

La depresión como efecto de la discriminación en mujeres que viven con VIH³

José Moral de la Rubia

PhD. Especialidad en Psicología
Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León
México
Correo electrónico: jose_moral@hotmail.com

María Petra Segovia Chávez

Mg. en Ciencias con énfasis en Psicología de la Salud
Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León
México
Correo electrónico: maria.segoviach@gmail.com

Recibido: 04/11/2014

Evaluado: 05/11/2014

Aceptado: 11/11/2014

Resumen

Objetivo: Estudiar la relación entre discriminación, ira y depresión en mujeres con VIH, y contrastar un modelo en el que la depresión es un efecto de la discriminación mediado por la ira. **Método:** Se usó la Escala de Discriminación Temida y Percibida para Mujeres con VIH, el Inventario de Depresión de Beck y la escala de expresión de la ira del Inventario de Rasgo-Estado-Expresión de Ira fueron aplicadas a una muestra no probabilística de 200 mujeres mexicanas con VIH. **Resultados:** Un modelo de doble efecto de la discriminación sobre la depresión, directo e indirecto mediado por control de la ira, mostró buen ajuste a los datos. En este modelo el tiempo transcurrido desde el diagnóstico tuvo un efecto directo sobre depresión, pero no sobre ira. **Conclusiones:** Discriminación predice ira y depresión. Aunque la reacción depresiva se atenúa con el tiempo, no ocurre así con la ira.

Palabras clave

Depresión, ira, discriminación, mujeres, SIDA.

3 Para citar este artículo: Moral, J., & Segovia, M. P. (2014). La depresión como efecto de la discriminación en mujeres que viven con VIH. *Informes Psicológicos*, 14(2), 49-68.

Depression as a result of discrimination in women living with HIV

Abstract

Objective: To study the relationship between discrimination, anger and depression in women with HIV, and test a model in which depression is an effect of discrimination mediated by anger. **Method:** Discrimination Scale Feared and Perceived was used for Women with HIV, the Beck Depression Inventory and the scale of anger expression Inventory Trait-State-Anger Expression were applied to a nonrandom sample of 200 Mexican women with HIV. **Results:** A model of double effect of discrimination on depression, direct and indirect mediated by anger management, showed good adjustment to the data. In this model, the time elapsed since diagnosis had a direct effect on depression, but not on anger. **Conclusions:** Discrimination predicts anger and depression. Although depressive reaction dims over time, not so with anger.

Keywords

Depression; anger; discrimination; women; AIDS.

A depressão como efeito da discriminação em mulheres que vivem com hiv

Resumo

Objetivo: Estudar a relação entre discriminação, ira e depressão em mulheres com HIV, e contrastar um modelo no que a depressão é um efeito da discriminação mediado pela ira. **Método:** Usou-se a Escala de Discriminação Temida e Percebida para Mulheres com HIV, o Inventário de Depressão de Beck e a escala de expressão da ira do Inventário de Rasgo-Estado-Expressão de Ira foram aplicadas a uma mostra não probabilística de 200 mulheres mexicanas com HIV. **Resultados:** Um modelo de duplo efeito da discriminação sobre a depressão, direto e indireto mediado por controle da ira, mostrou bom ajuste aos dados. Neste modelo o tempo decorrido desde o diagnóstico teve um efeito direto sobre depressão, mas não sobre ira. **Conclusões:** Discriminação prediz ira e depressão. Ainda que a reação depressiva se atenua com o tempo, não ocorre assim com a ira.

Palavras chave

Depressão; ira; discriminação; mulheres; AIDS.

Introducción

La depresión es un estado emocional negativo de tristeza, desánimo o irritación. Los síntomas de la depresión mayor incluyen tristeza persistente, disminución de la capacidad de concentración, sentimientos de culpa o inutilidad, incapacidad para sentir placer, pérdida del interés y de la motivación en general, disminución de la energía, disminución del apetito, problemas del sueño, alteraciones psicomotoras e ideación suicida. De acuerdo a cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico (DSM-IV), estas manifestaciones deben persistir durante la mayor parte del día y presentarse la mayor parte de los días de la semana por lo menos durante dos semanas (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Las estimaciones de la prevalencia puntual o del último año de la depresión mayor entre personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) varían aproximadamente de un quinto a un medio. Usualmente las estimaciones resultan ser más altas cuando se emplean escalas psicométricas para la evaluación de la depresión. Morrison et al. (2002) estimaron una prevalencia de 19.5% en una muestra de 93 mujeres estadounidenses, usando los criterios DSM-IV. Tsao, Dobalian, Moreau y Dobalian (2004) también hallaron una prevalencia de un quinto y esta porción mostró una ligera tendencia a disminuir en un seguimiento de 6 meses en una muestra representativa de la población de personas con VIH estadounidenses. Con el Inventario de Depresión de Beck revisado (BDI-2; Beck, Steer, & Brown, 1996), De

