

Discriminación y afectos negativos en mujeres que viven con VIH

J. Moral y M. P. Segovia

José Moral de la Rubia es profesor-investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (México). María Petra Segovia Chávez es profesora del área de clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Si la discriminación es un trato diferencial que niega, restringe o quita los beneficios, apoyos u oportunidades a los que una persona tiene derecho, basándose el mismo en

distinciones arbitrarias, injustas o injustificables (razón de discriminación) desde los marcos de valores y principios compartidos por las personas que interactúan (Moral y Segovia, 2011), una primera reacción esperable ante este trato diferencial sería la irritación (Hartshorn, Whitbeck y Hoyt, 2012). La persona se molesta, enoja e incluso lo manifiesta abiertamente. Esta reacción puede ser ignorada por su entorno, puede desencadenar agresión y más discriminación, o puede despertar empatía y así el trato injusto disminuir o desaparecer. Los dos primeros casos pueden provocar una reacción con síntomas depresivos en la persona discriminada o una escalada de violencia. Sólo en el último caso la persona se sentirá más integrada y respetada por los que la rodean, como Hartshorn et al. (2012) observaron en adolescentes indígenas norteamericanos que eran objeto de discriminación social.

La ira es un estado emocional negativo. Puede surgir como una reacción a la vulnerabilidad ante a una amenaza, coerción o daño recibido, ya sean reales o imaginarios. El sentir dolor o evaluar la situación como ofensiva, injusta o perjudicial son dos aspectos importantes para experimentar ira, la cual se caracteriza por malestar y activación, con tendencia al ataque ante la ofensa o daño. La ira se puede expresar hacia fuera con una conducta de agresión dirigida hacia los demás o guardarse para sí sin ser expresada. Su intensidad es variable, así como el nivel de consciencia y el control que el sujeto logra sobre la misma. Si

la ira es intensa y sostenida en el tiempo, ya sea consciente o no, tiene efectos sobre la salud a través de una hiperactividad simpática, generando problemas físicos, como hipertensión o síndrome de intestino irritable (Liu, Cohen, Schulz y Waldinger, 2011; Moral, Valdez et al., 2010).

La depresión es un estado emocional de tristeza, desánimo o irritación. Aunque hay casos de depresión que tienen una etiología orgánica y cursan con bastante independencia de su entorno, la mayoría de las depresiones son reacciones a situaciones adversas ante las cuales la persona se siente, en alguna medida, indefensa o desesperada, conllevando los casos más extremos ideación y conducta suicidas (Beck, 2006). El recibir un diagnóstico de ser seropositivo al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como sufrir discriminación y aislamiento como consecuencia de padecer esta infección constituyen situaciones asociadas con síntomas depresivos (De La Haye et al., 2010; Li, Lee, Thammawijaya, Jiraphongsa y Rotheram-Borus, 2009). Si la depresión es intensa y sostenida en el tiempo, como los casos de distimia, trastorno depresivo mayor crónico o trastorno adaptativo crónico con síntomas depresivos, tiene efectos sobre la salud a través de la elevación de los niveles del cortisol y las citoquinas, generando deficiencias inmunológicas y siendo factor de riesgo de cáncer (Gillespie y Nemeroff, 2005; Schiepers, Wichers y Maes, 2005).

La infección de VIH es una enfermedad crónica que actualmente termina en una etapa muy avanzada de inmunodeficiencia, siendo el organismo atacado por una o más enfermedades oportunistas a esta situación de baja competencia inmunológica, como son la neumonía por pneumocystis carinii o el sarcoma de Kaposi, y ante las cuales finalmente sucumbe (Greene, 2007). Así, al momento de recibir el diagnóstico de ser seropositivo al VIH, la persona se enfrenta a un posible pronóstico de muerte, así como a un tratamiento de por vida, muy costoso y con bastantes efectos secundarios. A esto se le suma el estigma social que conlleva el diagnóstico, al estar la infección de VIH íntimamente asociada, en la representación social o conocimiento popular, con ciertas conductas sexuales y con el consumo de drogas ilegales por vía intravenosa (Flores y Leyva, 2003; Zukoski y Thorburn, 2009).

Probablemente las primeras semanas o meses sean los más críticos con reacciones de ansiedad, ira, culpa, vergüenza y depresión. Luego la persona se irá adaptando, contando siempre con la opción de comunicar su condición a quien realmente confíe (Moskowitz y Roloff, 2008; Venable, Carey, Blair y Littlewood, 2006), salvo en las situaciones clínicas en las cuales esta información está presente en su expediente, el cual incluso puede contar con marcas especiales que permiten su fácil identificación (Infante et al., 2006).

Si, inicialmente, tras recibir el diagnóstico de seropositividad al VIH, domina el miedo y la angustia, aparte de la vergüenza y culpa ante los demás (Chong y Kvasny, 2007), con el tiempo estas emociones negati-

vas se aplacan y la discriminación ocasionará reacciones de ira con más frecuencia. Si la discriminación es muy persistente y agresiva, incluso generará indefensión, especialmente en las personas con rasgos de rumiación obsesiva de eventos negativos (Borders y Liang, 2011).

En México se han hecho estudios de discriminación por causa de la condición de seropositividad al VIH. Castro, Orozco, Aggleton, Eroza y Hernandez (1998) señalaron reacciones ambivalentes entre familiares y amigos al enterarse de que un miembro de la familia o un allegado era seropositivo al VIH, siendo dentro de la comunidad homosexual donde las muestras de apoyo basadas en la amistad eran más claras. Infante et al. (2006) informaron que poner marcas especiales de identificación en los expedientes, pruebas diagnósticas sin consentimiento informado y demoras en los procedimientos quirúrgicos eran prácticas clínicas usuales hacia pacientes que viven con VIH, especialmente si los pacientes eran clasificados como personas que ejercen el sexo comercial u hombres que tienen sexo con hombres. En 2011, Moral y Segovia reportaron que el 73% de las mujeres que viven con VIH temían ser discriminadas en diversas situaciones sociales y entre el 53 y 67% (según la pregunta), con una media de 58.5%, indicaban ser discriminadas, dando un promedio de expectativa y/o percepción de discriminación por la condición de seropositividad al VIH de 66%. El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2011) reportó que el 49.2% de los mexicanos encuestados en 2010 sí aceptarían que en su casa viviera una persona con VIH/SIDA, el 35.9% no lo aceptarían, 11.2% con condiciones, 3.4% no supieron que contestar y 0.3% no contestaron; así la discriminación más abierta desde este indicador estaría presente en un 36% de los mexicanos y más sutil en un 11-15% adicional, sumando 49%.

