

Violencia en pareja en hombres seropositivos mexicanos.

Intimate partner violence in Mexican HIV-positive men.

Investigador: Luis Manuel Rodríguez Otero.
Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”³

Recibido: 16/10/21

Aceptado: 15/08/2022

Resumen

La violencia que ocurre en el seno de una relación afectivo-sexual en la que ambos miembros son del mismo sexo, es decir entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM), refiere a una tipología de violencia doméstica denominada violencia intragénero (VI). Se realizó una investigación con los objetivos de identificar la prevalencia y características de la VI y su vinculación con el estigma interiorizado, nivel educativo y las conductas sexuales preventivas en HSH seropositivos adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social de Nuevo León. Se realizó un estudio cuantitativo. Como técnica de recolección de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado aplicado a una muestra de 265 pacientes (139 HSH), seleccionados mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Los resultados revelaron que la prevalencia de la VI en HSH seropositivos fue del 42,44 % y del 4,62 % en quienes hacen uso del VIH como medio para ejercer la VI (4,62 %). Por ello se concluyó que el machismo, el ámbito geográfico, la no aceptación de la enfermedad y el ocultamiento de la VI, son factores favorecedores de este tipo de violencia; la cual dirime consecuencias a nivel físico, psicológico y social.

Palabras clave: violencia, pareja, HSH, VIH y masculinidad.

¹Correspondencia remitir a: Luis Manuel Rodríguez Otero luismaotero@yahoo.es

²Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o normacopparipy@gmail.com “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paragu

Abstract

The violence that occurs within an affective-sexual relationship in which both members are of the same sex, that is, between men who have sex with men (MSM) and women who have sex with women (MSM), refers to a typology of domestic violence called intra-gender violence (VI). An investigation was carried to identify the prevalence and characteristics of VI and its relationship with internalized stigma, educational level and preventive sexual behaviors in seropositive MSM assigned to the Mexican Institute of Social Security of Nuevo León. A quantitative study was carried out, the data collection technique used was a self-administered questionnaire applied to a sample of 265 patients (139 MSM), selected by simple random probability sampling. The results revealed that the prevalence of IV in seropositive MSM was 42,44 % and 4,62 % in those who use HIV as a means to exercise IV (4,62 %). Therefore, it was concluded that male chauvinism, the geographical setting, the non-acceptance of the disease and the concealment of VI, are factors that favor this type of violence, which resolves consequences on a physical, psychological and social level.

Keywords: violence, partner, MSM, HIV and masculinity.

La violencia que ocurre en el seno de una relación afectivo-sexual en la que ambos miembros son del mismo sexo, es decir entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM), refiere a una tipología de violencia doméstica denominada violencia intragénero (VI). Como señalan Rodríguez et al. (2017), la VI se produce a través de la interiorización de la violencia como medio de resolución de conflictos y en el establecimiento de roles asociados a funciones preestablecidas.

Asimismo, Rodríguez et al. (2017) indican que tal circunstancia se plantea con objeto de ratificar posiciones de superioridad basadas en el dominio, el control, la coacción y el aislamiento. No obstante, Zavala et al. (2019), destacan la importancia que tienen los modelos hegemónicos de masculinidad, los cuales fomentan la fortaleza, el dominio y la violencia en el imaginario social e invisibilizan la figura del hombre como víctima de la violencia en pareja.

Las últimas revisiones bibliográficas de estudios sobre la V. I. señalan que las principales características de este tipo de violencia son:

- (1) las diferentes formas de expresión (física, material, psicológica, patrimonial, outing y sexual) y su posible combinación,

(2) su materialización a través de un proceso cíclico (tensión, abuso-agresión y luna de miel),

(3) la dificultad de establecer tasas de prevalencia debido a su invisibilización,

(4) su existencia en mayor medida en relaciones estables que esporádicas,

(5) el bajo nivel de denuncia de los hechos por parte de las víctimas,

(6) las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que produce en las víctimas y (7) la existencia de factores de riesgo y protectores multisistémicos (individuales, familiares, legislativos, comunitarios y culturales) en los que la LGTBI-fobia, el heterosexismo, la heteronormatividad y la cisnormatividad son determinantes (Barrientos et al., 2016; Rodríguez et al., 2015; Rojas-Solís et al., 2021)

La prevalencia de la VI se vincula a niveles similares a la VG (entre un 25 y 33% en HSH y MSM), aunque se advierte que depende en gran medida de factores contextuales relacionados con: (1) la existencia de legislaciones que protegen a la comunidad LGBTI, (2) el nivel de LGTBI-fobia, (3) la invisibilidad y (4) los mitos sobre este tipo de violencia. Asimismo, destaca que las formas de materialización más frecuentes son la violencia psicológica y sexual; especialmente el aislamiento, el control, las amenazas verbales y la humillación pública (D'Olivo, 2019; González et al., 2016; Rodríguez et al., 2017; Saldivia et al., 2017; López, 2019).