la Haye et al. (2010) encontraron síntomas depresivos de leves a severos (puntuación total del BDI-2 ≥ 14) en el 37% de las 191 personas jamaicanas con VIH encuestadas; Rodkjaer, Laursen, Balle y Sodemann (2010) reportaron una prevalencia de 38% usando como punto de corte una puntuación total ≥ 14 y 26% usando como punto de corte una puntuación total ≥ 20 entre 205 personas danesas con VIH; y Moral y Segovia (2014) reportaron una prevalencia de 14% de síntomas de depresión leve, 17.5% de síntomas moderados y 14.5% síntomas severos entre 200 mujeres mexicanas con VIH, usando como punto de corte una puntuación total ≥ 14 , pero la prevalencia de depresión sería 12% usando una puntuación total ≥ 30 , como es recomendado para el diagnóstico de depresión mayor en población clínica por Sanz, García, Espinosa, Fortún y Vázquez (2005). En Brasil, Noqueira, de Fátima y Crosland (2006) reportaron una prevalencia puntual de depresión de 21.8% en hombres y mujeres usando la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Zigmond & Snaith, 1983), y Mello y Malbergier (2006) informaron de una prevalencia de 25.8% en una muestra de mujeres brasileñas usando criterios DSM-IV para depresión mayor. En Estados Unidos de América, en una muestra de hombres y mujeres infectados por VIH con representatividad nacional, Bing et al. (2001) encontraron una prevalencia de depresión de 36% durante el último año usando un instrumento psiquiátrico estructurado breve. Aunque la mayoría de las estimaciones se sitúan aproximadamente en el intervalo comprendido entre un quinto y un tercio, hay estimaciones más altas. Ickovics et al. (2001) reportaron síntomas depresivos crónicos en el 42% de 765 mujeres estadounidenses y síntomas depresivos intermitentes en 35%,

usando la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Williams et al. (2005) reportaron una prevalencia de 54% de depresión en una muestra de 297 personas canadienses seropositivas al VIH.

Ciesla y Roberts (2001), en un meta-análisis de la relación entre estar infectado por VIH y el riesgo de padecer trastorno depresivo, hallaron que la frecuencia de trastorno depresivo era casi dos veces mayor entre personas seropositivas al VIH en comparación con personas seronegativas al VIH. Así, se puede afirmar que el ser seropositivo al VIH es factor de riesgo de depresión, siendo la prevalencia de la depresión significativamente más alta entre estas personas que en población general.

Aunque existen casos de depresión que tienen una etiología orgánica y cursan con independencia de los determinantes psicosociales, 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 VIH, así como sufrir discriminación y aislamiento como consecuencia de padecer esta infección constituyen situaciones adversas asociadas con síntomas depresivos (Li, Lee, Thammawijaya, Jiraphongsa, & Rotheram-Borus, 2009; Pollini, Blanco, Crump, & Zúñiga, 2011).

Si la discriminación es un tratodiferencial 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 & Segovia, 2011), una primera reacción esperable ante este trato diferencial podría ser la ira que es una emoción negativa activadora que motiva y prepara a atacar a la fuente de malestar o irritación (Hartshorn, Whitbeck, & Hoyt, 2012). La persona se molesta, enoja e incluso lo manifiesta abiertamente. El malestar o irritación que está sufriendo la persona por el trato recibido puede ser ignorado por su entorno, puede desencadenar agresión y más discriminación, o puede despertar empatía y así el trato injusto atenuarse o desaparecer. Los dos primeros casos pueden provocar una reacción con síntomas depresivos en la persona discriminada o una escalada de violencia. En el último caso es más probable que la persona se sienta más integrada y respetada por los que la rodean, como Hartshorn et al. (2012) observaron en adolescentes indígenas norteamericanos que eran víctimas de discriminación social.

Al momento de recibir el diagnóstico de ser seropositivo al VIH, la persona se enfrenta a una enfermedad crónica con un tratamiento costoso con efectos secundarios. A esto se le suma el estigma social que conlleva el diagnóstico, al estar la infección por VIH, en la representación social, asociada con ciertas conductas sujetas a estigma social, como sexo con personas del mismo sexo, parejas concurrentes, sexo comercial y consumo de drogas ilegales por vía intravenosa (Flores & Leyva, 2003; Zukoski & Thorburn, 2009).

Cabe preguntarse si en una persona que recibe un diagnóstico de ser seropositiva al VIH no sólo estén presentes los

pensamientos: “¡me moriré!”, “¿qué va a ser de mí?”, sino también es probable que piense: “¡qué vergüenza!”, “¡qué van a decir de mí!”, “¿cómo se lo voy a decir a los demás?”, sobre todo cuando los médicos exijan a la persona comunicar su condición a todos aquéllos con los que ha tenido relaciones sexuales para que vayan hacerse una prueba de detección de anticuerpos del VIH (Chong & Kvasny, 2007).

Probablemente las primeras semanas tras recibirse el diagnóstico de seropositividad al VIH sean críticas a nivel emocional con reacciones de ansiedad, ira, culpa, vergüenza y depresión. Luego la mayoría de las personas se irán adaptando, contando con la opción de comunicar su condición a quien confíen (Moskowitz & Roloff, 2008; Vanable, Carey, Blair, & Littlewood, 2006), salvo en las situaciones clínicas en las cuales esta información esté presente en su expediente, el cual incluso puede contar con marcas especiales que permiten su fácil identificación (Infante et al., 2006). Si inicialmente pudiera dominar la vergüenza y la culpa ante los demás, aparte del miedo y angustia (Chong & Kvasny, 2007), posiblemente con el tiempo estas emociones negativas se irán aplacando y la discriminación ocasionará reacciones de ira con más frecuencia. Si la discriminación es persistente y agresiva, puede generar indefensión, especialmente en las personas con situaciones previas de indefensión (Seligman, 2006) y con rasgos que predisponen al afecto negativo, como rumiación obsesiva de eventos negativos (Borders & Liang, 2011), sensibilidad al castigo (Pelissolo & Corruble, 2002), neuroticismo (Xia et al., 2011) y alta expresividad en el rol de género (Newman, Gray, Fuqua, & Choi, 2009).