En relación con estos cuatro estudios mexicanos sobre discriminación, debe señalarse que la investigación hecha por el CONAPRED (2011) abordó la discriminación por causa de estar infectado con VIH como un objetivo accesorio y con una sola pregunta desde el punto de vista del potencial agente de discriminación. Las tres primeras investigaciones (Castro et al. 1998; Infante et al., 2006; Moral y Segovia, 2011), centradas en la discriminación por vivir con VIH, fueron cualitativas y dos de ellas se realizaron en muestras de tamaño pequeño (una con 14 prestadores de salud y otra con 30 mujeres que viven con VIH). La investigación de Castro et al. (1998), con 113 entrevistas en profundidad, estudió la discriminación en el ámbito de la familia y allegados, pero desde el punto de vista de los que conviven con la persona infectada con VIH. Así, en México, no hay ningún estudio cuantitativo que estime los porcentajes de discriminación (temida y percibida) desde el punto de vista de las personas que lo sufren, empleando una muestra representativa de la población de personas que viven con VIH.

Debe señalarse que no existen estudios sobre los niveles de ira en pacientes que viven con VIH dentro o fuera de México, aunque sí en otras poblaciones, como amas de casa mexicanas (Moral, González y Landero, 2010) o población general (Miguel, Cano, Casado, y Spielberger, 2011; Spielberger, 1999).

Aunque existen bastantes estudios de epidemiología de depresión entre pacientes que viven con VIH realizados fuera de México (Ciesla y Roberts, 2001; De La Haye et al., 2010; Rodkjaer, Laursen, Balle y Sodemann, 2010; Tsao, Dobalian, Moreau y Dobalian, 2004), no es así dentro del país, variando la prevalencia de depresión durante el periodo de vida del 7.2% (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara y Berglund, 2007) al 8.1% (Andrade, Walters, Gentil y Laurenti, 2003) en estudios de población general mexicana.

Finalmente, cabe mencionar que la investigación de corte psicosocial en VIH está centrada en hombres, con especial énfasis en hombres que tienen sexo con hombres, siendo muy pocos los estudios con muestras femeninas, cuando la población femenina tiene características propias (Oliva, Saavedra y Viñas, 2009). Al estudiar aspectos, como la expectativa y percepción de discriminación, expresión de la ira y depresión, existen diferencias entre ambos sexos por la mayor sensibilidad emocional, vulnerabilidad afectiva y dependencia interpersonal de las mujeres en comparación con los hombres, lo que implica que las mujeres muestren mayor temor a ser discriminadas, expresen menos la ira y sufran depresión con más frecuencia que los hombres (Moral, Valdez et al., 2010; Rocha y Díaz-Loving, 2005).

Considerando estos antecedentes y vacíos, la presente investigación tiene como objetivos describir los niveles medios y porcentajes de discriminación (temida y percibida), expresión de la ira y depresión en mujeres que viven con VIH y residen en Nuevo León, México. Adicionalmente, se comparan las medias de los factores que integran las escalas que evalúan cada uno de los tres constructos, a fin de obtener una imagen descriptiva más completa.

Se pronostica la existencia de expectativa y/o percepción de discriminación en aproximadamente el 66% de las mujeres, siendo mayor la expectativa (73%) que la percepción (58.5%), conforme con los resultados del estudio de Moral y Segovia (2011). Debido al porcentaje alto de discriminación y un porcentaje de depresión mayor que el de población general, se espera unos niveles medios de ira mayores que los de otras poblaciones no clínicas, como amas de casa y población general, al ser la discriminación y la depresión causas de irascibilidad (Hartshorn et al., 2012). El nivel de depresión reportado en otros estudios con personas que viven con VIH varía de 10 al 20% (Ciesla y Roberts, 2001; De La Haye et al., 2010; Rodkjaer et al., 2010), de ahí que se espera un porcentaje en torno al 15%, que es mayor que el de población general en

México (aproximadamente 7% según el estudio de Medina-Mora et al., 2007).

Método

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo con un diseño ex post facto transversal.

Participantes

El procedimiento de muestreo fue no probabilístico, integrándose una muestra incidental de participantes voluntarios con un tamaño representativo de la población objeto de estudio que fueron mujeres que viven con VIH atendidas en Nuevo León, México. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, saber leer y escribir, prestar el consentimiento informado, haber recibido diagnóstico de VIH positivo y residir en Nuevo León, México. Los criterios de exclusión fueron: presencia de síntomas que impidiesen la comprensión o concentración en el cuestionario (a juicio de la encuestadora).

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA reportó 576 casos registrados de mujeres que viven con VIH en Nuevo León en fecha de junio de 2011 (CENSIDA, 2011). Se tomó el porcentaje de discriminación como parámetro a estimar para determinar un tamaño de muestra representativo. En 2011, Moral y Segovia reportaron, desde una muestra no probabilística extraída de la población de mujeres que viven con VIH en Nuevo León, un promedio de 66% de expectativa y/o percepción de discriminación por ser seropositivas al VIH (Moral y Segovia, 2011). Al considerar un porcentaje poblacional de 66% de discriminación temida/percibida, con intervalo de confianza de 95% y error de estimación de 5.3%, se requirió un tamaño muestral de 200.

Las 200 mujeres que participaron en el estudio acudían a la consulta externa del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual de Nuevo León (CAPASITS-NL) y de la Clínica #6 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ambos dispositivos ubicados en Monterrey. Debe señalarse que el CAPACYT-NL concentra más del 90% de los casos de VIH del estado de Nuevo León. Las participantes fueron entrevistadas por una psicóloga dentro de un consultorio del centro ambulatorio o la clínica, mientras esperaban sus citas programadas. Tras las preguntas sobre información sociodemográfica y clínica, se entregaron las tres escalas de autorreporte para que fueran respondidas.

La media de edad de las mujeres participantes fue 34.88 años ($DE = 8.63$), variando de 18 a 50 años. La mediana de escolaridad correspondió a secundaria incompleta. De las 200 participantes, 86 (43%) dijeron estar casadas, 45 (22.5 %) solteras, 28 (14%) en unión libre, 19 (9.5%)

viudas, 12 (6%) separadas y 10 (5%) divorciadas. De estas 200 mujeres, 176 (62%) señalaron tener hijos, siendo la mediana 3 hijos. Al ser preguntadas sobre su ocupación, 132 mujeres (66%) respondieron ser amas de casa, 39 (19.5%) empleadas no profesionistas, 26 (13%) sexo-servidoras y 3 (1.5%) profesionistas. Sobre la adscripción religiosa, 177 (88.5%) indicaron ser católicas y 23 (11.5%) cristianas. De las 200 mujeres, 158 (79%) reportaron haber sido infectadas por el cónyuge o pareja en unión libre, 31 (15.5%) por una pareja ocasional, 4 (2%) por un cliente, 3 (1.5%) por un amante, 2 (1%) por un novio, 1 (0.5%) por abuso sexual y 1 (0.5%) por transmisión vertical (madre-hija). La media de años transcurrido desde el diagnóstico de infección de VIH fue 3.79 ($DE = 3.17$), variando de 1 mes a 18 años.

