

## Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida\*

Marcela Arrivillaga Quintero<sup>1</sup>

Javier López Martínez<sup>2</sup>

Ana Maria Ossa Toro<sup>3</sup>

Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)

Recibido: 5/10/06      Aceptado: 10/11/06

### Resumen

En la actualidad mundial se observa un aumento significativo de casos de infección por VIH en mujeres. Las nuevas medicaciones antirretrovirales han logrado avances en cuanto a la cantidad de vida mas no a su calidad ya que variables psicológicas afectan la evolución de la infección. Esta investigación describe la ansiedad, depresión y percepción de control como variables psicológicas que intervienen en el proceso de infección. Dentro de los hallazgos más importantes se encuentra que un considerable número de participantes (23,4%) presentó altos niveles de ansiedad. Algunos (10,63%) presentaron altos niveles de depresión y en un menor número (6,38%) se encontró bajos niveles de Percepción de Control. Los resultados de esta última variable están relacionados con conclusiones de otras investigaciones donde se plantea su importancia en factores como: generación de conductas de autocuidado, sensación de autoeficacia, entre otros. Finalmente, se confirmó que la percepción de control es un predictor de salud mental y física. Esta investigación fue de carácter no experimental, de tipo descriptivo-correlacional con diseño transversal y en ella participaron 48 mujeres diagnosticadas con VIH/Sida de la ciudad de Cali, Colombia.

**Palabras Clave:** ansiedad, Depresión, Percepción de Control, Mujeres con VIH/Sida.

\* Investigación producto del Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Reconocido por Colciencias 2006, Categoría A.

<sup>1</sup> Psicóloga, Master en Educación, Profesora e Investigadora, Carrera de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Correo electrónico marceq@puj.edu.co

<sup>2</sup> Estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Décimo semestre. Correo electrónico javierlopez@puj.edu.co

<sup>3</sup> Estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Décimo semestre. Correo electrónico aossa@puj.edu.co

### Abstract

Nowadays there is a significant increasing number of women with HIV cases. New medications have been developed to increase the amount of live but life quality remains as the problem because some psychological variables have a high impact on the infection process. With in the most important findings there is a considerable number of participants with high anxiety scores. Some people had high depression levels and in a smaller, but not less significative number they had low perception of control scores. With respect to perception of control levels, the results were according with others studies where issues like generation of selfcare behaviors and selfefficacy feelings, among others, were remarked as very important. Finally, this study reaffirms the perception of control as a mental and physical health predictor. This study was non-experimental, correlational descriptive with transversal design and it was applied to 48 women with HIV/Aids diagnostic from Cali, Colombia.

**Keywords:** anxiety, Depression, Perception of Control, Women with HIV/Aids.

### Introducción

En la actualidad mundial, la problemática de la infección por VIH/Sida ha evidenciado la necesidad de diseñar nuevas estrategias de tratamiento e intervención a los pacientes infectados, que no sólo atiendan su nivel físico sino que también y de manera indispensable, involucren los diferentes aspectos integrales que acompañan la infección. Sin embargo, tales intervenciones en Latinoamérica pueden resultar incompletas debido a que existe una descripción escasa de las variables psicológicas que se interrelacionan a lo largo del proceso infeccioso por VIH. Además, de acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, pocos estudios descriptivos que trabajan esta problemática, lo han hecho con muestras sólo compuestas por mujeres, siendo estos estudios una tendencia reciente. (Gurung, Taylor, Kemeny y Myers, 2004; Hudson, Lee y Portillo, 2003; Morrison, Petitto, Ten Have, Gettes et al., 2002; Schrimshaw, 2003; entre otros).

Cada día se observa un aumento significativo de casos de infección por VIH en mujeres: en América Latina las mujeres representan actualmente el 36% de los 1,7 millones de adultos que viven con el VIH en América Latina (Centers for Disease Control and Prevention, 2002); en Colombia representan el 18% de los 40.072 casos reportados desde 1995 al año 2003 (Minis-

terio de la Protección Social - MPS, 2003), y en la ciudad de Cali representan el 13.9% de los nuevos casos registrados en el año 2004 (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali – SSPSC, 2005). La mayoría de casos se observan en mujeres en edad reproductiva, es decir, en edades comprendidas entre los 15 y 44 años de edad. Estas cifras son altamente significativas ya que no sólo nos indica una gran cantidad de casos, sino que además, con las nuevas medicaciones antirretrovirales la cantidad y calidad de vida de estas mujeres va en aumento, pero, debido al rol que estas mujeres juegan dentro de sus hogares y a variables psicológicas tales como Ansiedad, Depresión, y Percepción de Control sobre la propia salud y los eventos estresantes, esta calidad de vida se ve limitada ya que existe poco cuidado e intervención en estos aspectos que afectan la vida diaria de las mujeres que viven con VIH/Sida.

La Ansiedad involucra una serie de sentimientos de tensión y anticipación que van acompañados de activación fisiológica, todo esto relacionado con los estímulos internos y externos de cada persona. El DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) contempla la ansiedad como una serie de trastornos con caracterizaciones particulares que, en general, presentan as-

pectos comunes tales como los cambios de índole fisiológico (palpitaciones, sudoración, entre otras); de índole conductual (conductas evitativas) y cambios a nivel cognitivo (hipervigilancia, dificultades o errores en el procesamiento de información y productos cognitivos catastróficos de temor o pérdida de control y eficacia). Para los pacientes con VIH/SIDA la ansiedad no es sólo un factor limitante debido a la activación fisiológica sino que también les limita debido a la disminución de reactividad inmunológica que se presenta durante estos episodios; esta situación es problemática debido a que la ansiedad también se encuentra relacionada directamente con la toma de medicamentos antirretrovirales; Ingersoll (2004) encontró que en 120 adultos con VIH los desórdenes de ansiedad fueron factores de riesgo para la evitación de tomas de medicamentos antirretrovirales, lo cual resalta la peligrosa combinación entre la no adherencia al tratamiento, el aumento del nivel de la carga viral y la disminución del conteo de células CD4 debido a la ansiedad.

La ansiedad y el estrés juegan un papel determinante y podría decirse que van de la mano cuando hay que enfrentarse a diferentes experiencias que impliquen una nueva acomodación del individuo. Sin embargo, a pesar de que se considere al estrés como una activación que anticipa la posibilidad de cambio también tiene consecuencias y alteraciones emocionales y cognitivas. La alteración emocional del estrés se manifiesta a través de sensaciones de ansiedad, irritabilidad, rabia, depresión y culpabilidad (Horowitz, Wilner, Kaltreid y Alvarez, 1980) siendo la ansiedad y la depresión las alteraciones emocionales más prevalentes, ansiedad como emoción anticipatoria y depresión como emoción que se produce después del esfuerzo de afrontamiento. La alteración cognitiva hace referencia a las ocasiones en las que el pensamiento se torna confuso, la memoria presenta algunos fallos en la obtención, retención y recapturación de información y la concentración sufre deterioros (Broadbent, Cooper, FitzGerald y Parkes, 1982). El estrés tiene el potencial de añadir al patrón de pensamientos elementos de preocupa-

ción y auto evaluaciones negativas (Sarason, 1977) limitando el foco de atención (Easterbrook, 1959; Mandler, 1984).