Aunque existen estudios de epidemiología de depresión entre personas que viven con VIH, con una evidencia de que vivir con VIH es factor de riesgo de depresión (Ciesla & Roberts, 2001), la relación de la discriminación con ira y depresión en esta población está poco estudiada. Así esta investigación tiene como objetivos: 1) estudiar la relación entre discriminación, ira y depresión en mujeres que viven con VIH, y 2) contrastar un modelo en el que la depresión es un efecto de la discriminación mediado por la ira.

Se espera que la depresión tenga una correlación significativa con ira y discriminación, estando la correlación entre depresión y discriminación mediada por la emoción de la ira. Se espera mayor correlación de la discriminación con ira que con depresión, asumiéndose que la discriminación genera sobre todo ira y la impotencia para cambiar la situación llevará a depresión (Beck, 2006; Borders & Liang, 2011). La correlación entre ira y depresión será mayor que las correlaciones de cada una de estas dos emociones negativas con discriminación, al ser ambas emociones negativas indicadores de afecto negativo (Busch, 2009).

Debe señalarse que la investigación psicosocial y biomédica en VIH está centrada en hombres, al constituir la mayor porción de personas infectadas, 7 hombres por cada 3 mujeres en México (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2014); de ahí que los datos sobre mujeres pueden tener una gran relevancia, especialmente en un momento en el cual la epidemia se está feminizando con una incidencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (CENSIDA, 2014).

Método

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional 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 y haber recibido diagnóstico de infección por VIH. Como criterio de exclusión se estipuló: la presencia de sintomatología que impidiese la comprensión y concentración en el cuestionario (a juicio de la encuestadora).

CENSIDA (2011) reportó 576 casos registrados de mujeres con VIH en Nuevo León. 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 esta misma población, que el 73% de las mujeres con VIH temían ser discriminadas en diversas situaciones sociales y entre el 53 y 67% (según la pregunta) indicaban ser discriminadas, lo que dio un promedio de 61%

de expectativa o percepción de discriminación por vivir con VIH (Moral & Segovia, 2011). Al considerar un porcentaje poblacional de tres quintos de discriminación sufrida, con intervalo de confianza de 95% y error de estimación exacto de 5%, se requirió un tamaño muestral de 200 participantes.

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 (CAPASITS) de Nuevo León y de la Clínica #6 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ambos dispositivos ubicados en Monterrey. Dentro de un consultorio, fueron entrevistadas por una psicóloga, mientras esperaban sus citas programadas. Tras las preguntas sobre información socio-demográfica y clínica, se entregaron las tres escalas de autorreporte para que fueran respondidas por las participantes. El muestreo se realizó durante el año 2011.

La media de edad de las participantes fue 34.88 ($DE = 8.63$), 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%) tenían hijos, siendo la mediana 3. Sobre la adscripción religiosa, 177 (88.5%) señalaron 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 fue 3.79 (DE = 3.17), variando de 1 mes a 18 años.

Instrumentos

Escala de Discriminación Temida y Percibida en Mujeres con VIH (DTP-40-MV; Moral & Segovia, 2013). Está integrada por 40 ítems tipo Likert con un rango de respuesta de 1 “*nada*” a 5 “*totalmente*” derivados de un estudio cualitativo (Moral & Segovia, 2011). Se solicita a la persona indicar qué tanto describen sus expectativas y vivencias una serie de 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 es alta ($\alpha = .92$). Cuenta con seis factores: 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 el ámbito familiar 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 ($\alpha = .85$), siendo bueno el ajuste del modelo de 6 factores correlacionados por mínimos cuadrados libres de escala: $\chi^2/gl = 1.75$, GFI = .94, AGFI = .93, NFI = .92, RFI = .91 y RMSSR = .01 (Moral & Segovia, 2013). Estas propiedades psicométricas fueron estimadas en la misma muestra que la del presente estudio.

Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-2; Beck et al., 1996) 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 (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 generalizados fue adecuado: $\chi^2/gl = 2.14$, GFI = .81, AGFI = .76 y RMSEA = .08.

Escala de expresión de la Ira del Inventario de Rasgo-Estado-Expresión de Ira revisado (STAXI-2-AX/EX; Spielberger, 1999), con la adaptación mexicana de Moral, González y Landero (2010). Está configurada por 21 ítems tipo Likert con un rango de 1 “*en absoluto*” a 4 “*muchísimo*”. Consta de cuatro factores, tres factores están configurados por 6 ítems cada uno (control externo, control interno y exteriorización) y un factor por 3 ítems (interiorización). 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. 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 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 análisis paralelo de Horn. Este modelo de 3 factores correlacionados presentó un ajuste adecuado por mínimos cuadrados generalizados: $\chi^2/gl = 2.04$, $GFI = .84$, $AGFI = .80$ y $RMSEA = .07$. Así, en los análisis de este estudio se contemplaron tres factores en lugar de cuatro.

Procedimiento

A las mujeres encuestadas 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 los requerimientos éticos de la Norma Oficial Mexicana 010-SSA2-2010 (Secretaría de Salud, 2010) y de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007).

