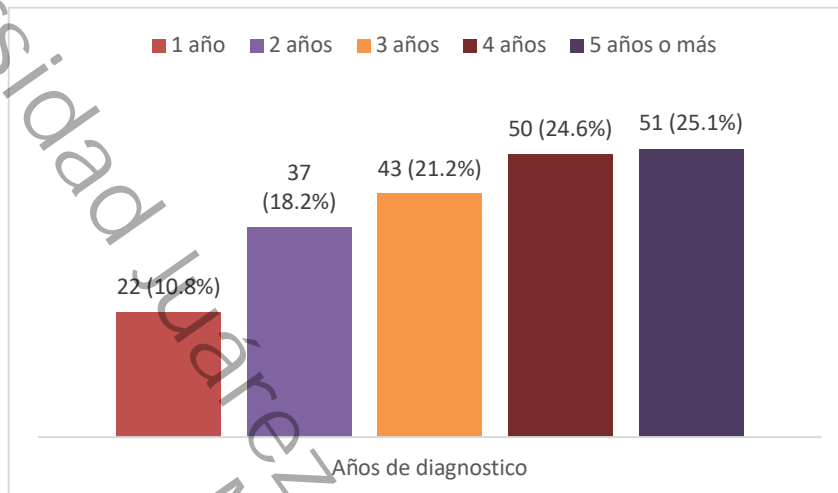
VARIABLES	f	%
<b>SEXO</b>		
-Masculino	148	72.9
-Femenino	55	27.1
<b>ESTADO CIVIL</b>		
-Soltero	118	58.1
-Casado	28	13.8
-Unión Libre	40	19.7
-Divorciado	13	6.4
-Viudo	4	2
<b>ESCOLARIDAD</b>		
-Primaria	4	2
-Secundaria	40	19.7
-Bachillerato	126	62.1
-Licenciatura	28	13.8
-Posgrado	5	2.5
<b>SITUACIÓN GEOGRAFICA</b>		
-Rural	48	23.6
-Urbana	68	33.5
-Suburbana	87	42.9
<b>OCUPACIÓN</b>		
-Ama De Casa	16	7.9
-Profesionista	25	12.3
-Técnico	24	11.8
-Empleado General	86	42.3
-Choferes	20	9.9
-Obreros	32	15.8

**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco



Al categorizar la variable años de diagnóstico se encontraron los siguientes resultados: 1 año 22 (10.8%), 2 años 37 (18.2%), 3 años 43 (21.2%), 4 años 50 (24.6%) y 5 años o más 51 (25.1%).

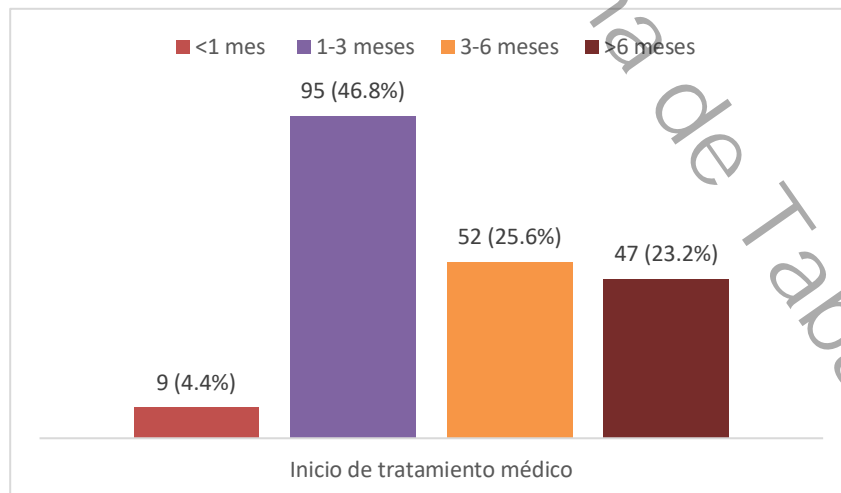
**Gráfica 6:** Variable años de diagnóstico de VIH



**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco

En el análisis la variable tiempo de tratamiento médico se encontraron los siguientes datos: < 1 mes 9 (4.4%), 1-3 meses 95 (46.8%), 3-6 meses 52 (25.6%) y >6 meses 47 (23.2%).