A pesar de la existencia de diferentes estresores también se considera que hay sucesos que pueden actuar como detonantes del estrés, estos sucesos son: Los vitales intensos y extraordinarios que son los cambios importantes en la vida de las personas tales como el matrimonio o la separación, un nuevo trabajo o la destitución del mismo, un accidente y la pérdida de un ser querido, entre otros; Los sucesos estresantes cotidianos que consisten en las demandas irritantes, frustrantes y perturbadoras que en alguna medida caracterizan las interacciones con el ambiente; estas demandas pueden ser múltiples situaciones que se repitan en el quehacer cotidiano tales como esperar en el interior del auto a que se despeje el tráfico o discusiones con la pareja, entre otros; Los sucesos de tensión crónica mantenida consisten en situaciones que tienen la capacidad de generar estrés de forma intensa y que, además, perduran durante periodos de tiempo más o menos prolongados, tales como una enfermedad crónica, un mal ambiente laboral, entre otros.

En relación con lo anterior, se ha encontrado que las mujeres que viven con VIH/SIDA se ven enfrentadas a varios sucesos detonantes de estrés, Gurung et al (2004) encontraron que las diferentes cargas a las que debían enfrentarse las mujeres con pruebas seropositivas eran un determinante de los niveles de estrés vital, estos hallazgos se obtuvieron en un estudio con 350 mujeres. Koopman et al. (2000) encontraron también que las personas que viven con VIH experimentan grandes cantidades de estrés en su vida diaria, tienen menos ingresos económicos, presentan un comportamiento más impulsivo o emocional como forma de afrontamiento a su enfermedad y sus relaciones interpersonales muestran ser menos seguras o de un estilo más ansioso. Los resultados de múltiples estudios han demostrado la relación existente entre la calidad de vida y los niveles de estrés en mujeres que viven con VIH, en este sentido Bing, Hays, Jacobsen, Chen Gange y Kass (2000) encontraron que al dismi-

nuir el nivel de estrés, la calidad de vida aumentada y Heckman (2003) encontró que aquellos pacientes VIH-positivos que utilizan estrategias adaptativas de afrontamiento y cuentan con un apoyo social, reportan una mayor satisfacción vital y por ende una disminución significativa del estrés aumentando así su calidad de vida.

Al parecer los pacientes infectados con VIH lidian diariamente con altos niveles de estrés el cual se observa en su estado de salud (Nyamathi, Flaskerud, Leake y Chen, 1996) presentando alteraciones endocrinas o inmunes (Futterman, Kemeny, Shapiro y Fahey, 1994; Stone y Bovbjerg, 1994) afectando la infección por VIH (Kemeny, Weiner, Duran, Taylor, Visscher y Fahey, 1995). Se encontraron investigaciones que establecen la relación entre el estrés y el número de células inmunológicas llamadas «asesinas naturales» las cuales combaten efectivamente los anticuerpos y protegen de su acción (Carrolles, Remor y Rodríguez, 2003), estas células cumplen su acción más efectivamente cuando el cuerpo se encuentra sin ninguna alteración de tipo inmunológico y por ende, en situaciones de estrés pierden su efectividad.

La Depresión se plantea como tristeza, impotencia, pérdida de autoestima, culpa, vergüenza, sensación de ser insignificante, desesperanza, ideas suicidas, aislamiento social, dificultad para conciliar el sueño, expresiones de «darse por vencido» y pérdida del apetito. El DSM IV (APA, 1994) la encuadra dentro de los trastornos del estado de ánimo los cuales tienen la principal característica de presentar alteraciones del humor. Mencionar este trastorno es indispensable para el abordaje de la problemática del VIH/SIDA debido a que recientemente, la atención en el área investigativa se ha centrado en los efectos de la depresión en la salud de las personas que tienen afectado su sistema inmunológico por la infección. A pesar de que aún la relación entre depresión y la progresión del VIH/SIDA no se ha comprendido totalmente, hay estudios que han intentado establecer relaciones claras, por ejemplo, Sambamoorthi, Walkup, Olfson y Cristal (2000) encontraron relaciones entre la depresión y la infección por VIH estableciendo que

altos niveles de depresión disminuyen la función inmune, aceleran la progresión de la enfermedad, incrementan la discapacidad, disminuyen la supervivencia y aumenta la posibilidad de morir. Establecer relaciones claras entre la depresión en mujeres con VIH/SIDA y la progresión de esta enfermedad tiene un gran interés debido a que: primero, los niveles de depresión en mujeres son iguales que en los hombres de la población general (Kessler, McGonagle, Swarte, Blazer y Nelson, 1993); segundo, las mujeres con VIH que tienen altos niveles de sintomatología depresiva tienen menos probabilidades de utilizar adecuadamente las terapias antirretrovirales (Cook, Cohen, Burke, Grey et al., 2002); tercero, la depresión está asociada con la poca adherencia al tratamiento antirretroviral (Gordillo, Del Amo, Soriano y González-Lahoz, 1999; Kleeberger, Phair, Strathdee, Detels et al, 2001) lo cual está asociado directamente con la mortalidad (Paterson, Swindells, Mohr et al, 2000); finalmente la depresión es un predictor significativo de las muertes relacionadas con el VIH en mujeres seropositivas (Cohen, French, Benning, Kovacs et al., 2002).

La Percepción de Control ha sido definida como la creencia individual que cada persona presenta acerca del control que tiene sobre sus situaciones y que puede determinar sus estados internos, sus conductas y puede influir en el medio en que se desenvuelve y/o producir causas o consecuencias deseadas para la satisfacción de las propias necesidades (Wallston, Smith y Dobbins citado por Remor et al., 2001). Se caracteriza por su relación con la salud y el bienestar y por ende, con la mortalidad; esto es deducible gracias a la observación fisiológica reportada por Menec et al (1999) en donde a través de estudios con animales demostraron que la pérdida de control se reflejaba en reacciones fisiológicas específicas tales como la supresión de las respuestas del sistema inmunológico y la incapacidad de rechazar la generación de tumores; además, investigaciones previas muestran que la percepción de control predice la salud y la mortalidad (Langer y Rodin, 1976; Menec et al., 1997b). Esta relación con la salud es bidi-

reccional, es decir, la percepción de control aumenta el bienestar y la salud y este bienestar y la buena salud, a su vez aumentan la percepción de control.