Análisis de datos

Las correlaciones se calcularon por el coeficiente producto-momento de Pearson (r) y por la correlación parcial de Fisher (rp) para eliminar el efecto de la ira. Los modelos de análisis de senderos se contrastaron por mínimos cuadrados generalizados. Se usaron 7 índices de

ajuste: estadístico chi-cuadrado (χ^2), cociente entre el estadístico chi-cuadrado y sus grados de libertad (χ^2/gl), índice de bondad de ajuste (GFI) de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida ($AGFI$), índice normado (NFI) y comparativo de ajuste (CFI) de Bentler-Bonnett y error cuadrático medio de aproximación ($RMSEA$) de Steiger-Lind. Se estipularon como valores de buen ajuste: p de $\chi^2 \geq .05$, $\chi^2/gl \leq 2$, GFI y $CFI \geq .95$, $AGFI$ y $NFI \geq .90$ y $RMSEA \leq .05$ o $p \geq .05$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$; y como valores adecuados: p de $\chi^2 \geq .01$, $\chi^2/gl \leq 3$, GFI y $CFI \geq .85$, $AGFI$ y $NFI \geq .80$ y $RMSEA \leq .08$ (Kline, 2010). El cumplimiento del supuesto de normalidad multivariada se observó desde el valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia; valores entre -2 y 2 indica cumplimiento y entre -10 a 10 ligera desviación (Kline, 2010). El ajuste diferencial entre los modelos se contrastó por la prueba de la diferencia de los estadísticos chi-cuadrado. El nivel de significación estipulado fue .05. Los cálculos se realizaron con los programas SPSS y AMOS.

Resultados

Correlaciones entre ira y depresión

Las correlaciones entre depresión e ira fueron bajas y negativas. El control interno de la ira fue independiente de la depresión (Véase Tabla 1).

Tabla 1
Correlaciones entre ira y depresión

Ira	Depresión		
	Puntuación Total	Cognitivo-Afectivos	Somático-motivacionales
Expresión de ira	-.17*	-.16*	-.15*
Control interno	-.02 <i>ns</i>	-.07 <i>ns</i>	.08 <i>ns</i>
Control externo	.20**	.19**	.17*
Manifestación	-.20**	-.22**	-.11 <i>ns</i>

** $p \leq .01$. * $p \leq .05$, *ns*: no significativa ($p > .05$).

Correlaciones entre discriminación e ira

La puntuación total de la escala DTP-40-MV y su factor de discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico correlacionaron con expresión de la ira y sus dos factores de control. La discriminación temida en diversas situaciones sociales y la discriminación

percibida en la atención clínica correlacionaron con expresión de la ira y sus factores de manifestación y control externo. La discriminación percibida en el trabajo y vecindario correlacionó con control interno de la ira. Estas correlaciones significativas variaron de .14 a .30. La discriminación percibida en el ámbito familiar y momentos percibidos de discriminación fueron independientes de la ira (Véase Tabla 2).

Tabla 2
Correlaciones entre discriminación e ira

Discriminación (DTP-40-MV)	Ira (STAXI-2-AX/EX)			
	Expresión de la ira	Manifestación de la ira	Control interno	Control Externo
Puntuación total	.22 **	.12 <i>ns</i>	-.15*	-.27**
Temida	.22**	.20**	-.05 <i>ns</i>	-.25**
Percibida en ámbito familiar	.09 <i>ns</i>	-.02 <i>ns</i>	-.14 <i>ns</i>	-.13 <i>ns</i>
Percibida en trabajo y vecindario	.05 <i>ns</i>	-.09 <i>ns</i>	-.15*	-.10 <i>ns</i>
Percibida en atención clínica	.30**	.28**	-.12 <i>ns</i>	-.25**
Percibida ante consulta del expediente clínico	.20**	.14*	-.14*	-.20**
Momentos percibidos de discriminación	-.05 <i>ns</i>	-.12 <i>ns</i>	-.01 <i>ns</i>	-.04 <i>ns</i>

** $p \leq .01$. * $p \leq .05$, *ns*: no significativa ($p > .05$).

Correlaciones entre discriminación y depresión con la parcialización de la ira

Se consideró la parcialización tanto de la expresión de la ira como de los factores de manifestación y control externo, porque fueron las variables de ira con correlación significativa con depresión y con discriminación.

Las correlaciones de la puntuación total de depresión y del factor de síntomas cognitivo-afectivos fueron significativas y positivas con los factores de momentos percibidos de discriminación y discriminación percibida en el ámbito del trabajo y vecindario, y negativas con discriminación percibida en la atención clínica. La puntuación total y el factor de discriminación percibida en el ámbito familiar sólo correlacionaron positivamente con el factor de síntomas cognitivo-afectivos

de depresión. Estas correlaciones tendieron a incrementarse al parcializar el efecto de la ira, especialmente del control externo de la ira, llegando a ser significativa la correlación entre las puntuaciones totales de depresión y de discriminación. Las correlaciones fueron menores a .30, salvo entre síntomas cognitivo-afectivos de depresión y momentos percibidos de discriminación (Véase Tabla 3).

El factor de síntomas somático-motivacionales de depresión fue independiente de la puntuación total y cinco factores de discriminación. Su única correlación significativa y negativa fue con discriminación percibida en la atención clínica, la cual dejó de ser significativa al parcializar el efecto de la ira, ya sea su puntuación total o los factores de manifestación y control externo (Véase Tabla 3). La discriminación temida ante diversas situaciones sociales y la discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico fueron independientes de depresión, aún parcializando el efecto de la ira.