Instrumentos

Escala de Discriminación Temida y Percibida para Mujeres con VIH (DTP-40-MV) de Moral y Segovia (2013). La escala DTP-40-MV está integrada por 40 ítems tipo Likert con un rango ordinal de respuesta de 4 puntos: 1 = "nada", 2 = "poco", 3 = "bastante", 4 = "mucho" y 5 = "totalmente". Estos 40 ítems fueron derivados de un estudio cualitativo (Moral y Segovia, 2011). A la hora de responder a la escala se solicita a la persona indicar qué tanto describen sus expectativas y vivencias unas situaciones de discriminación por su condición de seropositividad al VIH. Todos los ítems son directos. La puntuación total de discriminación se obtiene por la suma simple de los mismos. La consistencia interna de los 40 ítems fue alta ($\alpha = .92$). Cuenta con seis factores correlacionados: discriminación temida en diversas situaciones sociales con 11 indicadores ($\alpha = .94$), discriminación percibida en el trabajo y vecindario con 8 indicadores ($\alpha = .93$), discriminación percibida en la familia con 8 indicadores ($\alpha = .88$), discriminación percibida en la atención clínica con 5 indicadores ($\alpha = .91$), discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico con 2 indicadores ($\alpha = .91$) y momentos percibidos de discriminación con 6 indicadores ($\alpha = .85$). El ajuste del modelo de 6 factores correlacionados por mínimos cuadrados libres de escala fue bueno: $\chi^2/gl = 1.75$, GFI = .94, AGFI = .93, NFI = .92, RFI = .91 y RMS SR = .08 (Moral y Segovia, 2013). Estas propiedades psicométricas fueron estimadas en la misma muestra que la del presente estudio.

Escala de Expresión de la Ira del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, segunda edición (STAXI-2-AX/EX) de Spielberger (1999), con la adaptación mexicana de Moral, González et al. (2010). La escala original consta de 24 ítems tipo Likert con un rango ordinal de 4 puntos: 1 = "casi nunca", 2 = "algunas veces", 3 = "a menudo" y 4 = "casi siempre". En la adaptación mexicana se sugirió eliminar 3 ítems del factor de interiorización por problemas de definición factorial y consistencia interna (ítems 3, 10 y 17), los cuales también presentaron estos mismos problemas en la presente muestra. Moral, González et al. (2010), al extraer

los componentes de los 21 ítems, obtuvieron cuatro factores conforme con la expectativa y el criterio de Kaiser: tres componentes de 6 ítems cada uno (control externo [$\alpha = .86$], control interno [$\alpha = .88$] y exteriorización [$\alpha=.74$]) y uno con 3 ítems (interiorización [$\alpha=.68$]). Las puntuaciones en los factores se obtienen por suma simple de ítems. La puntuación total de expresión de la ira se obtiene sumando los 9 ítems de exteriorización e interiorización, la constante 39 y restando los 12 ítems de control externo e interno (Moral, González et al., 2010). En la presente muestra, la consistencia interna de los 21 ítems fue alta ($\alpha = .89$). Para lograr una solución admisible en el análisis factorial confirmatorio, siguiendo el resultado factorial exploratorio, se juntaron los factores de interiorización y exteriorización en un factor con 9 indicadores denominado manifestación de la ira ($\alpha = .89$). Control interno permaneció con sus 6 ítems ($\alpha = .88$), al igual que control externo ($\alpha = .79$). Precisamente el número de factores fue tres por el criterio de Horn. Este modelo de 3 factores correlacionados presentó un ajuste bueno por mínimos cuadrados libres de escala: $\chi^2/gl = 1.35$, GFI = .96, AGFI = .95, NFI = .95, RFI = .94 y RMSSR = .07. En los análisis de este estudio se usó el modelo de tres factores en lugar del modelo de 4 factores por sus propiedades de ajuste y por la mayor consistencia interna de los factores.

Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-2), con la adaptación al español de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). Consta de 21 preguntas con 4 opciones de respuesta, puntuadas de 0 a 3. Una mayor puntuación refleja mayor presencia e intensidad de síntomas depresivos. La consistencia interna de sus 21 ítems es alta ($\alpha = .87$). El análisis factorial del BDI-2 proporciona una solución de dos factores correlacionados: síntomas cognitivo-afectivos y somático-motivacionales con un ajuste adecuado a los datos (Sanz et al., 2003). En la presente muestra los 21 ítems del BDI-2 tuvieron una consistencia interna alta ($\alpha = .94$), de .93 el factor de síntomas cognitivo-afectivos y de .83 el de síntomas somático-motivacionales. El ajuste del modelo de dos factores correlacionados por mínimos cuadrados libres de escala fue bueno: $\chi^2/gl = 0.89$, GFI = .98, AGFI = .98, NFI = .98, RFI = .98 y RMS SR = .06.

Procedimiento

A las participantes se les informó en qué consistía el estudio, cuáles eran sus objetivos y se garantizó la confidencialidad de la información. Al aceptar participar se le pidió que firmaran la carta de consentimiento con dos testigos. De este modo el estudio atendió a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 (Secretaría de Salud, 2010) y se ajustó a las normas éticas de investigación de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). El muestreo se realizó a lo largo del año 2011.

Análisis estadísticos

Se describieron los niveles de discriminación, depresión e ira por medio de porcentajes y medias. Se compararon las medias entre los factores de cada escala por análisis de varianza de medidas repetidas y la prueba *t* de Student para dos muestras emparejadas. Se rechazó la hipótesis nula de equivalencia de media con un nivel de significación $\alpha = .05$. Los cálculos se realizaron con SPSS16.

Resultados

Niveles de discriminación

Para interpretar los niveles de discriminación, en primer lugar, se dividió las puntuaciones de la escala DTP-40-MV y sus 6 factores por sus respectivos números de ítems, obteniéndose un rango continuo y homogéneo de 1 a 5; en segundo lugar, se dividió este rango continuo en 5 intervalos de amplitud constante ($[\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}] / \text{número de intervalos} = ([5 - 1] / 5 = 0.8)$); y en tercer lugar, ordenados en sentido creciente, se hizo corresponder los 5 intervalos con los 5 valores discretos de respuesta a los ítems (nivel de conformidad o asentimiento con una afirmación de ser discriminada). De este modo, se pudo interpretar las puntuaciones usando las etiquetas de respuesta de los ítems: de 1 a 1.79 = 1 = “nada”, de 1.80 a 2.59 = 2 = “poca”, de 2.60 a 3.39 = 3 = “bastante”, de 3.40 a 4.19 = 4 = “mucho” y de 4.20 a 5 = 5 = “totalmente”.

El 29% de las participantes afirmaron no estar de acuerdo en que son discriminadas desde la puntuación total de la escala DTP-40-MV. En orden creciente (de más a menos discriminación), este porcentaje fue del 17.5% ante la percepción de discriminación al ser consultado su expediente clínico, 18% ante la expectativa de discriminación frente a situaciones sociales diversas, 38% ante la percepción de discriminación en la atención clínica, 61.5% ante la percepción de discriminación en el trabajo y vecindario, 66.5% ante diversos momentos percibidos de discriminación y 83.5% ante la percepción de discriminación en la familia (véase Tabla 1).