**Gráfica 7:** Variable tiempo de inicio de tratamiento médico

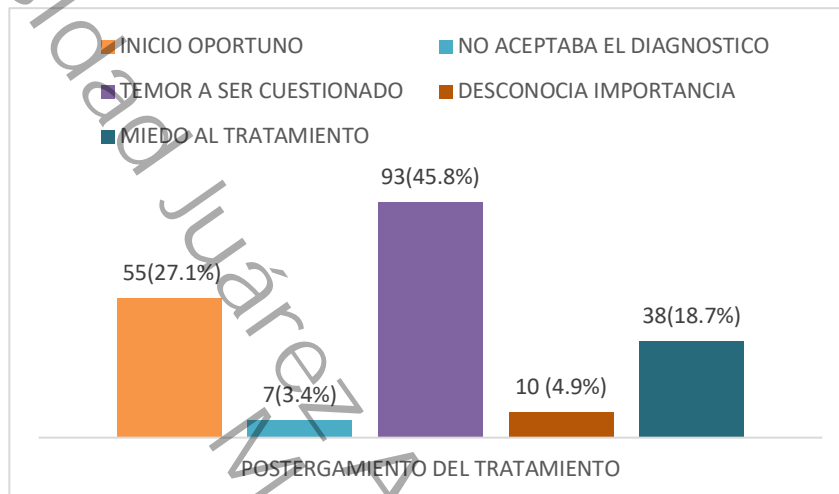


**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco



En el estudio de la variable causas de postergamiento del tratamiento se obtienen los siguientes resultados: Inicio oportuno 55 (27.1%), no aceptaba el diagnóstico 7 (3.4%), temor a ser cuestionado sobre el tratamiento 93 (45.8%), desconocía la importancia del tratamiento 10 (4.9%), miedo al tratamiento 38 (18.7%).

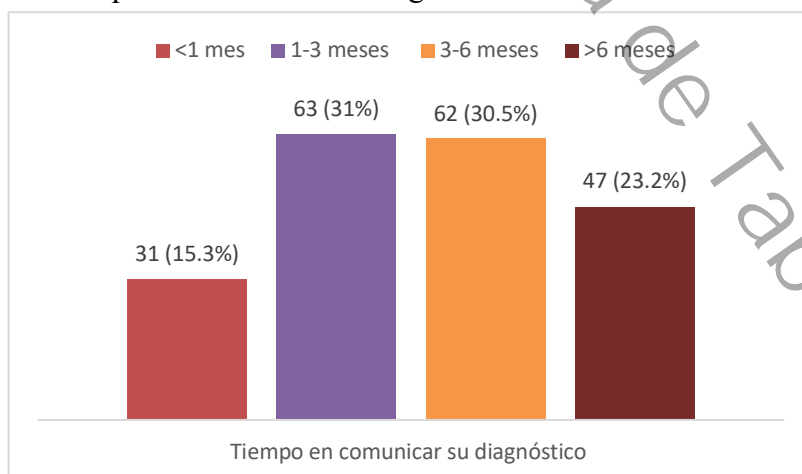
**Gráfica 8:** Variable tiempo de inicio de tratamiento médico



**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco

A la revisión de la variable tiempo en comunicar su diagnóstico y se obtuvieron los siguientes resultados: <1 mes 31 (15.3%), 1-3 meses 63 (31%), 3-6 meses 62 (30.5%) y >6 meses 47 (23.2%).