Tabla 3
Correlaciones entre discriminación y depresión con o sin la parcialización de la ira

Discriminación	Correlaciones	Depresión		
		Puntuación Total	Cognitivo-Afectivos	Somático-motivacionales
Discriminación	<i>r</i>	.12 ns	.17*	-.01 ns
	<i>r_{p(EI)}</i>	.17*	.21**	.03 ns
	<i>r_{p(MI)}</i>	.15*	.20**	.01 ns
	<i>r_{p(CE)}</i>	.19**	.24**	.04 ns
Temida	<i>r</i>	.06 ns	.08 ns	.01 ns
	<i>r_{p(EI)}</i>	.10 ns	.12 ns	.04 ns
	<i>r_{p(MI)}</i>	.10 ns	.13 ns	.03 ns
	<i>r_{p(CE)}</i>	.12 ns	.13 ns	.05 ns

Discriminación	Correlaciones	Depresión		
		Puntuación Total	Cognitivo-Afectivos	Somático-motivacionales
Percibida en trabajo y vecindario	<i>r</i>	.19**	.25**	.04 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (EI)	.20**	.26**	.04 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (MI)	.18*	.23**	.03 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (CE)	.22**	.27**	.05 <i>ns</i>
Percibida en ámbito familiar	<i>r</i>	.10 <i>ns</i>	.15*	-.05 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (EI)	.11 <i>ns</i>	.17*	-.04 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (MI)	.09 <i>ns</i>	.15*	-.05 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (CE)	.12 <i>ns</i>	.18**	-.03 <i>ns</i>
Percibida ante la atención clínica	<i>r</i>	-.25**	-.27**	-.15*
	<i>rp</i> (EI)	-.21**	-.24**	-.11 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (MI)	-.21**	-.23**	-.13 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (CE)	-.21**	-.24**	-.11 <i>ns</i>
Percibida ante la atención del expediente clínico	<i>r</i>	.04 <i>ns</i>	.03 <i>ns</i>	.05 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (EI)	.07 <i>ns</i>	.06 <i>ns</i>	.08 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (MI)	.07 <i>ns</i>	.06 <i>ns</i>	.07 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (CE)	.08 <i>ns</i>	.07 <i>ns</i>	.09 <i>ns</i>
Percepción de momentos de discriminación	<i>r</i>	.25**	.31**	.07 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (EI)	.24**	.30**	.07 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (MI)	.23**	.29**	.06 <i>ns</i>
	<i>rp</i> (CE)	.26**	.32**	.08 <i>ns</i>

r = correlación producto-momento de Pearson, *rp* = correlación parcializando el efecto de expresión de la ira (EI = Expresión de ira, CI = Control interno, CE = Control externo y MI = Manifestación). * *p* < .05, ** *p* < .01 y *ns* = no significativa (*p* > .05).

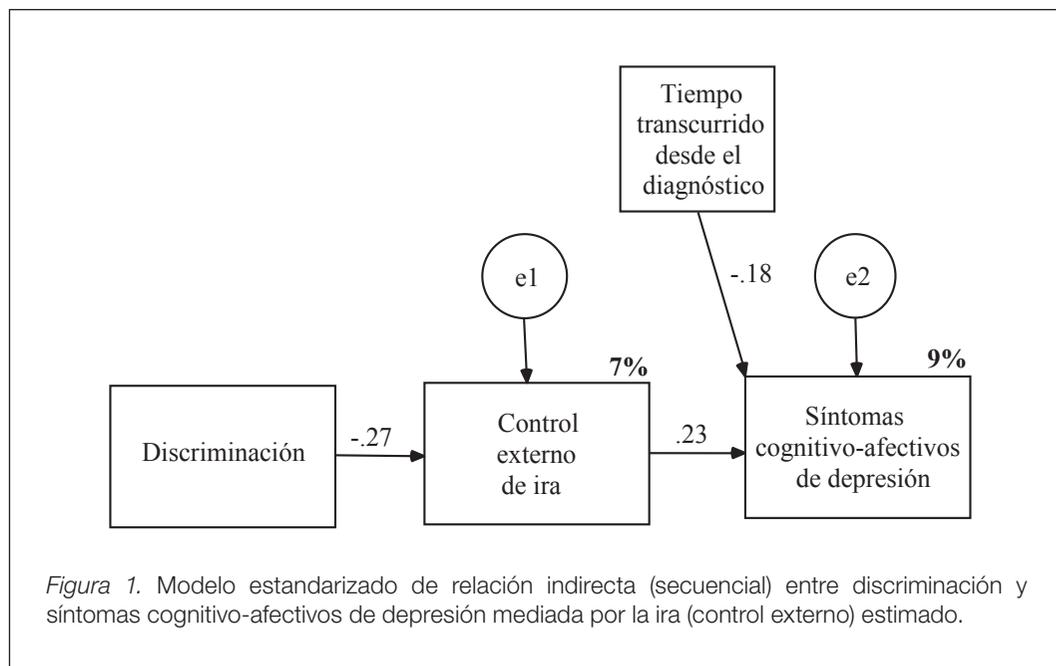
Análisis de senderos

Se contrastó el ajuste de dos modelos de relación entre discriminación, depresión e ira. Para su especificación se introdujeron sólo variables manifiestas. El factor de síntomas cognitivo-afectivos para la depresión, la puntuación total de la escala DTP-40-MV para la discriminación y el factor de control externo para la ira. Se eligieron los factores de síntomas cognitivo-afectivos de depresión y control externo de la ira en lugar de las

puntuaciones totales al tener correlaciones más altas. Como variable exógena (no explicada) quedó la discriminación y como endógenas (explicadas) la depresión e ira. En ambos modelos los dos residuos se consideraron independientes. En el primer modelo la relación entre discriminación y depresión fue indirecta, desde una secuencia mediada por la ira. En el segundo modelo la relación de la discriminación y la depresión fue tanto directa como indirecta con la mediación de la ira. Al ser los modelos identificados