Simoni y Ng Ferkauf (2002) encontraron que el control interno actuó como predictor de la salud percibida en 230 mujeres VIH positivas en la ciudad de New York. También observaron que esta variable actuó directamente en los niveles de ansiedad y depresión que las personas infectadas experimentaron a lo largo de su enfermedad; esto se observa en la presentación del estudio de Castillo, García, Gonzáles et al (1995) cuando aplicaron un programa de asesoría psicológica para la reducción de la ansiedad y la depresión en sujetos que viven con VIH; a pesar de que observaron excelentes resultados con la intervención cognitiva, se encontró que algunos pacientes seguían presentando conductas de depresión, por esta razón se consideró que estas conductas permanecían incluso después de la reestructuración cognitiva debido a la pobre percepción de control sobre situaciones como el desarrollo de la enfermedad, la falta de tratamiento efectivo y la falta de atención en salud. En general podría decirse que la percepción de control en mujeres es importante debido a que se relaciona directamente con el aumento o la disminución de su calidad de vida en las diferentes áreas en que se desempeña: en el área personal con la adherencia a la toma de medicamentos antirretrovirales, por la generación de conductas de autocuidado y por la sensación de autoeficacia; en el área social se relaciona con la búsqueda activa de apoyo social; en el área familiar con el cumplimiento de su doble rol como madre y cuidadora; en el área física con la progresión lenta de la enfermedad y el mantenimiento del conteo de células CD4; en el área emocional con la percepción de menos situaciones de estrés y mayores capacidades de afrontamiento activo y adaptativo, con la disminución de niveles de ansiedad y la ausencia de síntomas depresivos; finalmente en el área preventiva aumentando la posibilidad de toma de conciencia activa en cuanto a la evitación de comportamientos

de alto riesgo para la transmisión vertical y horizontal de la infección.

Este artículo presenta los resultados de una investigación que tuvo como propósito brindar una descripción de algunas variables psicológicas como son la Ansiedad, la Depresión y la Percepción de Control las cuales, intervienen en el proceso de infección por VIH en mujeres diagnosticadas seropositivas en la ciudad de Cali, Colombia.

## Método

### Participantes

48 mujeres diagnosticadas con VIH/Sida y que a su vez, estaban siendo atendidas y en control médico en Instituciones de Salud, Fundaciones, Entidades sin Ánimo de Lucro (EAL) y Empresas Promotoras de Salud (EPS) de la ciudad de Cali, Colombia. La muestra fue no probabilística y seleccionada por conveniencia.

### Diseño

Esta investigación fue de carácter no experimental, del tipo descriptivo-correlacional con diseño transversal.

### Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Entrevista de Datos Sociodemográficos, Características Biomédicas y Psico-sociales para Mujeres Diagnosticadas con VIH/Sida: Tomada del Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, cuenta con 18 preguntas cerradas, con opciones de respuesta específicas, entre las cuales las entrevistadas pueden escoger. Fue aplicada de manera individual.
2. Batería de Evaluación de Variables Psicológicas en Mujeres Diagnosticadas con VIH/Sida: Adaptada por el Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida (2005) está compuesta por: *Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD)*: De Zigmond y Snaith (1983);

está compuesta por 14 ítems divididos en dos subescalas las cuales tienen 7 ítems cada una; la primera subescala es denominada HAD-A está diseñada para medir Ansiedad, la segunda subescala es denominada HAD-D la cual está diseñada para medir Depresión. Los ítems de ambas subescalas se hallan intercalados alternativamente. Este es un instrumento se puntúa en una escala tipo Likert desde el puntaje 0 hasta el 3. Los ítems impares evalúan ansiedad y los ítems pares evalúan depresión. Los puntajes entre 0 y 7 son considerados como normales, entre 8 y 10 puntos son considerados como dudosos y un puntaje mayor a 11 es considerado como un problema clínico de depresión y ansiedad

*Subescala de Percepción de Control sobre la Salud de la Encuesta General de Salud:* Tomada de Remor y Carrobbles (2001), forma parte de la Encuesta General de Salud. Esta subescala está compuesta por tres ítems, cada uno se califica con una escala tipo Likert que va desde 1 (nada) a 5 (mucho), con la particularidad de que el segundo ítem se puntúa de manera inversa. Para esta investigación se agregó un espacio para ampliar cada ítem, con el objetivo de obtener información cualitativa al respecto. Los resultados se interpretan en una escala de tres valores (poco, moderado y mucho) que va de 3 a 5 puntos e indica poca percepción de control; entre 6 y 12 puntos indicando moderada percepción de control y entre 13 y 15 puntos indicando mucha percepción de control sobre la salud.

*Subescala de Percepción de Control sobre Eventos Estresantes de la Vida de la Escala de Estrés Percibido:* Tomada de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) está compuesta por tres (3) ítems de la Escala de Estrés Percibido (PSS: Perceived Stress Scale de Cohen et al, 1983, Traducido al español por Remor y Carrobbles, 2001). El formato de respuesta consiste en una escala tipo Likert que viene desde 1 (nunca) hasta 5 (muy a menudo) y con la particularidad

de que el segundo ítem se puntúa de forma inversa. Los resultados, al igual que la subescala anterior, se interpretan en una escala de tres valores (poco, moderado y mucho) que va de 3 a 5 puntos e indica poca percepción de control; entre 6 y 12 puntos indicando moderada percepción de control y entre 13 y 15 puntos indicando mucha percepción de control sobre la salud.

### Procedimiento

Las participantes fueron localizadas en Instituciones de Salud, Fundaciones, Entidades sin Ánimo de Lucro (EAL) y Empresas Promotoras de Salud (EPS) de la ciudad de Cali. En primera instancia se realizaron visitas de reconocimiento tanto de las instituciones como del personal encargado de los diferentes programas de atención a personas que viven con VIH/Sida; además, se realizaron los primeros contactos con las posibles participantes explicando los objetivos del trabajo, aclarando el consentimiento informado y los criterios de exclusión. Una vez conocida y aceptada esta información por parte de las participantes se acordaron citas para la realización de las entrevistas individuales. Cada entrevista tuvo una duración de aproximadamente 45 minutos, allí se volvió a informar sobre los objetivos de la investigación, se firmó el consentimiento informado y se realizó la aplicación de los instrumentos anteriormente mencionados.

### Resultados

Se realizó una clasificación categórica de los datos cualitativos recolectados y su posterior análisis a través de las medidas de tendencia central; estas mismas medidas fueron utilizadas con cada una de las variables de la investigación; posterior a esta descripción se puntuaron las escalas de ansiedad y depresión del HAD y las escalas de percepción de control sobre la salud y sobre los eventos estresantes.