Uno de los colectivos especialmente vulnerable en cuanto al VIH/SIDA desde su descubrimiento, son los hombres que tienen sexo con hombres, las personas transgénero y transexuales; lo cual se debe a diferentes factores culturales, políticos y sociosanitarios (Arias-Molina et al., 2019; Arribas et al., 2018; Fernández et al., 2022).

En este sentido, autores como Aggleton y Parker (2002) señalan que entorno al VIH coexisten diferentes formas de devaluación identitaria (estigmas); en las cuales las personas que difieren del modelo heteronormativo se presentan de forma combinada, mediante un doble proceso de estigmatización en el que los prejuicios, los estereotipos, el rechazo y el menosprecio son determinantes.

Asimismo, Fraser y Honneth (2006) aluden al reconocimiento como elemento fundamental en dichos procesos, de forma que se presentan cuatro categorías centrales: (1) la dominación cultural (la heteronormatividad, la cisnormatividad, el machismo y el rechazo hacia la sexualidad), (2) el no reconocimiento, (3) la falta de respeto (LGTBI-fobia) y (4) las diferentes formas de menosprecio asociadas a las esferas del reconocimiento (el maltrato respecto a la esfera afectiva, la desposesión de derechos y la exclusión social en la esfera del derecho y finalmente la indignación, la injuria y la estigmatización en lo referente a la esfera de la valoración social). Por otro lado, Fraser y Honneth (2006) indican que las injusticias de tipo económico (explotación, marginación y privación), así como los procesos de redistribución y su representación a través de las políticas económicas, sanitarias, educativas y sociales, son los principales factores favorecedores en tales procesos de discriminación. No obstante, desde la perspectiva microsocia, en los procesos de estigmatización también representa un factor esencial su interiorización (internalización) en los sujetos; la cual se genera a partir de la toma de conciencia por un lado de la condición en la que se encuentra el individuo y por otro lado del estigma asociado a tal circunstancia. De esta forma, a partir de autoestereotipos negativos, el sujeto comienza a reproducir el estigma, inicia un proceso de pérdida de identidad y también de menoscabo de la salud psicosocial que daña la autoestima (Felicissimo et al., 2013). En este sentido, Kalichman et al. (2009) aluden a la existencia de creencias autodestructivas y percepciones negativas de las personas que viven con el VIH.

Diferentes estudios señalan que los pacientes con VIH/SIDA son susceptibles a trastornos neuropsiquiátricos, especialmente respecto a cuadros de ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad (histriónico y paranoide) e ideación suicida; especialmente en sujetos homosexuales, toxicodependientes o con consumo habitual de sustancias y en sujetos con bajo apoyo social.

Asimismo, identifican la discriminación y el estigma internalizado como factores determinantes en tales procesos (Arias-Molina et al., 2019; Fernández et al., 2022; Rodríguez-Fortúnez et al., 2019; Torres-Mendoza, 2020).

Contextualización

En México la violencia de género está regulada a través de Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de febrero de 2007. Dicha ley, tal y como indica el artículo 1, tiene como fin: establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Así, en el contexto de Nuevo León, el 20 de septiembre de 2007 se publica en el Periódico Oficial n° 127 la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, con objeto de: establecer la coordinación entre el Estado, los Municipios, y los sectores privado y social para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como establecer los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación.

Dicha ley, reformulada por última vez en el 20 de julio de 2020, define al agresor como “la persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres” (art. 5.4) y a la víctima como “la mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia” (art. 5.12). De esta forma, reconoce la violencia que se produce en los ámbitos familiar, laboral y docente, comunitario y en las instituciones públicas y privadas.

Como señalan Rodríguez y Lara (2016), respecto al colectivo de lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI), la VI no está regulada por la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Lo cual se justifica por no tratarse de una circunstancia basada en la división sexual que sitúa a las mujeres en una situación de vulnerabilidad.

Asimismo, los autores señalan que en el estado (ni tampoco a nivel federal) no existe normatividad específica que proteja a la comunidad de parejas del mismo sexo. No obstante Rodríguez y Lara (2016) refieren al Código Penal nuevoleonés, el cual regula la violencia familiar en el capítulo VII.

A través del artículo 287 Bis define este tipo de violencia manifestando que: Comete el delito de violencia familiar quien habitando o no en el domicilio de la persona agredida, realice acción u omisión, y que ésta última sea grave y reiterada, o bien, aunque ésta sin ser reiterada se considere grave e intencional, que dañe la integridad psicológica, física, sexual, patrimonial o económica, de uno o varios miembros de su familia, de la concubina o concubino (Art. 287 Bis CP).