Por el contrario, el 71% de las participantes afirmaron estar de poco a totalmente de acuerdo en que son discriminadas desde la puntuación total de la escala DTP-40-MV. En orden decreciente (de más a menos discriminación), este porcentaje fue de 82.5% ante la percepción de discriminación al ser consultado su expediente clínico, 82% ante la expectativa de discriminación frente a situaciones sociales diversas, 62% ante la percepción de discriminación en la atención clínica, 38.5% ante la percepción de discriminación en el trabajo y vecindario, 33.5% ante diversos momentos percibidos de discriminación y 16.5% ante la percepción de discriminación en la familia (véase Tabla 1).

Tabla 1
Niveles de conformidad o asentimiento con la afirmación de ser discriminada dividiendo el rango continuo de 1 a 5 en cinco intervalos de amplitud constante

Niveles de conformidad	PT		DT		DPF		PTV		PAC		PEC		MPD	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nada	58	29.0	36	18.0	167	83.5	123	61.5	76	38.0	35	17.5	133	66.5
Poco	82	41.0	29	14.5	14	7.0	20	10.0	43	21.5	26	13.0	30	15.0
Bastante	52	26.0	42	21.0	12	6.0	21	10.5	48	24.0	50	25.0	25	12.5
Mucho	6	3.0	34	17.0	5	2.5	30	15.0	20	10.0	41	20.5	6	3.0
Totalmente	2	1.0	59	29.5	2	1.0	6	3.0	13	6.5	48	24.0	6	3.0

PT = Puntuación total de la escala DTP-40-MV. DT = Discriminación temida, PF = Discriminación percibida en la familia, PTV = Percibida en el trabajo y vecindario, PAC = Percibida en la atención clínica, PEC = Percibida ante consulta del expediente clínico y MPD = Momentos percibidos de discriminación.

Al dividir la media de la puntuación total de la escala DTP-40-MV por el número de ítems (89.80/40), el valor fue 2.25, lo que correspondió a una respuesta de “poco”. Los valores medios también correspondieron a 2 en los factores de discriminación percibida en el trabajo y vecindario (1.92) y discriminación percibida en la atención clínica (2.20). El valor medio correspondió a 1 (nada) en discriminación percibida en la familia (1.42) y momentos percibidos de discriminación (1.74). El valor medio correspondió a 3 (bastante) en discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico (3.22) y la discriminación esperada en diversas situaciones sociales (3.20).

Al comparar las medias de los seis factores de discriminación hubo diferencias significativas ($F[3.28, 652.37] = 122.99, p < .01$). Se empleó la corrección de Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0.66$) para los grados de libertad, al no mantenerse la hipótesis nula de la equivalencia de la matriz de las covarianzas de los errores de las variables dependientes a una matriz identidad (Prueba de Mauchly: $W = 0.15, \chi^2[14, N = 200] = 368.49, p < .01$). Estas mujeres reportaron esperar más discriminación de la que percibían, salvo ante la consulta del expediente clínico, siendo la familia el entorno en la que percibieron menos discriminación.

Niveles de Ira

En esta muestra de 200 mujeres seropositivas al VIH, el rango de la expresión de la ira (puntuación total de la escala) varió de 4 a 63, siendo la media 32.13 (95% IC [30.46, 33.80]) y desviación estándar de 11.99.

En el estudio de validación de esta escala con 226 amas de casa mexicanas, Moral, González et al. (2010) obtuvieron una media de 24.03 (95% IC: 22.57, 25.50) y desviación estándar de 10.57 de expresión de la ira. La media de la presente muestra fue significativamente mayor

($t[199] = 9.55, p < .01$) que la obtenida en amas de casa con una diferencia media de 8.10 (95% IC: 6.43, 9.77).

Al dividir la media de cada factor por su número de ítems, se obtuvo un rango continuo y homogéneo de 1 a 4, con el cual se pudo hacer comparaciones de medias entre los tres factores. El promedio fue estadísticamente equivalente entre los tres factores de ira ($F[1.67, 331.581] < 0.01, p = .99$), sin asumir esfericidad (Prueba de Mauchly: $W = 0.80, \chi^2[2, N = 200] = 44.26, p < .01$) y acudiendo a la corrección de Greenhouse-Geisser para estimar los grados de libertad ($\epsilon = 0.83$).

Al carecerse de un punto de corte para los factores, se dividió este rango continuo en 4 intervalos de amplitud constante ($[\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}]/\text{número de intervalos} = [(4 - 1)/4 = 0.75]$; de este modo se pudo hacer corresponder los 4 intervalos con los 4 valores discretos de respuesta a los ítems (nivel de manifestación o control de la ira): de 1 a 1.74 = 1 "nada", de 1.75 a 2.49 = 2 "algunas veces", de 2.50 a 3.24 = 3 "a menudo", y de 3.25 a 4 = 4 "casi siempre".

Prevalcieron las frecuencias de ira bajas. Casi nunca o algunas veces 65.5% de las participantes (131 de 200) reportaron manifestar ira, el 64% (128 de 200) controlarla internamente y el 63.5% (127 de 200) controlarla externamente. Por el contrario, a menudo o casi siempre 34.5% (69 de 200) reportaron manifestar ira, 36% (72 de 200) controlarla internamente y el 36.5% (73 de 200) controlarla externamente (véase Tabla 2).

Tabla 2

Frecuencia de manifestación y control de la ira dividiendo el rango continuo de 1 a 4 en cuatro intervalos de amplitud constante

Frecuencia	MI		CE		CI	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Casi nunca	49	24.5	50	25.0	44	22.0
Alguna veces	82	41.0	77	38.5	84	42.0
A menudo	46	23.0	43	21.5	45	22.5
Casi siempre	23	11.5	30	15.0	27	13.5

MI = Manifestación de ira, CI = Control interno y CE = Control externo.

Las medias de los tres factores quedaron en el intervalo de 1.75 a 2.49, lo que corresponde al valor discreto 2 y una frecuencia de algunas veces dentro de un rango de 1 "casi nunca" a 4 "casi siempre".

Para comparar los presentes datos de mujeres que viven con VIH con una muestra de población general, se usó la media de expresión de ira reportada por Miguel et al. (2011) en España ($M = 29$). Para hacer esta comparación de medias fue necesario incluir los 3 ítems de interiorización, excluidos por problemas de definición factorial y consistencia

interna (ítems 3, 10 y 17), ya que la escala original consta de 24 ítems (Moral, González et al., 2010). Se calculó el puntaje de expresión de ira sumando los 6 ítems de exteriorización y los 6 de exteriorización, restando los 6 ítems de control interno y los 6 ítems de control externo y sumando 36; de este modo la puntuación de expresión de la ira varía de 0 a 72 (Spielberger, 1999; Miguel et al., 2011). La media de expresión de ira de las 200 mujeres que viven con VIH de la presente muestra fue 38.23 (95% IC: 36.68, 39.78), siendo significativamente mayor que la media española ($t[199] = 11.74, p < .01$) con una diferencia media de 9.23 puntos (IC 95%: 7.68, 10.78).