**Gráfica 9:** Variable tiempo en comunicar su diagnóstico

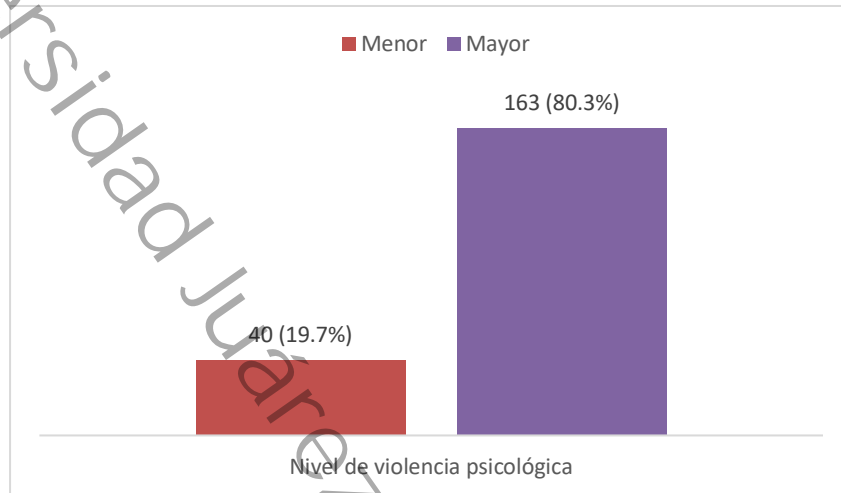


**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco



En el análisis de la variable nivel de violencia psicológica se obtuvieron los siguientes resultados: menor 40 (19.7%) y mayor 163 (80.3%), siendo la violencia psicológica mayor la que presenta una incidencia más alta.

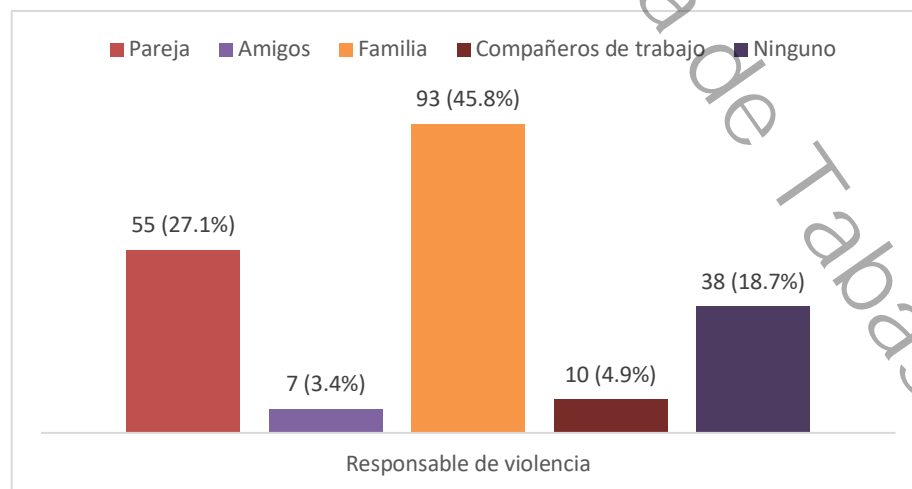
**Gráfica 10:** Variable nivel de violencia psicológica



**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco

En la prospección de la variable responsable social de violencia se encontraron los siguientes resultados: pareja 55 (27.1%), amigos 7 (3.4%), familia 93 (45.8%), compañeros de trabajo 10 (4.9%), ninguno 38 (18.7%).

**Gráfica 11:** Variable responsable social de violencia.

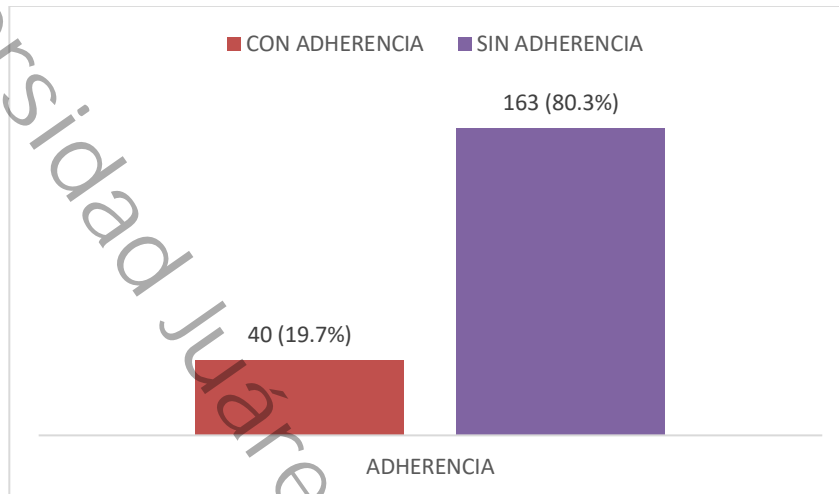


**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco



Al hacer el análisis de la variable adherencia al tratamiento se encontraron los siguientes resultados: con adherencia 40 (19.7%), sin adherencia 163 (80.3%).