Cometen el delito de violencia familiar: a) el cónyuge; b) la concubina o concubinario; c) el pariente consanguíneo en línea recta, ascendente o descendente sin limitación de grado; d) la persona con la que se encuentra unida fuera de matrimonio, aún y cuando no hayan tenido hijas o hijos en común; o e) el hombre y mujer que vivan juntos como marido y mujer de manera pública y continua (Art. 287 Bis CP).

De esta forma, a pesar de la modificación en 2019 de los artículos que regulan el matrimonio civil en Nuevo León (art. 140 y 148) y reconocen jurídicamente los matrimonios entre personas del mismo sexo, se observa que el Código Penal continúa refiriendo a uniones entre hombres y mujeres; invisibilizando así la violencia entre personas del mismo sexo. Pero a su vez generando un texto de desprotección y desigualdad social. Tal circunstancia, con base a los Principios de Yogyakarta expuestos por el Comisionado de Derechos Humanos de la ONU, representan una vulneración de los derechos de la comunidad LGTBI. Es por ello que cobra especial relevancia lo expuesto en el principio 29, el cual señala que debe exigirse la responsabilidad penal devengada de los actos de violación de los derechos humanos relacionadas con la orientación sexual o la identidad de género.

Asimismo, indica que por parte de los estados se deberán realizar las acciones necesarias de tipo legal, administrativo-procedimentales, de vigilancia y de dotación de recursos para asegurar tanto la protección como la responsabilidad penal de los autores de violaciones a los derechos humanos relacionadas con la orientación sexual o la identidad de género.

Diferentes estudios sobre VG señalan que en pacientes seropositivos se identifican situaciones en las que se hace uso del VIH como medio para materializar la violencia. Así, aluden a conductas a través de las cuales se llevan a cabo acciones con objeto de: (1) impedir el acceso al tratamiento antirretroviral, (2) prohibir el acceso a las consultas o citas médicas, (3) desaconsejar la toma de medicación/tratamiento, (4) destruir la medicación antirretroviral, (5) amenazar con desvelar el estatus serológico o (6) menoscabar la autoestima de sus parejas respecto al rechazo social (Arévalo, 2018). No obstante, respecto a la VI no se identifican estudios empíricos que aborden el tema en HSH, solamente se aprecian nociones a la existencia de tales hechos mediante el control, el contagio o la intimidación, en las revisiones de Rodríguez et al. (2017) y Saldivia et al. (2017). Así como el estudio de Alderete et al. (2021) con 210 hombres homosexuales seropositivos de CDMX, a través del cual se presenta una prevalencia del 68.1% y la principal forma de materialización la de tipo emocional. Asimismo, se advirtió en dicho estudio que el consumo de alcohol, la existencia de distorsiones cognitivas, el outing, la homonegatividad internalizada y las historias de abuso intergeneracional son variables que favorecen la VI.

Por ello se plantea la presente investigación con los siguientes objetivos:

(1) Identificar la prevalencia y las formas de expresión de la VI en HSH seropositivos adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Nuevo León (México) y

(2) Comparar la incidencia de la VI y el estigma interiorizado, respecto al nivel educativo y las conductas sexuales preventivas en HSH seropositivos adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Nuevo León (México).

(3) Determinar la relación entre la VI y el estigma interiorizado, respecto al uso del preservativo en las relaciones sexuales en HSH seropositivos adscritos al IMSS de Nuevo León (México).

Método

Diseño y Muestra

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y analítico llevado a cabo entre diciembre de 2019 y febrero de 2020 en un hospital de segundo nivel del IMSS de Nuevo León (México). La muestra estuvo conformada por 265 pacientes (universo= 850 pacientes que reciben tratamiento retroviral), con edades comprendidas entre los 20 y los 55 años (media= 4.26 años), la cual fue obtenida por muestreo probabilístico aleatorio simple con un margen de error del 5% y nivel de confianza del 95%; de los cuales 139 son HSH (ver tabla 1).

En este sentido, cabe destacar que el 99,3% de la muestra declaró un nivel educativo medio-superior, el 81,4% una situación laboral activa, el 83,7% residir en contextos urbanos, el 86,3% ser homosexual y el 85,6% ser soltero. Asimismo, el 12,9% manifestaron estar casados con personas de su mismo sexo.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra cuantitativa.

Variable	n	%	Variable	n	%		
Ámbito	Rural	24	17,3	Situación laboral	Trabajo	127	91,4
	Urbano	115	82,7		Estudio	4	2,9
Vía contagio VIH	Sexual	113	81,3	En desempleo	6	4,3	
	Drogas	3	2,2	Pensionista	2	1,4	
Vía materna	Vía materna	1	0,7	Nivel estudios	Primaria	1	0,7
	Transfusión de sangre	3	2,2		Secundaria	18	12,9
	Desconoce la vía	19	13,7	Preparatoria	38	27,3	
Orientación sexual	Homosexual	120	86,3	Universidad	82	59,0	
	Bisexual	18	12,9	Hospitalizaciones último año	Si	36	27,9
	Otra	1	0,7	No	103	72,1	
Estado civil	Soltero/a	119	85,6	Ideas suicidas	Si	26	18,7
	Casado/a	18	12,9	No	113	81,3	
	Separado/a	1	0,7	Total HSH		139	
	Divorciado/a	1	0,7				

Nota: n= total; %= frecuencia.