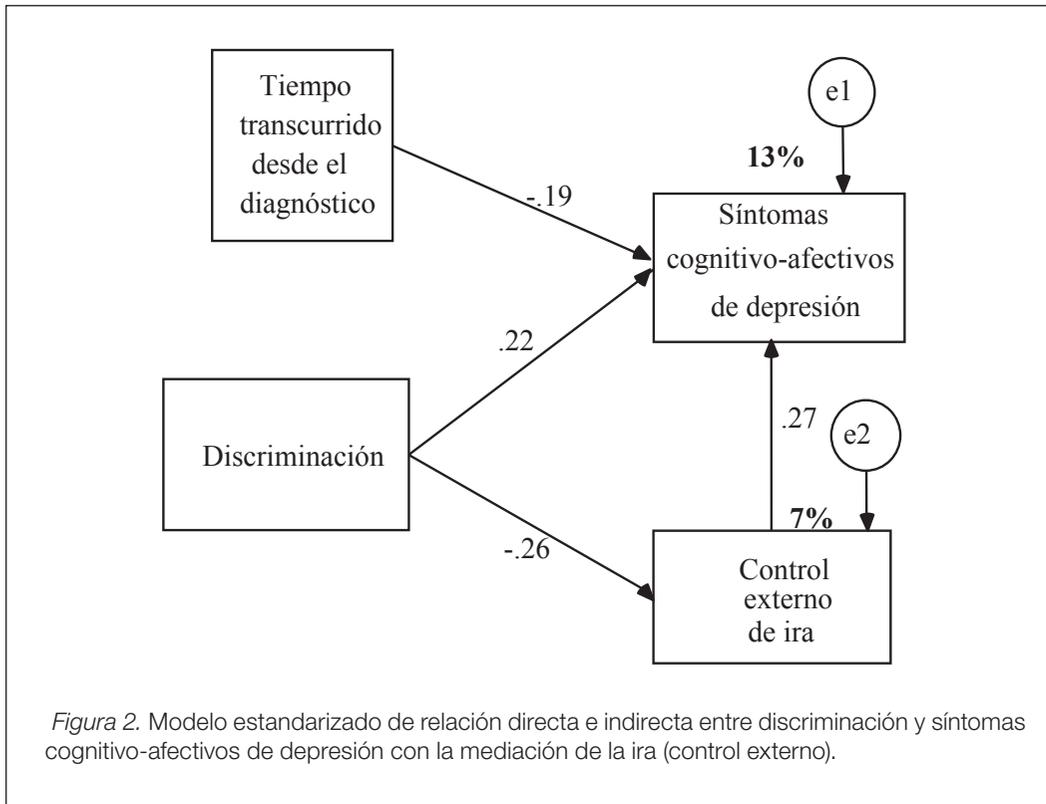
de este modo, en el segundo, el número de momentos (6) coincidió con el número de parámetros estimados (6), por lo que los grados de libertad fueron cero, lo que impidió calcular los índices de ajuste. Así, en ambos modelos, se introdujo una cuarta variable manifiesta exógena que fue el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. El tiempo fue independiente de discriminación ($r = -.10, p = .14$) y control externo de la ira ($r = .11, p$

$= .11$), pero sí correlacionó con síntomas cognitivo-afectivos de depresión ($r = -.18, p < .01$). Cuanto mayor era el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, menos fueron los síntomas de depresión reportados. Por lo tanto, en ambos modelos, las dos variables exógenas (discriminación y tiempo) quedaron como independientes y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue determinante de depresión (Véanse Figuras 1 y 2).



El valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia para las 4 variables manifiestas de ambos modelos fue 1.75, por lo que pudo asumir el supuesto de normalidad multivariada que requiere el método de mínimos cuadrados generalizados. En los dos modelos todos los parámetros fueron significativos. Los índices de ajuste del modelo de doble relación fueron buenos: $\chi^2(2, N = 200) = 3.57, p = .17$; $\chi^2/gf = 1.78$; $GFI = .99$; $AGFI = .95$; $CFI = .96$; $NFI = .93$; y $RMSEA = .06$ ($p = .31$ de que $RMSEA \leq .05$). Su

ajuste fue significativamente mejor que el secuencial por la prueba de la diferencia de los estadísticos chi-cuadrado ($\chi^2[1, N = 200] = 9.42, p < .01$). El ajuste del modelo secuencial tuvo un índice bueno ($GFI = .97$), uno adecuado ($AGFI = .89$) y cinco malos ($\chi^2[3, N = 200] = 12.99, p < .01, \chi^2/gf = 4.33, CFI = .76, NFI = .73, y RMSEA = .17$, siendo la $p = .03$ de que $RMSEA \leq .05$). En ambos los porcentajes de varianza explicada de las variables endógenas fueron bajos (Véanse Figuras 1 y 2).