**Gráfica 12:** Variable adherencia al tratamiento.



**Fuente:** Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco



**Tabla 3.** Distribución global de las características sociales y demográficas de los pacientes con VIH/SIDA

VARIABLES	f	%
<b>AÑOS DE DIAGNOSTICO</b>		
-1 año	22	10.8
-2 años	37	18.2
-3 años	43	21.2
-4 años	50	24.6
-5 años o más	51	25.1
<b>TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO MEDICO</b>		
- <1 Mes	9	4.4
- 1 A 3 Meses	95	46.8
- 3 A 6 Meses	52	25.6
- > 6 Meses	47	23.2
<b>POSTERGAMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO</b>		
- Inicio oportuno	104	51.2
- No aceptaba el diagnostico	6	3
-Temor a ser cuestionado sobre el tratamiento	88	4.3
-Desconocía la importancia del tratamiento	3	1.5
-Miedo al tratamiento	2	1
<b>TIEMPO EN COMUNICAR SU DIAGNOSTICO</b>		
- <1 Mes		
- 1 A 3 Meses	31	15.3
- 3 A 6 Meses	63	31
- > 6 Meses	62	30.5
	47	23.2
<b>NIVEL DE VIOLENCIA PSICOLOGICA*</b>		
-Violencia Menor		
-Violencia Mayor	40	19.7
	163	80.3
<b>RESPONSABLE SOCIAL DE VIOLENCIA</b>		
-Pareja		
-Amigos	55	27.1
-Familia	7	3.4
-Compañeros de Trabajo	93	45.8
-Ninguno	10	4.9
	38	18.7
<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>		
-Con Adherencia	40	19.7
-Sin Adherencia	163	80.3

Fuente: Base de datos violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar no. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco



En la observación de la variable grado de violencia psicológica en contraste con las variables sociodemográficas se obtuvieron los siguientes resultados: sexo/grado de violencia psicológica: ( $\chi^2= 18.513^a$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ ). En el análisis de la variable cruzada de estado civil/ grado de violencia psicológica se encontraron los siguientes datos: ( $\chi^2= 4.963^a$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.084$ .

Al realizar el análisis de la variable cruzada de escolaridad/ grado de violencia psicológica: se recabaron los siguientes resultados: ( $\chi^2= 16.503^a$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ .

En la evaluación de la variable cruzada de grado de violencia psicológica / situación geográfica se reportó lo siguiente: ( $\chi^2= 1.004^a$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.605$ .

En la observación de la variable cruzada de grado de violencia psicológica / ocupación se encuentra el siguiente resultado: ( $\chi^2= 21.809^a$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ .

En el estudio de la variable cruzada de tiempo de inicio de tratamiento/ grado de violencia psicológica se obtiene como resultado lo siguiente: ( $\chi^2= 4.906^a$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.028$ .

Al observar la variable cruzada postergamiento del tratamiento/grado de violencia psicológica se obtiene el siguiente resultado: ( $\chi^2= 61.437^a$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ .

En el análisis de la variable cruzada responsable social de violencia /grado de violencia psicológica se encuentra el siguiente resultado: ( $\chi^2= 191.330^a$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ .

En el análisis de la variable cruzada de responsable social de violencia/sexo: ( $\chi^2= 91.149$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ .

En el estudio de la variable cruzada adherencia al tratamiento /grado de violencia psicológica como resultado se obtiene lo siguiente: ( $\chi^2= 203.000$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ .

En el estudio de la variable responsable de violencia psicológica /sexo como resultado se obtiene lo siguiente: ( $\chi^2= 203.000$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ .

Al análisis de la variable responsable de violencia psicológica /sexo como resultado se obtiene lo siguiente: ( $\chi^2= 91.149$ );  $G1 = 1$ ;  $p = 0.001$ .