Por otro lado, la muestra se caracterizó porque la principal vía de contagio de VIH fue la sexual (81,3%) y 19 participantes desconocen la forma en que se contagiaron. Finalmente, cabe destacar que todos los pacientes recibían tratamiento antirretroviral en el hospital, así como seguimiento por parte de los departamentos de medicina interna y de Trabajo Social. El cual se encarga de realizar diagnósticos e informes sociales, ofrecer información y orientación y canalizar a los pacientes a otros servicios externos al departamento de infectología (asociaciones, área de psicología de atención primaria, ONG, etc.); puesto que el departamento carece de equipo psicológico y programas especializados.

Instrumento

Para la obtención de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado conformado por la escala de receptor de la violencia en la relación de pareja (receptor/a) de Cienfuegos (2014), la escala sobre el uso del VIH como vía de materialización de la violencia de Rodríguez y Lara (2020) y la escala sobre estigma interiorizado de Kalichman et al. (2009); todas en formato Likert con valores de 1 a 5 (ver tabla 3). Asimismo, se aplicó un cuestionario sociodemográfico (ver Tabla 1), en el cual se incluyó una pregunta relativa a si habían tenido ideas o pensamientos suicidas en los últimos 12 meses. Por otro lado, se compró en la historia clínica de cada paciente las hospitalizaciones por ideación suicida.

Tipo de análisis

Como técnica de análisis de los datos se realizó un análisis paramétrico a través del programa SPSS18, el cual consistió en la comparación de medias y las pruebas de Levene y t-Student para muestras independientes con un porcentaje de intervalo de confianza del 95 %, en función a las variables (ámbito geográfico, nivel educativo, ideas suicidas y hospitalizaciones) y las escalas aplicadas.

También se realizó un análisis correlacional de Pearson a nivel 0,01 y 0,05 entre las escalas aplicadas y respecto al uso del preservativo en las relaciones sexuales.

Cuestiones éticas y legales

La investigación se inscribió en el Comité 1909 de la Unidad de Medicina Familiar n° 32 del IMSS con el n° de registro F-2019-1909-098 y n° de aceptación R-2019-1909-070. El cuestionario se aplicó de forma voluntaria y mediante la firma del modelo de consentimiento informado expuesto en la Norma que establece la disposición para la investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-009. En dicho procedimiento se tomaron en cuenta las cuestiones éticas recogidas en la Declaración de Helsinki.

Resultados

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de los cuestionarios indicaron que 59 pacientes (42,44 %) han sido víctimas de VI, de los cuales 56 (40,28 %) manifestaron haber sufrido violencia psicológica, 17 (12,23 %) física, 18 (12,94 %) económica y 29 (20,86 %) sexual. En este sentido, en función a cada tipo de violencia se registraron frecuencias superiores respecto a:

- Física: ítem 11 mi pareja me ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme (6,47%).
- Psicológica: ítem 6 mi pareja vigila todo lo que yo hago (27,34%).
- Económica: ítem 20 mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da (5,04%).
- Sexual: ítem 8 mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales (19,42%).

Asimismo, se advirtió que en 6 pacientes (4,62 %) sus parejas hicieron uso del VIH como medio para ejercer la VI, de los cuales en 3 casos (2,15 %) sufrieron amenazas con desvelar el estado serológico, en 2 pacientes (1,43 %) contagio por ocultamiento del estatus de seropositividad y en otros 2 casos coacciones basadas en la dificultad de establecer futuras relaciones de pareja en caso del cese de la relación actual. En este sentido, el ítem que registró una frecuencia superior fue el número 29 (Mi pareja me ha amenazado con decir a otras personas que tengo VIH) el cual se registró en el 2,88% de la muestra.