Para las variables continuas tales como la edad y las puntuaciones obtenidas en el HAD, se aplicaron métodos para evaluar bondad de

ajuste a la distribución normal de probabilidades (Shapiro y Wilks). En todos los casos se obtuvo buen ajuste de los datos, lo que permitió utilizar un método paramétrico como es el caso del coeficiente de correlación de Pearson. También se realizaron tablas de distribución simple para las variables categóricas y tablas cruzadas de tres variables y más. Para establecer relaciones entre las variables categóricas se utilizaron tablas de contingencia y en los casos en los que la cantidad de datos lo permitía, se utilizaron pruebas chi-cuadrado. Todos los análisis se realizaron utilizando el software SPSS Versión 13 para Windows.

El 53,2% de las participantes asistían a una EAL, 34% a una Fundación, 10,6% una Institución de Salud y un 2,1% a una EPS. El 51,1% de estas mujeres vivían en la ciudad de Cali y un 48,9% fuera de la ciudad siendo Buenaventura, Florida y Buga, los municipios con mayor número de mujeres con el 17,4%, 13% y 8,7%, respectivamente (porcentajes tomados de la muestra que vive fuera de Cali). El 42,2% vivían con su pareja y sus hijos el 37,8% vivían con el grupo familiar cercano, es decir, padres y hermanos; el 13,3% vivían con otros familiares tales como hijos, primos, tíos y abuelos; y el 6,7% vivían sólo con su pareja. Ninguna de ellas vivía con personas diferentes a su familia, tampoco vivían con amigos, compañeros o solas. El 45,5% pertenece al estrato socioeconómico dos (2), el 34,1% al estrato uno (1), el 18,2% al estrato número tres (3) y el 2,3% restante pertenece al estrato socioeconómico cuatro (4), es decir que el 79,5% de las participantes pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, y un 20,5% a un estrato medio.

En cuanto a la escolaridad, el 53,2% de las participantes estudiaron todo o algún nivel de educación secundaria o bachillerato, el 36,2% logró cursar todo o algún grado de educación básica o primaria, el 6,4% alcanzó un nivel técnico, el 2,1% alcanzó un nivel de postgrado y sólo el 2,1% no mostró algún grado de escolaridad. Respecto a las ocupaciones, el 63,8% de las participantes son amas de casa, el 10,6% se

dedicaban a las ventas independientes, el 6,4% al secretariado y a la consejería respectivamente y ocupaciones varias eran desempeñadas por el 2,1% de las participantes respectivamente. Sólo otro 2,1% no realiza ninguna actividad como ocupación principal. En la actualidad el 55,3% tiene pareja y de este grupo, el 53,8% están infectados con VIH/Sida; de este porcentaje (55,3%) el 44,7% de las parejas conoce el diagnóstico de las participantes. El 12,8% de toda la muestra tiene hijos diagnosticados con VIH/Sida.

#### Tratamiento ARV y efectos

El 57,4% de las participantes toma medicación Antirretroviral. Del total de la muestra el 54,8% consideran que la medicación antirretroviral produce efectos físicos tales como rash facial, mareos, somnolencia, cefalea, diarrea, amenorrea, vómito, náuseas, aumento de apetito, hipertensión, gastritis, cansancio, hormigueo, insomnio y escalofrío, siendo el más común los mareos (15,4%). Del total de la muestra sólo el 25,8% considera que la medicación antirretroviral también tiene efectos psicológicos tales como la tristeza y la depresión (28,6%, respectivamente), la ansiedad y la irritabilidad (14,3%, respectivamente), el deseo de morir y los pensamientos negativos (7,15%, respectivamente).

#### Apoyo familiar y social

Entre las personas que conocen el diagnóstico de las participantes se encontró que el 44,7% de las parejas lo conocen, de igual manera el 91,5% de los familiares, el 31,9% de los amigos y el 27,7% de otras personas tales como la anterior pareja, la familia del esposo, los grupos de apoyo, el grupo de trabajo o jefes y/o los vecinos conocen el diagnóstico. Sobre el apoyo real con que cuentan las participantes se encontró que el 68,1% menciona que recibe apoyo de sus familiares, el 38,3% de su pareja, el 31,9% de los grupos de apoyo a los cuales asiste, otro 21,3% de los profesionales de la salud que les atiende periódicamente, el 14,9% de los amigos y sólo el 2,1% de sus vecinos.

Métodos de planificación y razones por las cuales han renunciado al embarazo

El método más utilizado por el 36,2% de la muestra es la ligadura de trompas, seguido por el 27,7% quien usa el preservativo. Los métodos menos utilizados por el 4,3% de la muestra respectivamente fueron la píldora y el Dispositivo Intrauterino y el 2,1% utiliza la pila o Norplan. Ninguna participante reportó utilizar el método de la inyección o del ritmo para planificar. Al encontrar que el mayor porcentaje de las participantes se realizó la ligadura de trompas, se evaluaron los motivos por los cuales se habían sometido a esta cirugía, encontrando que el 52,9% lo había hecho debido a su diagnóstico, el 41% por otras razones como el deseo de no tener más hijos y el 5,8% por sugerencia médica. También se encontró que el 60% de la muestra había renunciado a la posibilidad de embarazarse debido a su diagnóstico a pesar de que no todas las participantes tomaron medidas drásticas y definitivas de planificación como la ligadura de trompas. El 92,3% de la muestra mostró temor al contagio de un futuro bebé lo cual fue predominante en la toma de decisión de renunciar al embarazo; otras razones encontradas en

el 3,8% de la muestra respectivamente fueron la sugerencia médica y/o la muerte de la pareja.

Comorbilidad en los últimos tres meses

El 36,2% de la muestra ha presentado alguno de los siguientes síntomas y/o enfermedades: fiebre, diarrea, escalofrío, gripa, inflamación de garganta, hernias, vómito, sinusitis, condilomas, neumonía, flujo vaginal, infecciones varias y malaria. El problema de salud más frecuente fue la gripa (35,7%).

Alteración emocional en los últimos tres meses

En cuanto al área emocional los resultados mostraron que el 80% de la muestra tuvo un evento difícil que la alteró emocionalmente en los últimos tres (3) meses, de los cuales los eventos más frecuentes del 44,7% de la muestra fueron los problemas familiares, el 31,9% tuvo problemas económicos, seguido por el 23,4% quienes tuvieron problemas de pareja y problemas de salud.

En la Tabla 1 se hace referencia a los estadísticos correspondientes a cada una de las variables de la investigación.