**Tabla 4.** Distribución de las variables sociodemográficas y relacionadas/ nivel de violencia psicológica.

VARIABLES	N=203	%	NIVEL DE VIOLENCIA PSICOLOGICA		VALORES ESTADISTICOS		
			MENOR	MAYOR	X <sup>2</sup>	GL	P
<b>SEXO</b>							
-Masculino	148	72.9	40	108	18.513 <sup>a</sup>	1	0.001
-Femenino	55	27.1	0	55			
<b>ESTADO CIVIL</b>							
-Soltero	118	58.1	24	94	4.963 <sup>a</sup>	1	0.084
-Casado	28	13.8	6	22			
-Unión Libre	40	19.7	10	30			
-Divorciado	13	6.4	0	13			
-Viudo	4	2	0	4			
<b>ESCOLARIDAD</b>							
-Primaria	4	2	0	4	16.503 <sup>a</sup>	1	0.001
-Secundaria	40	19.7	6	34			
-Bachillerato	126	62.1	21	105			
-Licenciatura	28	13.8	9	19			
-Posgrado	5	2.5	4	1			
<b>OCUPACIÓN</b>							
-Ama De Casa	16	7.9	0	16	21.809 <sup>a</sup>	1	0.001
-Profesionista	25	12.3	12	13			
-Técnico	24	11.8	8	16			
-Empleado General	86	42.3	12	74			
-Choferes	20	9.9	3	17			
-Obreros	32	15.8	5	27			
<b>SITUACIÓN GEOGRAFICA</b>							
-Rural	48	23.6	8	40	1.004 <sup>a</sup>	1	0.605
-Urbana	68	33.5	16	52			
-Suburbana	87	42.9	16	71			
<b>TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO MEDICO</b>							
- <1 MES	9	4.4	3	6	4.906 <sup>a</sup>	1	.028
- 1 A 3 MESES	95	46.8	23	72			
- 3 A 6 MESES	52	25.6	9	43			
- > 6 MESES	47	23.2	5	42			



<b>POSTERGAMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO</b>								
- Inicio oportuno	104	51.2	26	78				
- No aceptaba el diagnóstico	6	3	6	0				
-Temor a ser cuestionado sobre el tratamiento	88	4.3	3	85	61.437 <sup>a</sup>	1	0.001	
-Desconocía la importancia del tratamiento	3	1.5	3	0				
-Miedo al tratamiento	2	1	2	0				
<b>RESPONSABLE SOCIAL DE VIOLENCIA</b>								
-Pareja	55	27.1	0	55				
-Amigos	7	3.4	1	6	191.330 <sup>a</sup>	1	0.001	
-Familia	93	45.8	1	92				
-Compañeros de Trabajo	10	4.9	0	10				
-Ninguno	38	18.7	38	0				
<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>								
-Con Adherencia	40	19.7	40	0	203.000 <sup>a</sup>	1	0.001	
-Sin Adherencia	163	80.3	0	163				

**Tabla 5.** Distribución de las variable responsable social de violencia/sexo

VARIABLES	N=203	%	SEXO		VALORES ESTADISTICOS		
			FEMENINO	MASCULINO	X <sup>2</sup>	GL	P
<b>RESPONSABLE SOCIAL DE VIOLENCIA</b>							
-Pareja	55	27.1	41	14			
-Amigos	7	3.4	2	5	91.149 <sup>a</sup>	1	0.001
-Familia	93	45.8	9	84			
-Compañeros de Trabajo	10	4.9	3	7			
-Ninguno	38	18.7	0	38			



## 8. Discusión

Los hallazgos de este estudio señalan la importancia de considerar los factores socio-estructurales en el deterioro de la salud emocional y mental de las personas con VIH/SIDA. Los resultados registrados en el presente estudio apuntan a la importancia de comprender mejor las interacciones de poder que ocurren en las estructuras sociales y su papel en la presentación del VIH/SIDA. Así mismo, en esta investigación se documentó que la pareja representa el 27.1% como responsable de violencia y siendo el de mayor prevalencia, la familia con 45.8%. A diferencia con Rodríguez Otero y cols en su estudio del 2021, donde reportó que la prevalencia de violencia psicológica en pareja corresponde a un 40%; esto indica que la violencia en el contexto de VIH/SIDA no sigue patrones.

El estado civil soltero presentó mayor porcentaje de frecuencia: 118 (58.1%), en similitud con los resultados de Árevalo-Mora, quienes determinaron que el estado civil con mayor frecuencia de violencia es el soltero y unión libre.

Los pacientes en estudio reportaron una significancia estadística entre la adherencia al tratamiento y la violencia psicológica mostrando que los pacientes con violencia psicológica mayor 163 (80.30%) no tiene adherencia al tratamiento, coincidiendo con Hatcher A-M, quien determinó que la violencia se asoció a una menor adherencia del tratamiento antirretroviral.