Niveles de depresión

Beck, Steer y Brown (1996) establecieron tres puntos de corte para el BDI-2: puntuaciones de 0 a 13 indican ausencia de depresión o síntomas mínimos, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 moderada y de 29 a 63 severa. Usando estos puntos de corte, los estadísticos de tendencia central de la media ($M = 14.85$, IC 95% [13.21, 16.49]) y la mediana ($Mdn = 12$) de la presente muestra correspondieron a un nivel de depresión leve. El 14% de los participantes (28 de 200) se ubicaron en el intervalo de la depresión leve, 17.5% (35 de 200) de depresión moderada y 14.5% (29 de 200) severa; así el 46% (92 de 200) de la distribución tuvo una puntuación igual o mayor de 14 (depresión).

Sanz, García, Espinosa, Fortún y Vázquez (2005), en España, propusieron una puntuación de corte mayor o igual a 15 para detectar casos de depresión en estudios de cribado, y mayor o igual a 30 para diagnóstico clínico. Con el primer criterio habría 42.5% de casos de depresión (85 de 200) y con el segundo criterio habría 12% de casos (24 de 200).

La media de las 200 mujeres mexicanas seropositivas al VIH de esta muestra ($M = 14.85$, IC 95% [13.21, 16.49]) se desvió significativamente ($p < .01$) por encima de la media de población general española para ambos sexos ($M = 9.6$, IC 95% [9, 10.2]) (Sanz et al., 2003) y por debajo de la media para ambos sexos en pacientes españoles de salud mental ($M = 19.9$, IC 95% [20.7, 19.1]) (Sanz et al., 2005), ubicándose en una posición intermedia.

Al dividir la media de cada factor por su número de ítems, se obtuvo un rango continuo y homogéneo de 0 a 3, con el cual se pudo hacer comparaciones de medias de los dos factores. En estas 200 mujeres seropositivas al VIH, hubo diferencia significativa entre ambos factores del BDI ($t[199] = -9.10, p < .01$). Los síntomas somático-motivacionales ($M = 0.91$, 95% IC [0.82, 0.99]) fueron más frecuentes que los síntomas cognitivo-afectivos ($M = 0.61$, 95% IC [0.52, 0.69]) con una diferencia media de -0.30 (95% IC [-0.23, -0.36]).

Considerando la media más alta en síntomas somático-motivacionales y que las participantes eran pacientes médicos bajo un trata-

miento retroviral con efectos secundarios, se optó por dar más valor al factor de síntomas cognitivo-afectivos de depresión. Al carecerse de un punto de corte para este factor en mujeres mexicanas que viven con VIH, se dividió este rango continuo en 4 intervalos de amplitud constante $([\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}]/\text{número de intervalos} = [(3 - 0)/4 = 0.75])$; de este modo se pudo hacer corresponder los 4 intervalos con los 4 valores discretos de respuesta a los ítems (nivel de queja sintomática): de 0 a 0.74 = 0 “ausencia de síntomas o síntomas mínimos”, de 0.75 a 1.49 = 1 “síntomas leves”, de 1.50 a 2.24 = 2 “síntomas moderados”, y de 2.25 a 3 = 3 “síntomas severos”. Los valores 2 y 3 muy probablemente muestren casos clínicos de depresión y el valor 1 probablemente muestre casos subclínicos de depresión.

El 64% de las participantes reportaron ausencia o síntomas mínimos de depresión (de 0 a 0.74) desde el factor de síntomas cognitivo-afectivos, 59.5% desde la puntuación total y 44.5% desde el factor de síntomas somático-motivacionales. El 23.5% reportaron síntomas leves y probablemente sean casos subclínicos (de 0.75 a 1.49) desde el factor de síntomas cognitivo-afectivos, 30% desde la puntuación total y 39% desde el factor de síntomas somático-motivacionales. El 12.5% reportaron síntomas moderados o severos y muy probablemente sean casos clínicos de depresión (de 1.50 a 3) desde el factor de síntomas cognitivo-afectivos, 11.5% desde la puntuación total y 16.5% desde el factor de síntomas somático-motivacionales (véase Tabla 3).

Tabla 3
Niveles de síntomas depresivos dividiendo el rango continuo de 0 a 3 en tres intervalos de amplitud constante

Niveles de síntomas de depresión		PT		SCA		SSM	
		<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Sin síntomas	[0, 0.74]	119	59.5	128	64.0	89	44.5
Leves	[0.75, 1.49]	60	30.0	47	23.5	78	39.0
Moderados	[1.50, 2.24]	19	9.5	23	11.5	29	14.5
Severos	[2.25, 3]	2	1.0	2	1.0	4	2.0

BDI-2: PT = Puntuación total, SCA = síntomas cognitivo-afectivos y SSM = síntomas somático-motivacionales.

La media de la puntuación total dividida por su número de ítems ($M = 0.71$) correspondería al intervalo de ausencia de síntomas depresivos o síntomas mínimos, al igual que la media de los síntomas cognitivo-afectivos ($M = 0.61$). La media de los síntomas somático-motivacionales ($M = 0.91$) correspondería al intervalo de síntomas leves.

Debe señalarse que la media del factor de síntomas cognitivo-afectivos fue estadísticamente equivalente a la media de la puntuación

total ($t[199] = 1.09, p = .28$); así los porcentajes de 11.5 y 12.5% deben considerarse estadísticamente equivalentes, dando un porcentaje medio de casos clínicos de depresión de 12%, el cual coincide con la estimación hecha usando el punto de corte para casos clínicos de Sanz et al. (2005).

Discusión

Niveles de discriminación

Como hipótesis se formuló la existencia de expectativa y/o percepción de discriminación en el 66% de las participantes desde los resultados de Moral y Segovia (2011), como un promedio entre 73% de discriminación temida y 58.5% de discriminación percibida. El porcentaje esperado de discriminación era de 49% desde la encuesta del CONAPRED (2011). Casi la mitad de las participantes (47%) reportaron percibir discriminación (de poco a totalmente), al hacer la estimación desde el porcentaje medio de los 5 factores de discriminación percibida (ante la consulta del expediente clínico, momentos diversos, atención clínica, trabajo-vecindario y familia). Este resultado se aproxima mucho al de la encuesta del CONAPRED (2011), estimado desde el potencial agente de discriminación, quedando dentro del rango del 5% de error de estimación; es decir, se obtuvo un porcentaje de discriminación percibida por estas mujeres que viven con VIH que es equivalente estadísticamente al porcentaje de posible discriminación desde las respuestas dadas por los ciudadanos mexicanos. No obstante, el porcentaje obtenido quedó significativamente por debajo del porcentaje de Moral y Segovia (2011) de 58.5%, considerando el 5% de error de estimación.

El 82% de las participantes reportaron temer ser discriminadas; este porcentaje quedó significativamente por encima del porcentaje de Moral y Segovia (2011) de 73%, considerando el 5% de error de estimación. No obstante, al calcular la media entre el 82% de discriminación temida y el 47% de discriminación percibida, se obtiene un porcentaje de 64.5%, el cual queda dentro del rango esperado de percepción y/o expectativa de discriminación [61%, 71%]. Por lo tanto, el estudio cuantitativo con la escala DTP-40-MV confirma los resultados del estudio cualitativo de Moral y Segovia (2011) en relación con el porcentaje medio de discriminación temida y/o percibida y el mayor porcentaje de discriminación temida en comparación con la percibida; no obstante, muestra que la diferencia entre temor y percepción de discriminación es mayor de lo esperado, posiblemente por la mayor precisión evaluativa de una escala frente a una entrevista de preguntas abiertas.