Tabla 2*Análisis de frecuencias.*

Ítem	N	%	Ítem	N	%
1. Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable	20	14,39	18. Mi pareja me agrede verbalmente si no cuida a mis hijos como él/ella piensa que debería ser	5	3,60
2. Mi pareja me ha empujado con fuerza	6	4,32	19. Mi pareja utiliza el dinero para controlarme	4	2,88
3. Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que quiere	29	20,86	20. Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da	7	5,04
4. Mi pareja me critica como amante	14	10,07	21. Mi pareja se enoja si no está la comida, trabajo, etc. Cuando él/ella cree	7	5,04
5. Mi pareja me rechaza cuando quiero tener relaciones sexuales	20	14,39	22. Mi pareja se pone celoso(a) y sospecha de mis amistades	27	19,42
6. Mi pareja vigila todo lo que yo hago	38	27,34	23. Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta	6	4,32
7. Mi pareja me ha dicho que soy feo o poco atractivo	10	7,19	24. Mi pareja me chantajea con su dinero	1	0,72
8. Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales	27	19,42	25. Mi pareja ha llegado a insultarme	17	12,23
9. Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con amistades	27	19,42	26. Mi pareja me limita económicamente para mantenerme en casa	3	2,16
10. Mi pareja se enoja si no atiende a mis hijos como él/ ella piensa que debería ser	7	5,04	27. Mi pareja se enoja cuando no apporto o doy el gasto que cree que debería dar	6	4,32
11. Mi pareja me ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme	9	6,47	28. Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo	7	5,04
12. Mi pareja ha amenazado con dejarme	20	14,39	29. Mi pareja me ha amenazado con decir a otras personas que tengo VIH	4	2,88
13. He tenido miedo de mi pareja	9	6,47	30. Mi pareja me ha ocultado que tenía VIH y me ha contagiado	2	1,44
14. Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales	4	2,88	31. Mi pareja me ha impedido ir al doctor o a la clínica	0	0,00
15. Mi pareja se molesta con mis éxitos y mis logros	8	5,76	32. Mi pareja me ha impedido tomar la medicación	0	0,00
16. Mi pareja me ha golpeado	6	4,32	33. Mi pareja me ha dicho que si no estoy con él/ella al tener VIH otras personas no querrán estar conmigo	1	0,72
17. Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir estudiando	4	2,88			

Nota: $x =$ media; $\sigma =$ desviación estándar. Ítems del 1 al 28 escala de receptor de la violencia en la relación de pareja. Ítems del 29 al 33 escala uso del VIH en la relación de pareja. Nota: violencia psicológica (ítems 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 18, 21, 22, 25 y 28) física (ítems 2, 11 y 16), económica (ítems 17, 19, 20, 23, 24, 26 y 27), sexual (ítems 5, 8 y 14) y uso VIH (ítems 29, 30, 21, 32 y 33).

No obstante, se apreció que ningún participante señaló haber vivenciado impedimentos por parte de sus parejas para acudir al médico o para tomar la medicación. También se identificó que la expresión más reportada de VI fueron las referentes a los ítems 6, 22, 3 y 9; los cuales estaban vinculados con el control como forma de expresión de la violencia (ver tabla 2).

Tabla 3*Comparación de medias entre ámbito y nivel educativo.*

	Total				Ámbito				Nivel educativo							
	N	%	\bar{X}	σ	Rural (n=24)		Urbano (n= 115)		t-Student		Medio (n=57)		Superior (n=82)		t-Student	
					\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	T	P	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	t	p
P	56	40.28	1.21	0.42	1.25	0.65	1.20	0.36	0.47	0.633	1.14	0.28	1.25	0.49	-	0.14
F	17	12.23	1.10	0.31	1.11	0.30	1.10	0.31	0.13	0.89	1.08	0.27	1.11	0.33	-	0.62
E	18	12.94	1.04	0.17	1.04	0.17	1.05	0.17	-	0.81	1.04	0.18	1.05	0.15	-	0.80
S	29	20.86	1.23	0.56	1.34	0.73	1.21	0.52	1.01	0.31	1.22	0.56	1.25	0.57	-	0.76
T	59	42.44	1.16	0.31	1.19	0.47	1.15	0.27	0.52	0.60	1.12	0.24	1.18	0.36	-	0.23
H	6	4.62	1.23	0.19	1.10	0.35	1.02	0.14	1.70	0.09	1.03	0.18	1.04	0.20	-	0.90

Nota: \bar{X} = media; σ = desviación estándar; t= prueba T; p= significación bilateral. P= psicológica; F= física; E= económica; S= sexual; T= total; H= uso VIH.

En cuanto a la frecuencia de la violencia, tomando en consideración los casos en los que la muestra advierte alguna forma de VI (ver tabla 3), destacó que esta se relacionó con parámetros esporádicos (media= 2,65; DT= 0,99), entre “rara vez” y “a veces”. La cual fue superior respecto a la violencia sexual (media= 2,91; DT= 0,15), la violencia psicológica (media= 2,74; DT= 0,27) y a través del VIH (media= 2,65; DT= 2,45); y menor en cuanto a la violencia económica (media= 2,50; DT= 0,40) y la violencia física (media= 2,34; DT= 0,31). Por otro lado, se observó que el nivel de estigma interiorizado en la muestra reflejó un nivel medio (media= 2.54; DT= 0.96). En este sentido, cabe destacar que la prueba de Levene advirtió varianzas iguales en todas las variables analizadas (>0.05); asimismo el nivel de significancia en la prueba de t-Student fue superior a 0.05 en todas las variables. Lo cual indica que hay compatibilidad entre las hipótesis relativas tanto al ámbito como al nivel educativos, respecto a los tipos de violencia.