## 9. Conclusión

- El total de las participantes de sexo femenino presentó violencia en grado mayor
- En estado civil de mayor significancia estadística con el grado de violencia psicológica es soltero.
- Los pacientes con escolaridad de bachillerato tiene mayor incidencia de violencia psicológica.
- La causa de postergamiento de tratamiento estadísticamente significativo en grado de violencia mayor con alta prevalencia es temor a ser cuestionado sobre el tratamiento.
- La familia como responsable social de violencia mostró la mayor incidencia sobre los otros responsables con el 45.8%.
- Los pacientes con violencia psicológica menor si presentan adherencia al tratamiento médico.
- Los pacientes con violencia psicológica en grado mayor no presentan adherencia al tratamiento médico.
- El responsable de violencia psicológica en pacientes masculinos muestra significancia estadística la familia
- En pacientes femeninos, la pareja muestra significancia estadística como responsable de violencia psicológica.





---

---

## 10.Perspectivas

- Los pacientes con VIH/SIDA reciban orientación psicológica posterior a la prueba confirmatoria de su diagnóstico.
- Brindar atención por parte del médico familiar, trabajo social y psicología a la pareja y/o familia sobre la condición del paciente con VIH/SIDA para conocimiento de la patología.
- Consultas de seguimiento con un periodo no mayor a 6 meses con el médico familiar responsable.
- Realizar trabajo conjunto entre el medico familiar, psicología, trabajo social para detección oportuna de violencia en pacientes vulnerables con VIH/SIDA.



## 11, Referencias bibliográficas

1. ONUSIDA, «Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida,» UNAIDS, GINEBRA, 2021. [Internet]2021 [Consultado el 30/11/2021] Disponible en: [https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/UNAIDS\\_FactSheet](https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/UNAIDS_FactSheet)
2. Patrick S Sullivan, Anna Satcher Johnson, «Epidemiology of HIV in the USA: epidemic burden, inequities, contexts, and responses,» the lancet, [Internet] 2021 [Consultado el 05/12/2021] vol. 397, n° 10279, p. 1095–1106. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33617774/>
3. Apostolos Beloukas , Alexandros Psarris. Molecular epidemiology of HIV-1 infection in Europe: An overview.,» Infection, Genetics and Evolution. [Internet] 2016 [Consultado el 01/12/2021] vol. 46, n° 46, p. 180–189. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27321440/>
4. ONUSIDA, «La respuesta al VIH en America Latina, comunidades en el Centro«[Internet] 2019.[Consultado el 01/12/2021]1-1 p. 4. Disponible en: [http://onusidalac.org/1/images/2019-global-AIDS-update\\_latin-america\\_es.pdf](http://onusidalac.org/1/images/2019-global-AIDS-update_latin-america_es.pdf)
5. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, «informe histórico VIH/SIDA 4to trimestre 2020,» registro nacional de casos de VIH y SIDA, Ciudad de México, [Internet]2021[Consultado el 03/12/2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
6. Martínez Pacheco, «La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio,» Política y Cultura, [Internet] 2016 [Consultado el 03/12/2021] vol. 1, n° 46,p 7-31 Disponible en: . [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-77422016000200007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422016000200007)
7. Vinicio AntonioLópezDel Valle, «Algunas consideraciones sobre el VIH/SIDA» Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento ,[Internet] 2018 [Consultado el 04/12/2021] vol. 2, n° 4, p. 54. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/339/pdf>



8. José Antonio Lamote Castillo, «Infección por VIH/sida en el mundo actual,» MEDISAN [Internet] 2014 [Consultado el 04/12/2021] vol. 18, n° 7, p. 993. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000700015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015).
9. Ricardo Boza Cordero, «Patogénesis del VIH/SIDA,» Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD [Internet] 2017 [Consultado el 02/12/2021] vol. 5, n° 1, p. 28-46, Disponible en: <https://www.fmc.es/es-infeccion-por-el-virus-inmunodeficiencia-articulo-S1134207220300359>
10. Nadia Abdulghania, Eva González, «Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida,» Revista Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet] 2020 [Consultado el 02/12/2021] vol. 27, n° 3, p. 63-74, Disponible en: <https://www.fmc.es/es-infeccion-por-el-virus-inmunodeficiencia-articulo-S1134207220300359>
11. Departamento de Epidemiología. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) [Internet]. Ministerio de Salud. [citado el 16 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/vih-definiciones-de-caso/>
12. Dirección General de Epidemiología. «Manual De Procedimientos Estandarizados Para La Vigilancia Epidemiológica De La Infección Por El Virus De La Inmunodeficiencia Humana» Secretaria de Salud [Internet] 2020 [Consultado el 02/12/2021], Disponible en: [https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/37\\_Manual\\_VIH-SIDA\\_2020.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/37_Manual_VIH-SIDA_2020.pdf)
13. Krug, Etienne G., «Informe mundial sobre la violencia y la salud,» Organización Panamericana de la Salud, Ginebra, [Internet] 2003 [Consultado el 04/12/2021) Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
14. Claudia Lorena Herrera Roda, Carmen Peraza Segura, «El abuso verbal dentro de la violencia domestica» Revista Medicina Legal Costa Rica [Internet] 2004 [Consultado el 02/12/2021] vol. 21, n° 1, Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152004000100005](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100005)