Discusión

Se planteó como objetivo en el presente trabajo estudiar la relación entre discriminación, ira y depresión en mujeres que viven con VIH, teniendo como hipótesis que la depresión es un efecto de la discriminación mediado por el control de la ira. Antes de iniciar la discusión de los datos es importante tener en mente que la mayoría de las mujeres encuestadas, con una media de aproximadamente 4 años transcurridos desde el diagnóstico, reportaron poca discriminación, como refleja la media de la escala DTP-40-MV de 89.90 en una distribución con asimetría positiva (sesgada hacia los valores bajos de no discriminación). Si se

divide la media por el número de ítems de la escala da un valor de 2.25 dentro de un rango continuo de 1 a 5. Redondeado al valor entero más próximo sería 2, lo que corresponde a “poco” entre las 5 opciones de respuesta de los ítems (rango discreto de 1 a 5). Además esta valoración fue independiente del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, lo que indica que el ambiente no es hostil desde el principio de la condición clínica. Este hallazgo podría atribuirse al efecto de las campañas de información sobre la naturaleza de la infección (Córdova, Ponce, & Valdespino, 2009) y la representación de la enfermedad como una infección de transmisión sexual prevenible (Flores & Leyva, 2003).

Como se esperaba las correlaciones entre discriminación y depresión fueron significativas y bajas. Dentro de la escala

DTP-40-MV cuatro factores de discriminación percibida (momentos, atención clínica, trabajo-vecindario y familia) correlacionaron con la depresión. El ser discriminado como un hecho percibido acentúa o genera síntomas depresivos. Sin embargo, discriminación temida y la discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico fueron independientes de la depresión cuando se esperaba que también correlacionaran. Debe señalarse que estos dos factores de primer orden de discriminación configuran un factor de segundo orden o dimensión denominado "expectativa" (Moral & Segovia, 2013). El indicador de discriminación temida está claro que refiere a un contenido de expectativa, pero esto no resulta tan evidente con la discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico. Moral y Segovia (2013) lo explican señalando que la percepción de trato diferencial por administrativos y auxiliares ante la consulta del expediente clínico en la recepción de los centros sanitarios y hospitales genera una expectativa de discriminación en la atención clínica que se va a recibir por los facultativos. No obstante, esta expectativa parece no cumplirse como refleja una media significativamente menor en la discriminación percibida en la atención clínica que ante la consulta del expediente clínico. Como se señaló la depresión fue independiente de esta dimensión de expectativa, incluso al parcializar el efecto de la ira; sólo si se parcializa el efecto de la discriminación percibida (por ejemplo, discriminación percibida en la atención clínica), la correlación resultaría significativa y directa (.17 con discriminación temida y .16 con percibida ante la consulta del expediente clínico). Por lo tanto, la relación de la depresión es tan definida con discriminación percibida que oculta una

relación existente y esperada con la discriminación temida.

Las correlaciones significativas entre depresión y los factores de discriminación percibida en distintos momentos, en el trabajo/vecindario y en la familia fueron directas como se espera, esto es, mayor discriminación se asocia con depresión y viceversa. También tuvieron un signo positivo las correlaciones no significativas entre depresión y los dos factores que configuran la dimensión de expectativa. No obstante, la correlación significativa entre depresión y la discriminación percibida ante la atención clínica fue negativa. El percibir discriminación por los profesionales de salud se asocia con una emoción activadora que lleva a la pérdida de control externo y manifestación de la ira. Probablemente, este carácter activador se deba al mayor efecto que las manifestaciones de queja e irritación tienen en un ambiente muy sensible a la violación de los derechos de los pacientes, los cuales son constantemente proclamados en forma de carteles y comerciales (Córdova et al., 2009) en estricto cumplimiento de una ley y un reglamento (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2014).

No obstante, las correlaciones entre depresión e ira también fueron bajas y semejantes a las observadas entre estas dos emociones negativas con discriminación, cuando se esperaba que las correlaciones entre depresión e ira fuesen más altas al ser ambos estados emocionales indicadores del afecto negativo (Busch, 2009). Cabría cuestionar si las escalas de ira y depresión empleadas (de carácter general) fueron las más adecuadas. Tal vez estas relaciones sí se hubieran observado más definidas con escalas más específicas que evaluaran ira y depresión

ante situaciones en las que la razón de discriminación entre en juego, esto es, el vivir con VIH. Para poner a prueba esta hipótesis deberían desarrollarse dichos instrumentos. A favor de las escalas empleadas debe decirse que éstas son consistentes y han mostrado validez de constructo, convergente y predictiva (Beck et al., 1996; Moral, 2013; Moral et al., 2010; Spielberger, 1999).

Desde la teoría de la indefensión, mientras se mantiene una reacción de ira y lucha ante el trato injusto, la emoción es activadora y antidepressiva. Cuando se renuncia a luchar por impotencia o desesperanza ante una situación persistente y lesiva de trato injusto, la persona se deprime (Beck, 2006; Busch, 2009; Seligman, 2006). Conforme a esta expectativa, al parcializar el efecto de la ira, se incrementaron las correlaciones entre discriminación y depresión, indicando que la ira es una emoción activadora que atenúa o retrasa la aparición de síntomas depresivos ante situaciones de discriminación. Además, en el modelo con mejor ajuste a los datos, la discriminación (puntuación total) tuvo un efecto indirecto significativo, negativo y pequeño sobre la depresión mediado por la expresión de la ira, atenuando la depresión. En este modelo, la expresión de la ira disminuyó los síntomas cognitivo-afectivos de depresión, esto es, la ira como emoción activadora prevenía o atenuaba los síntomas de tristeza, baja autoestima, pesimismo, derrotismo y desconfianza en uno mismo, en los demás y en el futuro.