En este sentido destacó que las formas más reportadas por la muestra fueron las relativas a los ítems 1 y 6, ambos relacionados con la expresión de sentimientos o de vivencias con el entorno. Asimismo, se advirtió que 33 participantes (23.74%) manifestaron no hacer un uso del preservativo en todas las relaciones sexuales, identificando una frecuencia asociada a “casi siempre” (media= 1.36; DT= 0.31).

Tomando en consideración las variables objeto de estudio, se advirtió que existe una prevalencia de violencia VI mayor en participantes de ámbito rural (media=1,19; DT=0,47) que de ámbito urbano (media=1,15; DT=0,27), a excepción de la violencia de tipo económico. También en pacientes con un nivel formativo superior (media=1,18; DT=0,36) que menor (media=1,12; DT=0,24).

Por otro lado, se observó que los pacientes que indicaban haber vivenciado hospitalizaciones e ideas suicidas no registraron una prevalencia de VI mayor; a excepción de situaciones en las que se produce violencia sexual y/o en la que se hace uso del VIH para materializar la VI. En este sentido, cabe destacar que la prueba de Levene advirtió varianzas iguales en todas las variables analizadas (>0.05); asimismo el nivel de significancia en la prueba de t-Student fue superior a 0.05 en todas las variables. Lo cual indica que hay compatibilidad entre las hipótesis relativas tanto al ideario suicida como a la existencia de hospitalización, respecto a los tipos de violencia.

Tabla 4

Comparación de medias entre ideas suicidas y hospitalizaciones.

	Ideas suicidas						Hospitalizaciones					
	Si (n=26)		No (n=113)		t-Student		Si (n=36)		No (n=103)		t-Student	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	t	P	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	t	p
P	1.14	0.21	1.22	0.46	-0.90	0.36	1.20	0.35	1.21	0.44	-0.13	0.89
F	1.08	0.25	1.10	0.32	-0.24	0.80	1.12	0.34	1.09	0.29	0.38	0.70
E	1.02	0.08	1.05	0.18	-0.90	0.36	1.02	0.08	1.05	0.19	-0.87	0.38
S	1.24	0.63	1.23	0.55	0.03	0.97	1.24	0.56	1.23	0.57	0.01	0.99
T	1.11	0.17	1.17	0.34	-0.79	0.43	1.15	0.26	1.16	0.33	-0.17	0.86
H	H	0.19	1.03	0.20	0.46	0.64	1.02	0.13	1.04	0.21	-0.53	0.59

Nota: \bar{x} = media; σ = desviación estándar; t= prueba T; p= significación bilateral. P= psicológica; F= física; E= económica; S= sexual; T= total; H= uso VIH.

Finalmente, tomando en consideración que en la escala de estigma interiorizado se obtuvieron niveles medios ($\bar{x} = 2.56$; $\sigma = 0.96$) y el uso del preservativo en las relaciones sexuales puntuaciones bajas ($\bar{x} = 1.36$; $\sigma = 0.77$), cabe destacar que se advirtió que existe una correlación de Pearson significativa al nivel 0,05 directamente proporcional entre el nivel de estigma interiorizado y la existencia de VI (correlación=0,182; Sig. Bilateral=0,032). No obstante, no se apreciaron correlaciones entre el uso de preservativo en las relaciones sexual y la VI (ver tabla 4).

Discusión

A través de la presente investigación se ha identificado que existe una prevalencia de la VI en HSH seropositivos del 42.44%. La cual se caracteriza por presentarse con una frecuencia esporádica, superior a la identificada en los estudios de González et al. (2016) y Rodríguez et al. (2017). Estos resultados revelan que la VI se trata de una tipología de violencia doméstica invisibilizada en el ámbito sanitario, lo cual se produce bien por la falta de reconocimiento asociado a: (1) los procesos de estigmatización heteronormativos (Alderete-Aguilar et al., 2021; Rodríguez et al., 2017), (2) la falta de reconocimiento y sus diferentes formas de menosprecio insertas en la sociedad, (3) los desajustes en las políticas de redistribución existentes en el contexto de Nuevo León (Fraser y Honneth, 2006; Rodríguez y Lara, 2016) y (4) las dificultades que presentan las víctimas a la hora de denunciar y visibilizar los hechos (Barrientos et al., 2016; Rodríguez et al., 2015).

Asimismo, al igual que indican Alderete et al. (2021), D'Olivo (2019), López (2019) y Saldivia et al. (2017) la violencia de tipo psicológico es referida por los participantes como la principal vía de materialización (40.28%), seguido de la violencia sexual (20,86%); aunque también se aprecian situaciones de violencia económica (12,94%) y física (12,23%).

Al igual que sucede en la VG, tal y como señala Arévalo (2018), también se aprecian casos en los que se hace uso del VIH como medio para ejercer este tipo de violencia (4,62%).