15. Orden Jurídico México, «Ordenjuridico.gob.mx.»[Internet].2016 [Consultado el 06/12/2021] Disponible en:  
<http://ordenjuridico.gob.mx/violenciagenero/TIPOS%20DE%20VIOLENCIA.pdf>
16. Maggie Campillay, Maribel Monárdez Monárdez«Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios,» Rev. Bioética y derecho, [Internet] 2019 [Consultado el 02/12/2021] vol. 47, n° 47, p. 93-107. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872019000300008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008)
17. Organization, World Health, «16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic,» WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, Switzerland,[Internet] 2013.[Consultado el 30/11/2021] Disponible en:  
[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw\\_hiv\\_epidemic/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en/)
18. Ana Milena Gaviria, Japcy Margarita Quiceno, «Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida,» terapia psicológi, [Internet] 2009 [Consultado el 28/11/2021] vol. 27, n° 1, p. 5-13, Disponible en:  
<https://psycnet.apa.org/record/2010-23914-001>
19. Fernandes H, Lima DV, Hino P, Taminato M, «Self-inflicted violence and suicide in people living with HIV/AIDS: a systematic review» Rev Bras Enferm, [Internet] 2022 [Consultado el 04/04/2022] 3era edicion, Disponible en:  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/3hJfsR5RmpJqyQPGHmSrcYc/?format=pdf#:~:text=The%20prevalence%20of%20suicidal%20behaviors,symptoms%2C%20and%20low%20social%20support.>
20. Ansley B Lemons-Lyn, Amy R Baugher «Intimate Partner Violence Experienced by Adults With Diagnosed HIV in the U.S.,» american journal for preventive medicine,[Internet] 2021 [Consultado el 13/12/2021] vol. 60, n° 6, p. 747-756, Disponible en:  
<https://europepmc.org/article/MED/33812695>
21. Nino del castillo, Román Hernández, «¿Violencia Psicológica laboral sobre portadores de VIH? Relaciones con indicadores de bienestar y de depresión» [Internet] 2012, [Consultado el 26/10/2022] Disponible en:  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj1k9>



fLjoH7AhUGKkQIHbNmCqMQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Frevcubsaltra%2Fecst-2013%2Fecst131e.pdf&usg=AOvVaw0qcSqXBmDY4IgcX1rKY6o5

22. Saucedo Pahua Gerardo 1-2, Huerta Baltazar Mayra ItzeL, «ESTIGMATIZACIÓN A PERSONAS CON VIH-SIDA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO BARRERA DE APEGO AL TRATAMIENTO» *Revista de Salud Pública y Nutrición*, [Internet] 2018 [Consultado el 13/12/2021] vol. 17, nº 3, p. 726-33, Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/390/331>

23. Marco Antonio López-Hernández, Patricia Montoya-Escutia, «Asociación entre la severidad de la depresión y el apego al primer esquema de tratamiento antirretroviral» *Med Int Méx*, [Internet] 2018 [Consultado el 13/12/2021] 34(4):557-560, Disponible en: <https://10.24245/mim.v34i4.1828>

24. Luis Manuel Rodríguez Otero, María Gabriela Lara Rodríguez «El VIH como vía de materialización de la Violencia de Género e Intragénero » *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, [Internet] 2021 [Consultado el 13/12/2021] Vol. 20 Núm. 2:176-215, Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.435891>

25. Leonardo Arévalo Mora «Violencia de pareja contra la mujer que vive con VIH y que es atendida en un programa de atención integral en Bogotá. Fase I» Trabajo de investigación para optar por el título de Especialista en Epidemiología, [Internet] 2018 [Consultado el 22/12/2021] Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/7d4bc49e-1954-4ba3-bf8e-e22367a7376a/content>

24. Luis Manuel Rodríguez Otero, María Gabriela Lara Rodríguez «El VIH como vía de materialización de la Violencia de Género e Intragénero » *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, [Internet] 2021 [Consultado el 13/12/2021] Vol. 20 Núm. 2:176-215, Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.435891>

25. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015 Oct 23;29(16):2183-94. doi: 10.1097/QAD.0000000000000842. PMID: 26353027.