Tabla 1. Estadísticos de las variables ansiedad, depresión, PCS y PCEEV

	Edad	Ansiedad	Depresión	PCS	PCEEV
<b>N</b>	47	47	46	47	47
<b>Media</b>	32,57	7,82	5,0	11,12	9,17
<b>Mediana</b>	32,0	8,0	4,0	11,0	9,0
<b>Moda</b>	25	9,0	*	11,0*	9,0
<b>Desviación Estándar</b>	7,95	4,31	4,36	2,93	1,60
<b>Puntaje Mínimo</b>	19	0	0	4,0	6,0
<b>Puntaje Máximo</b>	53	19,0	18,0	15,0	12,0

\* Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores



### Ansiedad

De acuerdo a la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (Hospital Anxiety and Depression Scale –HAD; Zigmond et al, 1983), el 23,4% de las participantes evidenciaron un problema clínico de ansiedad, el 29,8% obtuvieron puntajes dudosos (rangos que no otorgan datos concluyentes) y el 46,8% no presentó nin-

gún nivel de ansiedad. Se observó a través de la correlación de Pearson que esta variable correlacionó positivamente con depresión ( $r = 0,623$  al  $P = 0,01$ ) Percepción de control sobre la salud (PCS –  $r = -,043$  al  $P = 0,01$ ) y sobre eventos estresantes (PCEEV –  $r = ,334$  al  $P = 0,05$ ). A continuación se presentan las Tablas 2 y 3 que contienen la información de la correlación entre variables.

Tabla 2. Correlación entre Ansiedad, Depresión, Edad, PCS y PCEEV

Variables	Ansiedad	Depresión	PCS	PCEEV
Edad	$r = -,150$	$r = -,036$	$r = ,209$	$r = ,047$
Ansiedad	$r = 1$	$r = ,623^{**}$	$r = -,043^{**}$	$r = ,334^*$
Depresión	$r = ,623^{**}$	$r = 1$	$r = -,665^{**}$	$r = ,348^*$
PCS	$r = -,413^{**}$	$r = -,665^{**}$	$r = 1$	$r = -,092$
PCEEV	$r = ,334^*$	$r = ,348^*$	$r = -,092$	$r = 1$

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Tabla 3. Comparación Ansiedad y Grupo de Variables

Grupo de Variables		Media	Desviación Estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
1. Pareja Diagnosticada	SI	6,7	2,91	2,0	13,0
	NO	7,5	4,46	0	14,0
2. Hijos Diagnosticados	SI	7,7	4,27	5,0	14,0
	NO	7,0	3,62	0	13,0
3. Renuncia a Embarazo	SI	6,5	4,03	0	13,0
	NO	6,0	4,65	1,0	14,0
4. Métodos de Planificación	SI	7,5	3,98	1,0	14,0
	NO	7,6	4,46	1,0	18,0
5. Toma de ARV	SI	6,5	4,29	0	14,0
	NO	5,0	4,24	2,0	8,0
6. Atribución de Efectos Físicos a los ARV	SI	8,0	4,34	1,0	18,0
	NO	6,0	4,59	0	14,0
7. Atribución de Efectos Psicológicos a los ARV	SI	11,3	3,78	7,0	14,0
	NO	5,1	3,41	0	10,0
8. Otra Enfermedad Últimos 3 meses	SI	8,4	4,2	0	14,0
	NO	6,0	4,55	1,0	18,0
9. Evento Difícil Últimos 3 meses	SI	8,3	4,2	0	18,0
	NO	2,7	2,05	1,0	7,0

### Depresión

En cuanto a la Escala de depresión del HAD (Zigmond et al, 1983) se observó que sólo el 10.9% presenta un problema clínico de depresión, el 15.2% obtuvo puntuaciones dudosas y el 73.9% restante no mostró ningún nivel de depresión. Esta variable correlacionó positivamente

con ansiedad ( $r = 0,623$  al  $P = 0,01$ ) y PCEEV ( $r = 0,348$  al  $P = 0,05$ ). Sin embargo, depresión correlacionó negativamente con PCS ( $r = -0,665$  al  $P = 0,01$ ). Para comprender un poco más la información de la correlación entre variables es necesario remitirse a las Tablas 2 y 4.

Tabla 4. Comparación Depresión y Grupo de Variables

Grupo de Variables		Media	Desviación Estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
1. Pareja Diagnosticada	SI	4,6	3	1,0	10,0
	NO	4,1	3,51	0	10,0
2. Hijos Diagnosticados	SI	5,2	1,25	4,0	7,0
	NO	4,2	3,42	0	10,0
3. Renuncia a Embarazo	SI	4,5	2,78	0	10,0
	NO	2,7	2,87	0	7,0g
4. Métodos de Planificación	SI	3,9	3,06	0	10,0
	NO	5,3	5,16	0	15,0
5. Toma de ARV	SI	3,7	3,07	0	10,0
	NO	4	1,41	3,0	5,0
6. Atribución de Efectos Físicos a los ARV	SI	6,3	4,56	0	15,0
	NO	2,6	3,02	0	10,0
7. Atribución de Efectos Psicológicos a los ARV	SI	6,3	3,21	4,0	10,0
	NO	3,1	2,57	0	7,0
8. Otra Enfermedad últimos 3 meses	SI	8,4	4,20	0	14,0
	NO	6,0	4,55	1,0	18,0
9. Evento difícil últimos 3 meses	SI	5,7	4,27	0	15,0
	NO	1,1	2,03	0	5,0

### Percepción de Control sobre la Salud

El 55,3% de las participantes mostraron una moderada PCS, el 38,3% mostró altos niveles y sólo el 6,4% mostró bajos niveles. Las puntuaciones obtenidas para ésta variable presentaron

una correlación negativa con ansiedad ( $r = -0,665$  al  $P = 0,01$ ) y depresión ( $r = -0,413$  al  $P = 0,01$ ). Para comprender un poco más la información de la correlación entre variables es necesario remitirse a las Tablas 2 y 5.

Tabla 5. Comparación PCS y Grupo de Variables

Grupo de Variables		Media	Desviación Estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
1. Pareja Diagnosticada	SI	11,2	2,99	4,0	15,0
	NO	11,3	3,08	6,0	15,0
2. Hijos Diagnosticados	SI	12,0	2,44	9,0	15,0
	NO	11,1	3,09	4,0	15,0
3. Renuncia a Embarazo	SI	11,5	3,12	7,0	15,0
	NO	12,5	1,51	11,0	15,0
4. Métodos de Planificación	SI	11,8	2,58	7,0	15,0
	NO	11,4	2,41	6,0	15,0
5. Toma de ARV	SI	12,5	2,21	8,0	15,0
	NO	8,5	2,12	7,0	10,0
6. Atribución de Efectos Físicos a los ARV	SI	11,4	2,20	6,0	15,0
	NO	12,2	2,52	7,0	15,0
7. Atribución de Efectos Psicológicos a los ARV	SI	11,6	2,57	8,0	15,0
	NO	12,0	2,43	7,0	15,0
8. Otra Enfermedad últimos 3 meses	SI	11,7	2,58	6,0	15,0
	NO	11,8	2,23	7,0	15,0
9. Evento difícil últimos 3 meses	SI	11,5	2,24	6,0	15,0
	NO	12,5	2,76	7,0	15,0

## Discusión

Esta investigación realizó varios hallazgos importantes a nivel descriptivo y correlacional de las diferentes variables entre los cuales los más sobresalientes fueron que el 23,4% de la muestra presentó altos niveles de ansiedad o, según la categorización del HAD, mostraron problemas clínicos de ansiedad. El 10,63% de la muestra presentó altos niveles de depresión y/o problema clínico. El 6,38% de la muestra presentó bajos niveles de PCS.