En este sentido, tomando en consideración las formas de expresión de este tipo de violencia descritas por autores como Alderete et al. (2021), Arévalo (2018) y Saldivia et al. (2017) a través del análisis realizado con paciente se aprecia que los principales medios para hacer uso del VIH en situaciones de VI son el outing, el ocultamiento y las coacciones. Asimismo, destaca que 19 personas declaran que no saben porque vía a través de la cual adquirieron el VIH; lo cual puede contribuir a contagios por desconocimiento y a conflictos de pareja.

En referencia a las características contextuales se advierte que la VI, al igual que en investigaciones con población que no es seropositiva, es más frecuente en el ámbito rural que en el urbano (González et al., 2016; Rodríguez et al., 2017). No obstante, a diferencia de estas, se aprecia que la variable relativa al nivel formativo no ejerce como factor protector; lo cual se explica porque el 27,3% realizó estudios de preparatoria y solamente el 0,7% no ha finalizado los estudios secundarios.

Asimismo, respecto a variables de tipo microsociales, se observa que las variables vinculadas a las conductas sexuales preventivas, la existencia de ideas suicidas y de hospitalizaciones en HSH seropositivos no son determinantes en la existencia de VI entre HSH (a excepción de la violencia de tipo sexual y en la que se hace uso del VIH para ejercerla); las cuales se presentan como consecuencias de este tipo de violencia en estudios mencionados por Barrientos et al. (2016) y Rodríguez et al. (2015). No obstante, se advierte que la muestra con un mayor nivel de estigma interiorizado respecto al VIH registra un mayor nivel de VI, lo cual confirma las tesis planteadas por Alderete et al. (2021), Arévalo Mora (2018) y Saldivia et al. (2017), quienes señalan que los procesos de discriminación favorecen este tipo de violencia. No obstante, también se aprecia la carencia de reconocimiento en tanto en cuanto a la adecuación de Código Penal de Nuevo León para incluir este tipo de violencia como intrafamiliar (Fraser y Honneth, 2006; Rodríguez y Lara, 2016). Es por ello que, completar el proceso de redistribución, aunaría en la visibilidad de la VI (reconocimiento), en su prevención y por ende en la protección de las víctimas.

Conclusión

En el contexto regiomontano se constata que la VI refiere a una problemática real, con una prevalencia superior a otros ambientes, en la que los procesos de estigmatización (incluida la internalización), de reconocimiento y de redistribución se presentan como factores determinantes. Dichos procesos, en el caso de personas seropositivas, se conjugan con el estigma vinculado al VIH/SIDA y también con diferentes formas de materialización de la violencia en pareja haciendo uso de la seroprevalencia.

Como prospectiva cabe destacar que el primer principio expuesto en los Principios de Yogyakarta menciona el derecho al disfrute universal de los derechos humanos y las obligaciones de los Estados. En este sentido, considerando la realidad social desde un abordaje sistémico, sería conveniente:

- Promover acciones específicas de prevención de la VI desde la educación para la salud en pacientes seropositivos.
- Crear de redes de intervención comunitaria en la que se involucren los diferentes agentes sociales y profesionales del ámbito sociosanitario para favorecer los procesos de reconocimiento y prevenir la revictimización.
- Promover las medidas necesarias para favorecer los procesos de redistribución, de forma que se modifique el artículo 287 Bis del Código Penal nuevoleonés e incluya las disposiciones de los artículos 140 y 148 del Código Civil de Nuevo León; y así de esta forma se produciría el reconocimiento de la VI como una forma de violencia intrafamiliar.
- Continuar con la creación de espacios de reflexión con los diferentes actores sociales para generar políticas y recursos específicos de protección hacia la comunidad LGTBI (en específico hacia la VI) y también para el fomento de entornos libres de discriminación.

Como limitaciones de la presente investigación cabe mencionar que menos de un 20% de la muestra residía en contexto rural. Asimismo, la mayoría de los participantes eran homosexuales (86,3%), poseían un nivel de estudios medio-superior y más del 90% desempeñaba algún tipo de actividad laboral.

Finalmente, solamente 26 usuarios manifestaron ideación suicida y en 36 se identificó en su historial este tipo de conductas. Por ende, los resultados no pueden ser generalizados a la población HSH regiomontana.

En cuanto a las directrices para futuras líneas de investigación sería idóneo promover una investigación que incluya los restantes sistemas de salud del contexto mexicano dirigidos a la población activa (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), a la población que no posee Seguridad Social (Instituto de Salud para el Bienestar), a los trabajadores/as de las fuerzas armadas (SEDEMA y MARINA) y empleados de Petróleos Mexicanos (PEMEX).