El mayor porcentaje de discriminación temida que el de discriminación percibida se podría atribuir a una estrategia de defensa de callar y revelar el estatus serológico al VIH sólo a las personas de confianza, siendo esta estrategia implementada por un sistema cognitivo en cons-

tante alerta por motivo de una estimación exagerada del verdadero peligro de discriminación y estigmatización (Hill y Gardner, 1980). También podría atribuirse a una sensibilidad y respeto que va en aumento entre los ciudadanos mexicanos ante las compañías de CENSA y CONAPRED (Córdova, Ponce y Valdespino, 2009). No obstante, estos porcentajes en sí son altos y demandan más atención por las autoridades socio-sanitarias hacia el fenómeno de la discriminación, sobre todo al considerar que un tercio de las mujeres percibieron de bastante a total discriminación y casi la mitad indicaron albergar mucho o total temor a ser discriminadas.

La percepción de discriminación fue máxima en el ámbito clínico ante la consulta del expediente clínico (82.5%) y mínima dentro de la familia (16.5%). ¿A qué se podría deber este valor máximo y este valor mínimo?

Debe señalarse que el factor de discriminación temida en diversas situaciones sociales y el factor de discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico forman un factor de segundo orden etiquetado como expectativa; de ahí que, a la hora de interpretar la discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico, debe considerar que la percepción de hechos convive con temores y fantasías diferenciados de los hechos (Moral y Segovia, 2013). La percepción de trato diferencial por administrativos y auxiliares ante la consulta del expediente clínico en la recepción de los centros sanitarios y hospitales parece generar expectativas y fantasías de discriminación que finalmente no se confirman como un hecho en la atención clínica proporcionada por médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales. Esto se podría deber a la visibilidad de la condición de seropositividad al VIH en el expediente (Infante et al., 2006), así como al prejuicio del personal administrativo y auxiliar que se atribuye menos responsabilidad en la calidad de la atención que el personal sanitario profesional en un ambiente que proclama abiertamente los derechos de los pacientes por folletos, carteles y buzones de queja.

En relación con la menor percepción de discriminación en la familia, ésta podría proceder de los fuertes vínculos de amor, respeto y aceptación que unen a sus miembros. Precisamente, el amor de los padres hacia los hijos es el vínculo humano más sólido e incondicional, capaz de perdonar trasgresiones graves, poseyendo una profunda influencia en la capacidad de auto-cuidado y personalidad del adulto (Khaleque y Rohner, 2011). Asimismo, puede atribuirse al familismo presente en la cultura mexicana. El familismo es un sistema ideológico y de valores que dan un papel central a la familia y a la subordinación del individuo a la autoridad y preservación de la familia, siendo un deber la lealtad y el apoyo incondicional a todos sus miembros (Díaz-Guerrero, 2003).

La percepción de discriminación en el trabajo y el vecindario se ubicaría en una posición intermedia. Debe observarse que dos tercios de

las mujeres reportaron como ocupación laboral ser amas de casa; de ahí que trabajo y vecindario definan un solo factor en la escala DTP-40-MV dentro de esta población. La presencia de actividades, como ventas por catálogo, reuniones de padres de familia, actividades extraescolares de los hijos y organización de eventos de barrio, hace que compañeras y vecinas converjan en un mismo espacio y sean percibidas de forma semejante.

La proporción de discriminación percibida en el trabajo y vecindario relativamente baja (6 de cada 10 mujeres reportan nada de discriminación) puede atribuirse a una sociedad sensible hacia esta población clínica por las constantes campañas de CENSIDA y CONAPRED, las cuales se esfuerzan en transmitir una imagen de la enfermedad como claramente prevenible con el uso del preservativo, no teniendo ningún peligro convivir con las personas infectadas (Córdova et al., 2009). Además, en la mayoría de los casos, el contagio se produjo a través del cónyuge o pareja con la que se convivía (4 de cada 5 casos), que es una información que usualmente se hace pública en el momento en que se revela el estatus serológico al VIH, lo que descarga a estas mujeres de responsabilidad moral (Paternostro, 2001). No obstante, debe remarcar que la estrategia de la mayoría de estas mujeres es no hablar a nadie de su enfermedad (Moral y Segovia, 2011; Moskowitz y Roloff, 2008).

Niveles de ira

Desde el porcentaje alto de discriminación hipotetizado (66% de discriminación temida y/o percibida según Moral y Segovia, 2011; discriminación más abierta en 36% de los mexicanos y más sutil en 11-15%, según CONAPRED, 2011), se adelantó que el nivel de expresión de la ira sería más alto en mujeres que viven con VIH que el observado en población general y en amas de casa, al ser la ira una de las reacciones habituales ante la discriminación (Hartshorn et al., 2012). Se confirma este incremento de expresión de la ira en relación con la media de amas de casa en México (Moral, González et al., 2010). También, se confirma en relación con la media de población general española (Miguel et al., 2011), considerando los 24 ítems originales de la escala en esta última comparación.

Cabría preguntarse si estas mujeres con una media de aproximadamente 4 años transcurridos desde el diagnóstico están experimentando más ira o depresión. La respuesta es ira conforme con los valores medios (algunas veces como media de expresión de ira versus no/nunca como media de síntomas de depresión) y los porcentajes de puntuaciones altas (un cuarto de las participantes manifiestan ira a menudo o casi siempre versus un octavo presentan síntomas depresivos moderados o severos). La irascibilidad probablemente sea de relevancia clínica en un cuarto de las mujeres y la depresión en un octavo.

La mayor presencia de la irascibilidad que de depresión indica que la mayoría de estas mujeres no experimentan indefensión y probablemente tengan la suficiente confianza o seguridad para cuestionar, criticar y quejarse de conductas discriminatorias o comentarios estigmatizantes, especialmente en el entorno clínico. Estos datos concuerdan con la interpretación de una sensibilidad creciente en la población mexicana que reacciona favorablemente ante las quejas de discriminación de las mujeres que viven con VIH (Córdova et al., 2009).

Niveles de depresión

El 12% de las participantes reportaron síntomas moderados o severos de depresión y muy probablemente sean casos clínicos de depresión, según el criterio para diagnóstico clínico de Sanz et al. (2005) y la división de rango continuo de 0 a 3 de la puntuación total y el factor de síntomas cognitivo-afectivos en 4 intervalos de amplitud constante. Al ser pacientes médicos debe conceder más importancia al factor de síntomas cognitivo-afectivos que al de síntomas somático-motivacionales. Precisamente, el porcentaje de 12% de casos clínicos de depresión se halla dentro del intervalo del 10 al 20% reportado en otros estudios (Ciesla y Roberts, 2001; De La Haye et al., 2010; Rodkjaer et al., 2010).