Se encontró que un gran porcentaje de las mujeres de la muestra viven en el área rural o en el estrato socioeconómico bajo lo cual fue un factor que aumentaba la vulnerabilidad de las participantes para que se enfrentaran a fenómenos tales como la pobreza, la violencia y por ende a la infección por VIH; se observó que al igual de lo planteado por ICW (2005), la pobreza limita el acceso de las mujeres a una adecuada

atención en salud ya sea porque no tienen ingresos suficientes para costear el traslado a los centros asistenciales, para aportar los copagos requeridos para la toma de exámenes y para la recepción de medicamentos. Además de lo anterior, muchas mujeres no cuentan con una buena provisión de alimentos los cuales aseguran la posibilidad de seguir cualquier tipo de tratamiento antirretroviral y tienen menos probabilidades de terminar una relación de pareja posiblemente peligrosa y usar métodos de barrera como el preservativo ya sea por el tipo de relación que sostienen con sus parejas o por dificultades económicas en su consecución. Estos resultados son consecuentes con los hallazgos de Gurung, Taylor, Kemeny et al (2004) los cuales encontraron que las mujeres con VIH/Sida reportan tener deficiencias monetarias para cubrir sus necesidades básicas, no cuentan con ahorros suficientes o formas confiables de transporte y tie-

nen problemas en el hogar tales como la posibilidad de separación. Todo esto confirma que la pobreza no sólo es un factor de vulnerabilidad sino también un potencializador de la misma porque aumenta el riesgo de contagio debido a la escasez económica que no permite la consecución de métodos de planificación de barrera, además limita las opciones de cuidado como los exámenes de rutina, el traslado a los centros de atención médica y el mantenimiento personal y familiar de estas mujeres ya que por lo general, y como lo planteaba Bruhn (2000) buscan formas de sostenimiento económico informal.

Otro factor de protección o aspecto positivo de la muestra es el grado de escolaridad de las participantes, en su mayoría habían cursado todo o algún grado de bachillerato o en su defecto, toda o algún grado de educación primaria; se considera como factor de protección porque puede llegar a aumentar el nivel de comprensión de las participantes acerca de la infección, las conductas de alto riesgo, la alimentación balanceada y toma de medicación antirretroviral.

En cuanto a la ocupación de las participantes se observó como factor de vulnerabilidad que en su mayoría son amas de casa y vendedoras independientes. Esto se considera como factor de vulnerabilidad porque estas ocupaciones generan dependencia económica de sus parejas actuales o anteriores. Este tipo de situaciones llevan a la mujer a vivir lo que planteaba Marcovici (2002): la obligación de buscar y mantener un empleo bajo cualquier circunstancia laboral; de esta manera, se presenta el fenómeno del empleo informal (ventas independientes) que, a pesar de brindarles libertad horaria para atender sus hijos y actual estado de salud y en ocasiones, otorgarles ingresos económicos suficientes para su sostenimiento también genera otros contratiempos como lo planteaba ICW (2005) tales como la no recepción de ninguna retribución económica por enfermedad o incapacidad y la menor probabilidad de tener acceso a servicios de salud y medicamentos continuos.

En cuanto al tratamiento ARV y sus efectos se observó que es de gran impacto para el área

psicológica; más de la mitad de las mujeres participantes toma medicación ARV y a pesar de que no todas toman medicación, más de la mitad de ellas asumen que esta trae consigo múltiples efectos físicos; además, una cuarta parte del total de las participantes también considera que la medicación ARV tienen efectos psicológicos. Estos hallazgos son significativos porque todas las atribuciones psicológicas y algunas atribuciones físicas otorgadas a la medicación correlacionaron directamente con los puntajes de ansiedad, depresión, PCS. Se observaron mayores niveles de ansiedad en las participantes que toman medicación ARV y que a su vez, consideran que esta tiene efectos físicos y psicológicos. Seguidamente, a pesar de que los puntajes de depresión no fueron clínicamente significativos, se observó igualmente que las mujeres que toman medicación ARV y consideran que esta tiene efectos físicos y psicológicos, puntuaban un poco más alto en la escala de depresión sin llegar a considerarse como un problema clínico. Además, se observaron puntajes significativamente más bajos en PCS en aquellas mujeres que no toman medicación ARV. Entonces, se encontró que la medicación ARV no sólo tiene efectos a nivel físico tales como la disminución de la carga viral sino que además, a nivel psicológico y conductual también tiene ciertos efectos porque es una herramienta que le transmite a la persona la capacidad de control sobre su infección a pesar de que la medicación no ofrezca una cura real de esta, simplemente, le permite al paciente realizar condicionamientos o relaciones conducta-consecuente entre la toma de medicación (como conducta) y la disminución de niveles de carga viral (como consecuente).

En cuanto a la variable Ansiedad; algunos estudios muestran una fuerte relación entre ansiedad y la infección por VIH/Sida; en un estudio hecho por Morrison et al. (2002) se encontró que las mujeres con VIH/Sida presentan mayores síntomas ansiosos. Sin embargo, los hallazgos de esta investigación solo mostraron la presencia de problemas clínicos de ansiedad en casi la cuarta parte de la muestra lo cual puede deberse a la limitación de la no inclusión del

tiempo de diagnóstico, lo que hubiese podido ayudar a determinar la fase de duelo que estaban atravesando indicando así correlación entre tiempo de diagnóstico y niveles de ansiedad. Sin embargo, se consideró como factor de protección la pertenencia a algún grupo de apoyo en las diferentes instituciones de salud debido a que estas capacitan constantemente; este aprendizaje en dichos grupos podría explicar un poco los bajos niveles de Ansiedad encontrados lo cual sería coherente con lo que planteaba Heckman (2003) Aquellas personas que viven con VIH/Sida que utilizan estrategias adaptativas de afrontamiento y cuentan con apoyo social, reportan una disminución significativa de estrés.

Se encontró también que se presentaban altos niveles de ansiedad en aquellas personas que tenían hijos diagnosticados con VIH/Sida. En las diferentes entrevistas fue común encontrar sentimientos de anticipación frente a los futuros padecimientos físicos y emocionales de los hijos debido a la infección, lo anterior confirmaba lo planteado por Sarason (1977) quien planteaba que los estresores tienen el potencial de añadir al pensamiento de la persona elementos de preocupación y autoevaluación negativa; además, confirma lo planteado por Horowitz, Wilner, Kaltreid y Álvarez (1980) quienes concluyeron que ante los estresores se observan manifestaciones emocionales siendo las más prevalentes la ansiedad y la depresión debido al esfuerzo del afrontamiento. También se encontraron mayores niveles de ansiedad en mujeres que enfrentaron algún evento difícil en los últimos tres meses, lo cual puede deberse a que el impacto psicológico del VIH/Sida en la mujer es diferente porque la mujer tiene mayor vulnerabilidad a diferentes estresores, ya que deben enfrentar otros estresores que muchas veces son percibidos como más angustiantes que los propios de la enfermedad (Castillo García, González e Hincapie, 1995). Los diferentes estresores a las que deben enfrentarse las mujeres con VIH/Sida son un determinante de los niveles de estrés (Gurung et al, 2004).