## 12.Anexos

### 12.1 cronograma de actividades

S	Violencia psicológica en pacientes con VIH/SIDA de la unidad de medicina Familiar No. 43 del IMSS de Villahermosa Tabasco																															
	Duración del proyecto en meses.																															
	2021											2022										2023										
Actividad	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	
Elaboración de protocolo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																						
Elaboración y validación de instrumento											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■									
Prueba piloto																																
Registro del protocolo ante el Comité de Investigación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■									
Aplicación de encuestas																								■	■							
Colección de información																									■	■						
Captura de datos																																
Análisis de datos																																
Interpretación de resultados																																
Formulación de reporte																																
Redacción de artículo científico																																



## ENCUESTA

**INSTRUCCIONES: FAVOR DE MARCAR CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE SELECCIONE. EN CASO DE TENER ALGUNA DUDA; PREGUNTE AL PERSONAL RESPONSABLE DE LA ENCUESTA.**

		NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1	¿Ha recibido insultos relacionados a su <u>condición médica</u> ?				
2	¿Ha percibido burlas sobre su condición médica?				
3	¿Le han despreciado un abrazo?				
4	¿Ha sido ignorado en una conversacion posterior a informar su diagnostico?				
5	Posterior a su diagnostico ¿ha notado que evitan comunicarse con usted?				
6	¿Ha notado que le realizan bromas hirientes en relacionado con su condición médica?				
7	¿Le han dejado de invitar a reuniones o tratado de alejar después <u>de conocer</u> su diagnóstico?				
8	¿Han revelado su diagnóstico sin su consentimiento a otras personas?				
9	¿le han hecho comentarios relacionando su padecimiento con la muerte de forma negativa?				
10	¿se ha sentido incómodo/a por la forma en la que lo tratan al recibir atención médica derivada de su padecimiento?				
11	¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?				
12	¿Considera que murmuran de usted a sus espaldas?				
13	¿Le han prohibido a alguien hablar con usted?				
14	¿Han circulado algun rumor falso relacionado a su diagnostico?				
15	¿Le han deseado la muerte?				
16	Cuando comparte la mesa, ¿ha notado que no le comparten alimentos?				
17	Cuando comparte la mesa, ¿ha notado que siempre le dan los mismos utensillos o le dan desechables?				
18	Cuando lo saludan ¿ha notado que enseguida se lavan las manos?				
19	¿Se ha percatado que lo miran con disgusto?				
20	¿Ha notado que las personas evitan usar algun objeto despues de que usted lo usa?				
21	¿Ha tomado a escondidas su tratamiento de antiretrovirales por evitar alguna burla, pregunta o comentario inapropiado?				
22	¿Alguna persona le ha desalentado para continuar con su tratamiento de antirretrovirales?				
23	¿Alguna persona le ha hecho algun comentario negativo sobre su condicion médica que la haya hecho sentir triste o incomodo?				



24	¿Le han escondido o tirado a a basura su tratamiento de antiretrovirales?				
25	¿Le han prohibo o negado acceder a su tratamiento médico o recibir atencion medica?				
26	¿Ha recibido comentarios que la hagan sentir merecedora de su condicion médica?				
27	¿Se ha alejado de alguna persona para evitar presenciar comentarios o acciones negativas por su condicion médica?				
28	¿Se ha sentido obligado a renunciar a su trabajo o le han negado un empleo por su condición médica?				
29	¿Ha omitido la toma de sus antiretrovirales por haber sido interrogado del porque los toma?				
30	¿Ha interrumpido sus medicamentos por que le han hecho sentir que no vale la pena tomarlos?				
31	¿Cuál considera usted que ha sido la PRINCIPAL fuente de comentarios o acciones negativas hacia usted debido a su <u>diagnostico</u> médico? a) Pareja b) Familia c) Amigos d) Compañeros de trabajo e) Ninguno				