La sensibilidad del punto de corte de 30 para diagnosticar depresión con el BDI-2 en la muestra de 712 pacientes españoles frente a un diagnóstico por entrevista, usando los criterios de la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2000), fue baja (56%), pero sus valores de especificidad (91%) y eficiencia (84%) fueron altos; cuando el punto de corte de 15 tuvo una sensibilidad alta (94%), pero sus valores de especificidad (47%) y eficiencia (56%) fueron bajos (Sanz et al., 2005). Considerando que el factor de síntomas somático-motivacionales fue el que presentó el promedio más alto y el de síntomas afectivo-cognitivos el más bajos entre estas pacientes de especialidades médicas bajo tratamiento con retrovirales con efectos secundarios, debe valorarse más la especificidad (rechazo del no caso) que la sensibilidad (detección del caso) a la hora de realizar un diagnóstico de depresión con un instrumento de autorreporte. Por lo tanto, se considera adecuado el punto de corte de 30 procedente de un país latino, aunque su validación en México requiera estudios adicionales de sensibilidad y especificidad con un criterio externo, como diagnósticos por entrevistas usando criterios DSM-V (APA, 2013).

Debe mencionarse que el porcentaje de 12% de casos de depresión entre estas participantes triplica al de población general mexicana. Según criterios DSM-IV (APA, 2000), la prevalencia de depresión en adultos de población general mexicana en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5% (IC 95%: 4.1, 4.9), siendo 5.8% en mujeres (IC 95%: 5.2, 6.5) y 2.5% en hombres (IC 95%: 2.2, 3.0) (Belló, Puentes,

Medina-Mora y Lozano, 2005) Incluso el porcentaje de 12% casi duplica la prevalencia a lo largo de la vida en adultos mexicanos de población general es de 7.2% (Medina-Mora et al., 2007)

La interpretación de un nivel de depresión incrementado en comparación con el de población general de adultos, pero menor que entre pacientes psiquiátricos, no sólo está apoyada por la diferencia de medias con los parámetros de adaptación del BDI-2 en España (Sanz et al., 2003; Sanz et al., 2005), sino también otros estudios en población latina apoyan esta afirmación. En una investigación con el BDI-2 en México, Moral (2013), con una muestra de 424 participantes adultos de población general, obtuvo una media de 11.58 (IC 95%: 10.66, 12.51), lo que ubica a la media de las 200 mujeres mexicanas que viven con VIH significativamente por encima, con una diferencia media pequeña de 3.27 (IC 95%: 1.63, 4.61). En otro estudio en población clínica mexicano-americana, VanVoorhis y Blumentritt (2007) hallaron una media de 23.71 ($DE = 15.44$) en 75 pacientes adolescentes con trastorno esquizoafectivo y una media de 28.73 ($DE = 12.46$) en 75 pacientes adolescentes con depresión mayor, que son valores claramente por encima de estas mujeres que viven con VIH. En otra investigación de validación en Chile, Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia (2008) reportaron una media 29.01 (IC 95%: 31.97, 26.05) en 78 pacientes adolescentes de atención primaria y 19.18 (IC 95%: 16.67, 21.69) en 78 estudiantes de secundaria, lo que ubica a las presentes mujeres que viven con VIH por debajo de los estudiantes adolescentes, quienes usualmente reportan más síntomas depresivos que los adultos (Beck, 2006).

Limitaciones

Una de las limitaciones del estudio es el uso de una muestra integrada exclusivamente por mujeres. Así estos resultados requieren ser contrastados con datos procedentes de hombres de la misma población. Cabe esperar que el porcentaje de depresión sea menor y que la media de expresión de ira sea mayor en los hombres que en las mujeres (APA, 2013; Moral, Valdez et al., 2010; Rocha y Díaz-Loving, 2005). Por el tamaño grande de la muestra, con una fracción de muestreo de un tercio de las mujeres atendidas en Nuevo León, y por el hecho de proceder del centro que concentra casi todos los casos del estado (CAPACYT-NL), la muestra sí es representativa de la población de mujeres que viven con VIH en Nuevo León. Debe señalarse que, en México, los centros estatales CAPACYT son los responsables del seguimiento clínico de los casos hasta su clasificación final, según lo establecido en la NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control del VIH/SIDA (Secretaría de Salud, 2010). No obstante, su extrapolación a poblaciones semejantes (otros estados de México, otros países latinos) debe realizarse a modo de hipótesis. Otra limitación es que los datos del estudio son de autorreporte,

por lo que las conclusiones podrían diferir de las derivadas de datos observacionales, proyectivos o entrevistas abiertas.

Conclusiones

La mayoría de las mujeres participantes sí reportaron discriminación (temida y/o percibida), en torno a dos tercios de ellas, como se esperaba. Aproximadamente un tercio percibieron de bastante a total discriminación y un medio temieron ser discriminadas. La discriminación esperada fue mayor que la percibida, salvo ante la consulta del expediente clínico, que es un factor que forma parte de una dimensión de expectativa. En la familia es donde se percibe menos discriminación probablemente por los lazos de amor y respeto que unen a sus miembros y el familismo presente en la cultura mexicana.

El promedio de manifestación de la ira fue de algunas veces, siendo la media de expresión de la ira, en estas pacientes, significativamente mayor que la de amas de casa mexicanas y la de población general española. Un cuarto de las mujeres del estudio manifiestan ira con bastante o mucha frecuencia.

Los niveles de depresión se hallan incrementados en comparación con los de población general, pero son menores que los de población clínica de salud mental. Muy probablemente un octavo de las mujeres fueran casos clínicos de depresión, resultando apropiado el punto de corte de 30 propuesto para el BDI-2 en población clínica española por Sanz et al. (2005).

Sugerencias

De estos datos se desprende la necesidad de una mayor sensibilidad hacia esta población femenina que vive con VIH en una sociedad que parece estar cambiando hacia una mayor aceptación y menor crueldad en la condena moral cuando el tema afectado es una infección de transmisión sexual (Córdova et al., 2009; Moral y Segovia, 2011).

Se recomienda contemplar la expectativa de discriminación en las intervenciones dentro de esta población de mujeres con VIH por su efecto sensibilizador a la percepción de discriminación. En el ambiente clínico, la consulta del expediente del paciente parece ser especialmente crítica para despertar en estas mujeres el temor a ser discriminadas. No obstante, la atención proporcionada por los facultativos parece no confirmar la expectativa generada por este primer contacto con el personal administrativo y auxiliar que maneja el expediente clínico.

Se motiva a replicar el estudio en ambos sexos. Debe señalarse que la escala DTP-40-MV tuvo buenas propiedades de consistencia interna, validez de contenido y estructural en mujeres. Sus ítems son lo suficientemente neutros para ser aplicados a ambos sexos. Probablemente en hombres se separe el factor de discriminación laboral y vecinal, pues

son entornos muchos más diferenciados en sus vidas en que las mujeres participantes (más de la mitad de ellas dijeron ser amas de casa).

También se sugiere validar en México el punto de corte de 30 para definir casos clínicos de depresión con el BDI-2, estimando su sensibilidad y especificidad con un criterio externo, como diagnósticos por entrevistas usando criterios DSM-V (APA, 2013).