La adaptación Psicológica al área médica fue una de las áreas con más estresores ya que

cualquier aparición de un nuevo síntoma, el cual es considerado como un nuevo signo del avance y desarrollo de la enfermedad, fomentaba la aparición de síntomas de estrés y ansiedad; de igual forma sucede con las diferentes complicaciones lo cual puede ser un indicio de un aumento en la carga viral (Morrison et al., 2002). Los resultados de la investigación mostraron que las mujeres que presentaron alguna enfermedad en los últimos tres meses puntuaron más alto en ansiedad que aquellas que no. Todo lo anterior es de importancia debido a lo planteado por Morrison et al (2002) quienes encontraron que a mayores niveles de ansiedad mayor influencia de esta en el desarrollo y evolución del VIH/Sida.

Con respecto a la variable ansiedad se encontró entonces que los sucesos detonantes de ansiedad más comunes fueron los sucesos estresantes cotidianos confirmando aquello que planteó Koopman, Gore-Felton, Marouf et al (2000) quienes concluyeron que las personas con VIH/Sida experimentan grandes cantidades de estrés en su vida diaria lo cual podría indicar un tipo de afrontamiento emocional y relaciones interpersonales menos seguras o de apego ansioso.

Entre los hallazgos fue llamativo que sólo un pequeño porcentaje de la muestra mostró altos niveles de depresión; es decir que en su mayoría, las mujeres participantes no mostraron niveles de depresión clínica. A pesar de que la depresión es considerada como uno de los padecimientos más comunes en las mujeres que viven con VIH/Sida (Castillo et al, 1995; Horowitz et al, 1980; Hudson et al, 2003), los resultados no pueden generalizarse a toda la muestra como lo han hecho otros estudios (Bing et al., 2000; Carver, Pozo, Harris et al, 1993; Castillo et al., 1995; Hudson et al., 2003; Ickovics, Hamburger, Vlahov et al., 2001; Koopman et al., 2000; Morrison et al., 2002; Simoni et al., 2002; Meneec et al 1999; Siegel, Raveis y Gorey, 1998; Simoni y Cooperman, 2000). Tal vez, los resultados anteriores se deban de nuevo a la pertenencia a grupos de apoyo.

Para explicar los hallazgos de este trabajo con respecto a la variable depresión se encontró que el apoyo social de las mujeres de la muestra

fue sobresaliente considerándose un factor de protección y que así como planteaba Schrimshaw (2003) las relaciones específicas de apoyo por parte de la familia a mujeres VIH positivas, influye directamente y predice los síntomas depresivos; además las interacciones sociales que involucren el apoyo a las mujeres con VIH/Sida están altamente relacionadas con los bajos niveles de depresión experimentados por estas mujeres.

En cuanto a los hallazgos obtenidos en la variable Percepción de Control sobre la Salud se observó que sólo un pequeño porcentaje de la muestra mostró bajos niveles de PCS, es decir que en su mayoría, las mujeres participantes mostraron niveles altos o moderados de PCS; al parecer esto podría explicarse nuevamente con la pertenencia a grupos de apoyo. Entre los aspectos más significativos de los resultados se encuentran las correlaciones negativas de esta variable con las variables depresión y ansiedad lo cual indica que a menores niveles de PCS mayores niveles de ansiedad y depresión son observados confirmando que la relación entre percepción de control y salud es bidireccional tal y como lo plantearon Menec et al (1999), Langer et al. (1976) y Menec y Chipperfield (1997b).

Otra variable que requiere observación fue la presencia de eventos difíciles en los últimos tres meses ya que las correlaciones obtenidas indican que aquellas mujeres que enfrentaron algún evento difícil en los últimos tres meses mostraron un puntaje sólo un poco menor en PCS que aquellas mujeres que no se enfrentaron a un evento difícil. Este tipo de hallazgos se consideró como una limitación del trabajo ya que las escalas sobre las cuales se hicieron las divisiones de las categorías en el instrumento no fueron lo suficientemente sensibles para esta muestra en particular ya que muchos de los puntajes son limítrofes en la distribución de datos.

Los hallazgos de esta variable pueden confrontarse con las conclusiones de Menec et al (1999) quienes planteaban que la percepción de control en mujeres es importante debido a que se relaciona directamente con la generación de

conductas de autocuidado y la sensación de autoeficacia y en el área social se relaciona directamente con la búsqueda activa de apoyo social, en el caso de esta muestra, búsqueda culminada con el apoyo que brinda principalmente la familia. Un aspecto sobresaliente de la muestra de este trabajo es que es congruente con los hallazgos de los anteriores autores quienes plantean que las mujeres con hijos tienen mayores niveles de PCS porque se relaciona con el cumplimiento de su doble rol como madre y como cuidadora de sí misma lo cual le lleva a tener un mejor desempeño en ambos roles. Además, los hallazgos son concluyentes con Mossey y Shapiro (1982) quienes plantearon que la percepción de control está conectada con un perfil adaptativo que contempla sentimientos positivos de sí mismo los cuales son protectores y determinan comportamientos de autocuidado; también los hallazgos están acorde con Menec et al (1999) quienes encontraron que cuando se tienen percepciones positivas de salud se posee un perfil psicológico adaptativo el cual incluye percepciones de salud y el uso de estrategias que aumentan el control y que implican un activo compromiso para el afrontamiento directo de situaciones estresantes; Finalmente, se confirmó que la percepción de control es un predictor de salud física y mental, de cuidados de la salud y de mortalidad tal y como lo plantearon Langer et al (1976), Roberts, Dunkle y Haug (1994), Rodin y Langer (1977), Schulz (1976), Zautra, Reich y Newsom (1995), Krause (1988) Chipperfield (1993b), Menec et al (1997b).

## Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.
- Bing, E., Hays, R., Jacobsen, L., Chen, B., Gange, S. y Kass, N. (2000). Health-Related quality of life among people with HIV disease: results from the multicenter aids cohort study. *Quality of Life Research*, 9, 55-63.