Referencias

- Aggleton, P., y Parker, R. (2002). *World AIDS Campaign 2002-3. A Conceptual Framework and Basis for Action. HIV/AIDS Stigma and Discrimination*. UNAIDS.
- Alderete, C., Robles, R., Ramos, L., Benjet, C., Alvarado, N. y Lazcano, M. (2021). Factores psicosociales asociados con violencia de pareja entre hombres homosexuales mexicanos con VIH. *Psicología y Salud*, 31(2), 255-265. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2694>
- Arévalo, L. (2018). Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH. *Revista Colombiana de Enfermería*, 16(13), 52-63. <https://doi.org/10.18270/rce.v16i13.2304>
- Arias-Molina, Y., Cabrera-Hernández, Y., Herrero-Solano, Y. y Tamayo-González, Y. (2019). Trastornos neuropsiquiátricos en pacientes con VIH/SIDA. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 44(4), 1-7 <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1849>
- Arribas, M. M., Rivero, A., Fernández, E., Poveda, T. y Caylá, J. A. (2018). Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36, 3-9. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(18\)30239-8](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(18)30239-8)

- Barrientos, J.; Rodríguez, A.; Escartín, J. y Longares, L. (2016). Violencia en parejas del mismo sexo: revisión y perspectivas actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 289-298.
- Cienfuegos Y. I. (2014). Validación de dos versiones cortas para evaluar violencia en la relación de pareja: perpetrador/a y receptor/a. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 62-71. <https://doi.org/10.48102/pi.v22i1.147>
- D'Olivo, E. (2019). *El segundo armario: Violencia en parejas homosexuales* [Tesis de Licenciatura, Universidad de la República de Uruguay].
- Felicissimo, F. B., Ferreira, G. C., Soares, R. G., da Silveira, P. S. y Ronzani, T. M. (2013). Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 15(1), 116-129.
- Fernandes, H., Vieira, D., Hino, P., Taminato, M. y Pinto, M. F. (2022). Violencia autoinfligida y suicidio en personas que viven con VIH/SIDA: una revisión sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0768>
- Fraser, N. y Honneth, A. (2006). *Redistribución o reconocimiento*. Morata.
- González, M., Martínez, A., Lamarque, C., Renzetti, L. y Simone, M. P. (2016). La violencia en parejas del mismo sexo: aportes para la construcción de un estado de la cuestión en Iberoamérica. *Perspectivas en Psicología*, 13(2), 107-114.
- Kalichman, S. C., Simabayi, L., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N. y Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, 21, 87-93. <https://doi.org/10.1080/09540120802032627>
- López, B. B. (2019). Violencia en las parejas de la comunidad LGBT (lésbico, gay, bisexual, transgénero, transexual). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(1), 106-121. <https://doi.org/10.31229/osf.io/gtn7a>
- Rodríguez, L. M., Carrera, M. V., Lameiras, M. & Rodríguez, Y. (2015). Violence in transsexual, transgender and intersex couples: a systematic review. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 914-935. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134224>

- Rodríguez, L. M., Rodríguez, Y., Lameiras, M. y Carrera, M. V. (2017) Violencia en parejas Gays, Lesbianas y Bisexuales: una revisión sistemática 2002-2012. *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (13), 49-71. <https://doi.org/10.5944/comunitania.13.3>
- Rodríguez, L. M. y Lara, Y. (2016). La violencia intragénero (VI) en México: el contexto de Nuevo León (NL). *Revista Sexología y Sociedad*, 22(2), 119-130.
- Rodríguez, L. M. y Lara, G. (2020). *Proyecto El VIH como vía de materialización de la Violencia de Género e Intragénero*. IMSS.
- Rodríguez-Fortúnez, P., China, E., Alemán, M. R., Comellas, M. y Cejas, M. R. (2019). Ideación suicida y depresión en pacientes VIH+: Estudio transversal sobre prevalencia y factores de riesgo. *Revista Multidisciplinaria del Sida*, 7(16), 20-34. <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD54995.pdf>
- Rojas-Solís, J. L., Meza-Marín, R. N., Villalobos-Raygoza, A., & Rojas-Alonso, I. (2021). Revisión sistemática sobre características metodológicas en el estudio de la violencia de pareja en hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 13(1), 144-159. <https://doi.org/10.22335/rlct.v13i1.1312>
- Saldivia, C., Faúndez, B., Sotomayor, S. y Cea, F. (2017). Violencia íntima en parejas jóvenes del mismo sexo en Chile. *Ultima década*, 25(46), 184-212. <https://doi.org/10.4067/s0718-22362017000100184>
- Torres-Mendoza, M. C. (2020). Intento de suicidio en trans femeninas VIH positivas en Managua, Nicaragua. *Revista Científica de FAREM-Estelí*, (36), 82-94. <https://doi.org/10.5377/farem.v0i36.10613>
- Zavala, R., Esparza, M. J., Rojas, J. L. y Greathouse, L. M. (2019). Caracterización de la violencia en parejas de hombres homosexuales. *Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística*, (13), 16-29.