Los porcentajes de irascibilidad y depresión, con muy probable relevancia clínica, fueron altos en estas mujeres. Se sugiere su evaluación y tratamiento clínico en caso requerido. Debe considerarse que la discriminación es un factor de riesgo en ambos estados emocionales negativos (Beck, 2006; Hartshorn et al., 2012; Moral y Segovia, 2014).

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington, DC: APA.
DOI:10.1176/appi.books.9780890423349
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Washington, DC: APA.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V. y Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 316-325. DOI:10.1007/s00127-002-0551-x.
- Beck, A. T. (2006). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belló, M., Puentes, E., Medina-Mora, M. E. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(supl. 1), 4-11.
- Borders, A. y Liang, C. T. (2011). Rumination partially mediates the associations between perceived ethnic discrimination, emotional distress, and aggression. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(2):125-133. DOI:10.1037/a0023357
- Castro, R., Orozco, E., Aggleton, P., Eroza, E. y Hernandez, J. J. (1998). Family responses to HIV/AIDS in Mexico. *Social Science and Medicine*, 47(10), 1473-1484. DOI:10.1016/S0277-9536(98)00193-2
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2011). *Casos al 30 de junio de 2011*. México, DF: CENSIDA.
- Chong, J. y Kvasny, L. (2007). A disease that "has a woman's face": The social construction of gender and sexuality in HIV/AIDS discourses. *Intercultural Communication Studies*, 16(3), 53-65.
- Ciesla, J. A. y Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 725-730. DOI:10.1176/appi.ajp.158.5.725
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2011). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Resultados generales*. México, DF: CONAPRED.
- Córdova, J. A., Ponce, S. y Valdespino, J. L. (2009). *25 años de SIDA en México. Retos, logros y desaciertos*. México: CENSIDA.

- De La Haye, W., Clarke, T. R., Lipps, G., Lowe, G. A., Longman-Mills, S., Barton, E. N. y Bain, B. (2010). Patterns of depressive symptoms among patients with HIV infection. *West Indian Medical Journal*, 59(4), 380-385.
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura*. México, DF: Trillas.
- Flores, F. y Leyva, R., (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México *Salud pública México*, 45(Supl. 5), S73- S80.
- Gillespie, C. F. y Nemeroff, C. B. (2005). Hypercortisolemia and depression. *Psychosomatic Medicine*, 67(Suppl. 1), S26-S28.
DOI:10.1097/01.psy.0000163456.22154.d2
- Greene, W. C. (2007). A history of AIDS: Looking back to see ahead. *European Journal of Immunology*, 37 (Suppl. 1), S94-S102. DOI:10.1002/eji.200737441
- Hartshorn, K. J. S., Whitbeck, L. B. y Hoyt, D. (2012). Exploring the relationships of perceived discrimination, anger, and aggression among North American indigenous adolescents. *Society and Mental Health*, 2(1), 53-67;
DOI:10.1177/2156869312441185.
- Hill, D. y Gardner, G. (1980). Repression-sensitization and yielding to threatening health communications. *Australian Journal of Psychology*, 32(3), 183–193. DOI: 10.1080/00049538008254688
- Infante, C., Zarco, A., Magali, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141-150. DOI:10.1590/S0036-36342006000200007
- Khaleque, A. y Rohner, R. P. (2011). Transnational relations between perceived parental acceptance and personality dispositions of children and adults: a meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 16(2), 103-115. DOI: 10.1177/1088868311418986
- Li, L., Lee, S.J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C. y Rotheram-Borus, M. J. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care*, 21(8), 1007-1113. DOI:10.1080/09540120802614358
- Liu, L., Cohen, S., Schulz, M. S. y Waldinger, R. J. (2011). Sources of somatization: exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social Science and Medicine*, 73(9), 1436-1443. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.07.034.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. y Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528. DOI:10.1192/bjp.bp.106.025841
- Melipillán, R. Cova, F., Rincón, P. y Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 59-69. DOI:10.4067/S0718-48082008000100005
- Miguel, J. J., Cano, A., Casado, M. I. y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo, S.T.A.X.I.-2*. Madrid: TEA.
- Moral, J. (2013). Validación de un Formato Simplificado de Aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). *Psicología Iberoamericana*, 21(1), 42-52.
- Moral, J., González, M. T. y Landero, R. (2010). Factor structure of the STAXI-2-AX and its relationship to the burnout in housewives. *Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 418-430.
- Moral, J. y Segovia, P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 139-159.
- Moral, J. y Segovia, P. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Discriminación Temida y Percibida para Mujeres con VIH (DTP-40-MV). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1), 37-62.

- Moral, J. y Segovia, P. (2014). Discrimination in clinical setting and its relationship to depression and anger in women living with HIV. *Revista Medicina Universitaria*, 16(62), 2-8.
- Moral, J., Valdez, J. L. González-Arratia, N. I., González, S., Alvarado, B. G., Soraya, L. y Goana, L. S. (2010). Emociones y síntomas físicos medicamente no explicados en mujeres y hombres adultos. *Medicina Universitaria*, 12(47), 96-105.
- Moskowitz, D. A. y Roloff, M. E. (2008). Vengeance, HIV disclosure, and perceived HIV transmission to others. *AIDS and Behavior*, 12(5), 721-728. DOI:10.1007/s10461-008-9410-4
- Oliva, D. de la C. Saavedra, C. y Viñas, A. L. (2009). Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿por qué un problema? *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(5), 113-120.
- Paternostro, S. (2001). *La tierra de dios y del hombre. Hablan las mujeres de América Latina*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Rocha, T. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49.
- Rodkjaer, L., Laursen, T., Balle, N. y Sodemann, M. (2010). Depression in patients with HIV is under-diagnosed: a cross-sectional study in Denmark. *HIV Medicine*, 11(1), 46-53. DOI:10.1111/j.1468-1293.2009.00741.x
- Sanz, J., García, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J., Perdigón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Schiepers, O. J., Wichers, M. C. y Maes, M. (2005). Cytokines and major depression. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(2), 201-217. DOI:10.1016/j.pnpbp.2004.11.003
- Secretaría de Salud (2010, 10 de noviembre). Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana México: *Diario Oficial de la Federación*, Sec. 1, 17-39.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *El código ético del psicólogo* (4ta ed.). México: Trillas.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-trait anger expression inventory-2 (STAXI-2). Professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Tsao, J. C. I., Dobalian, A., Moreau, C. y Dobalian, K. (2004). Stability of anxiety and depression in a national sample of adults with human immunodeficiency virus. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 192(2), 111-118. DOI:10.1097/01.nmd.0000110282.61088.cc
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C. y Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10(5), 473-482. DOI:10.1007/s10461-006-9099-1
- VanVoorhis, C. R. W. y Blumentritt, T. L. (2007). The psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in a clinically-identified sample of Mexican American adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 16(6), 789-796. DOI:10.1007/s10826-006-9125-y
- Zukoski, A. P. y Thorburn, S. (2009). Experiences of stigma and discrimination among adults living with HIV in a low HIV-prevalence context: A qualitative analysis. *Aids Patient Care*, 23(4), 267-276. DOI:10.1089/apc.2008.0168