- Broadbent, F., Cooper, P., FitzGerald, P. y Parkes, K. (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-16.
- Bruhn, J. (2000). Aspectos Sociales y Psicológicos de la Atención. En R. Muma, B. Lyons, M. Borucki y R. Pollard (2000), *Manual del HIV para profesionales de la salud*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffatt, F. y Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, (2), 375-390.
- Carrobes, J., Remor, E. y Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, (3), 420-426.
- Castillo, G., García, G., Gonzáles, J. y Hincapié, H. (1995). Efectos de un programa de asesoría psicológica sobre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes seropositivos al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 89-99.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). *HIV/AIDS surveillance report, 2002*. Recuperado el 15 de Abril, 2005, de <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm>
- Chipperfield, J. (1993b). Perceived barriers in coping with health problems. *Journal of Aging and Health*, 5, 123-139.
- Cohen, M., French, A., Benning, L., Kovacs, A. et al. (2002). Causes of death among women with human immunodeficiency virus infection in the era of combination antiretroviral therapy. *American Journal of Medicine*, 113, 91-98.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 4, 385-396.
- Cook, J., Cohen, M., Burke, J., Grey, D. et al (2002). Effects of depressive symptoms and mental health quality of life on use of highly active antiretroviral therapy among hiv-seropositive women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30, 401-409.
- Easterbrook, J. (1959). The effects of emotion on cue utilization and the organization of behavior. *Psychological Review*, 66, 183-207.
- Futterman, A., Kemeny, M., Shapiro, D. y Fahy, J. H. (1994). Immunological and psychological changes associated with induced positive and negative mood. *Psychosomatic Medicine*, 56, (6), 499-511.
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V. y Gonzáles-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.
- Gurung, R., Taylor, S., Kemeny, M. y Myers, H. (2004). HIV is not my biggest problem. The impact of hiv and chronic burden on depression in women at risk for aids. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, (4), 490-512.
- Heckman, T. (2003). The Chronic Illness Quality of Life (CIQOL) Model explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, 22, (2), 140-147.
- Horowitz, M., Wilner, N., Kaltreid, N. y Alvarez, W. (1980). Signs and symptoms of post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychology*, 37, 85-92.
- Hudson, L., Lee, K. y Portillo, C. (2003) Symptom experience and functional status among hiv-infected women. *AIDS Care*, 15, (4), 483-492.
- Ickovics, J., Hamburguer, M., Vlahov, D., Schoenbaum, E. et al. (2001). Mortality, CD4 Cell Count Decline, and Depressive Symptoms among HIV-Seropositive Women: Longitudinal Analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1466-1474.
- Ingersoll, K. (2004). The impact of psychiatric symptoms, Drug use, and Medication Regimen on Nonadherence to HIV Treatment. *AIDS Care*, 16 (2), 199-211.

- International Community of Women Living with HIV/Aids – ICW (2005). *La Visión de ICW: mujeres seropositivas, pobreza y desigualdad de Género*.
- Kemeny, M., Weiner, H., Duran, R., Taylor, S., Visscher, B. y Fahey, J. (1995). Immune system changes after the death of a partner in hiv-positive gay men. *Psychosomatic Medicin*, 57 (6), 547-554.
- Kesser, R., McGonnagle, K., Swartz, M., Blazer, D. y Nelson, C. (1993). Sex and depression in the national comorbidity survey: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85-96.
- Kleeberger, C., Phair, J., Strathdee, S., Detels, R., Kingsley, L. y Jacobson, L. (2001). Determinants of Heterogenous Adherence to HIV-Antiretroviral therapies in the multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 26, 82-92.
- Koopman, C., Gore-Felton, C., Marouf, F., Butler, L. et al (2000). Relationships of perceived stress to coping, attachment, and social support among HIV-Positive Persons. *AIDS Care*, 12 (5), 663-672
- Krause, N. (1988) Stressful life events and physician utilization. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43, 53-61
- Langer, E. y Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- Mandler, G. (1984). *Mind and Body: Psychology of Emotion and Stress*. New York: Norton.
- Marcovici, K. (2002). *El UNGASS, Género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en América Latina y el Caribe*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Menec, V. y Chipperfield, J. (1997b). The interactive effect of perceived control and functional status on health and mortality among young-old and old-old adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52, 118-126.
- Menec, V., Chipperfield, J. y Perry, R. (1999). Self-Perception of Health: a Perspective Analysis of Mortality, Control and Health. *The Journals of Gerontology*, 54 (2) 85-93.
- Ministerio de la Protección Social - MPS (2003). *Situación de la epidemia por VIH en Colombia*. Recuperado el 17 de Febrero, 2005, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/MseContent/images/news/DocNewsNo444401.doc>
- Morrison, M., Petitto, J., Ten Have, T., Gettes, D. et al. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 789-796.
- Mossey, J. y Shapiro, E. (1982). Self-Rated Health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72, 800-808.
- Nyamathi, A., Flaskerud, J., Leake, B. y Chen, S. (1996). Impoverished women at risk of ADIS: Social support variables. *Journal of Psychological Nursing*, 34 (11), 31-39.
- Paterson, D., Swindells, S., Mohr, J. et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV Infection. *Annals of Internal Medicine*, 133, 21-30.
- Remor, E. y Carrobbles, J. (2001). Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-4): Estudio psicométrico en una muestra VIH Positiva. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Roberts, B., Dunkle, R. y Haug, M. (1994). Physical, psychological, and social resources as moderators of the relationship of stress to mental health of the very old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49, 35-43.
- Rodin, J. y Langer, E. (1977). Long-Term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality, and Social Psychology*, 35, 897-902.
- Sambamoorthi, U., Walkup, J., Olfson, M. y Crystal, S. (2000). Antidepressant treatment and health services utilization among HIV-infected medicaid patients diagnosed with depression. *Journal of General Internal Medicin*, 15, 311-320.



- Sarason, I. (1977). The Test Anxiety Scale: Concept and research. *Stress and Anxiety*, 5, 193-216.
- Schrimshaw, E. (2003). Relationship-Specific unsupportive social interactions and depressive symptoms among women living with HIV/AIDS: Direct and Moderating Effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 26 (4), 297- 313.
- Schulz, R. (1976). Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 563-573.
- Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali – SSPSC (2005) Informe Preliminar sobre el VIH/SIDA año 2004. (Sin publicar)
- Siegel K., Raveis V. H. y Gorey E. (1998). Barriers and pathways to testing among HIV-infected women. *AIDS Education and Prevention*, 10, 114–127.
- Simoni, J. y Cooperman, N. (2000). Stressors and strengths among women living with HIV/AIDS in New York City. *AIDS Care*, 12, 291–297.
- Simoni, J. y Ng Ferkauf, M. (2002). Abuse, Health locus of control, and perceived health among HIV-Positive Women. *Health Psychology*, 21 (1), 89-93.
- Stone, A.; Bovbjerg, D. (1994) Stress and Humoral Immunity: A review of the human studies. *Advances of Neuroimmunology*, 4 (1), 49-56.
- Zautra, A., Reich, J. y Newsom, J. (1995). Autonomy and sense of control among older adults: an examination of their effects on mental Health. En L. Bond, S. Cutler, A. Grams (Eds.), *Promoting Successful and Productive Aging*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica*, 67, 361-370.