Los datos del modelo con mejor ajuste a los datos también son concordantes con la hipótesis de que la discriminación puede inducir directamente depresión sin mediación de la ira. En esta relación

directa podría ser explicada o mediada por una historia de indefensión (Seligman, 2006) o rasgos de personalidad que predisponen al afecto negativo o a la reacción depresiva ante el rechazo, entre los cuales se puede considerar la expresividad en la manifestación del rol de género (Newman et al., 2009), aparte de la sensibilidad al castigo (Pelissolo & Corruble, 2002), el neuroticismo (Xi et al., 2011) y la rumiación de eventos negativos (Borders & Liang, 2011). Debe considerarse que la presente muestra está integrada exclusivamente por mujeres mexicanas y la cultura latina tradicionalmente viene inculcando rasgos de expresividad (sensibilidad al rechazo interpersonal, dependencia de las relaciones de vínculo y expresividad emocional) en la construcción del género femenino (Hirsch et al., 2007).

Las bajas correlaciones y baja potencia explicativa de los dos modelos podrían atribuirse a la asimetría positiva de la escala de discriminación, que refleja una realidad de baja frecuencia e intensidad de discriminación, y al uso de escalas generales para evaluar depresión e ira. Otra posible atribución sería una etiología orgánica en los trastornos afectivos de las personas que viven con VIH. Los procesos inflamatorios sistémicos por altos niveles de citoquinas (IL-1 β , IL-6 y TNF- α) provocados por la infección de VIH generan depleción serotoninérgica, lo que finalmente induce depresión (Ferrando & Freyberg, 2008). Esta hipótesis requeriría otro diseño para su evaluación con la incorporación de variables biológicas en el estudio. Contra esta hipótesis, se tiene que el factor de síntomas cognitivo-afectivos de depresión fue el que se relacionó con la discriminación y no el de síntomas somático-motivacionales, lo que muestra congruentemente la naturaleza más

psíquica que somática de la relación entre discriminación y depresión (De la Haye et al., 2010). Precisamente, en la especificación de los modelos, la depresión se definió como síntomas cognitivo-afectivos.

Una limitación del presente estudio fue el uso de una muestra no probabilística integrada por mujeres mexicanas. Así la extrapolación de los resultados a poblaciones femeninas semejantes debe realizarse a modo de hipótesis. Es importante remarcar que la muestra fue de tamaño grande, con una fracción de muestreo de un tercio de la población de mujeres atendidas en Nuevo León. Por el hecho de proceder del centro ambulatorio que concentra casi todos los casos del estado (CAPASYTS-NL), la muestra sí se puede considerar representativa de la población de mujeres que viven con VIH en Nuevo León. En México, los centros estatales CAPASYTS 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).

Otra limitación es que los datos del estudio son de autorreporte, por lo que las conclusiones podrían diferir de las derivadas de datos observacionales, entrevistas, proyectivos o medidas psicofisiológicas. A favor de los presentes datos se tiene que su nivel de medida fue numérico, lo que permitió el uso de análisis de sendero. Se contó con una proporción de 22 participantes por parámetro a estimar en el modelo ($N:q = 200:9$), lo que sobrepasó la proporción de 20 participantes por parámetro a estimar recomendada como buena (Jackson, 2003). Otra tercera limitación es que el estudio tuvo un diseño no experimental de tipo transversal,

de ahí que no se pueden hacer afirmaciones en términos de causalidad, aunque sí en términos de predicción y asociación.

En conclusión, se confirma la expectativa de menor reacción depresiva a una mayor reacción de ira, con un efecto atenuador de la ira en la depresión ante la presencia de discriminación, incrementando la discriminación tanto la ira como la depresión. Así el modelo con mejor ajuste de relación entre la discriminación y la depresión es el de doble relación tanto directa (mayor discriminación predice mayor frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos) como indirecta mediada por la ira (la reacción de ira ante la discriminación predice disminución de los síntomas depresivos o la falta de esta reacción predice aumento de los síntomas depresivos). No obstante, en el ámbito clínico, la relación entre depresión y percepción de discriminación es inversa y es potenciada por la ira. Por lo tanto, la discriminación en el ámbito clínico parece activar a la persona, aumentando su ira y disminuyendo su depresión. Probablemente, en el ámbito clínico, en el cual se proclaman los derechos del paciente, las quejas tienen el efecto deseado e incluso permiten canalizar la impotencia e indefensión procedentes de otros ámbitos. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico predice la atenuación de los síntomas depresivos, previsiblemente por la adaptación de las personas que viven con VIH a su condición clínica; no obstante, es independiente de la discriminación, la cual en promedio es poca desde el principio.

El modelo de relación entre discriminación, ira y depresión de este estudio con buen ajuste a los datos, aunque posee poca potencia explicativa, indica que una intervención dirigida a disminuir la

discriminación afectaría de forma significativa a los estados emocionales de ira y depresión. Esta intervención sería pertinente en los casos que la valoración con la escala DTP-40-MV arroje niveles altos de discriminación. A tal fin se podría considerar el percentil 70 (≥ 104) de la distribución de la escala DTP-40-MV (Moral & Segovia, 2013). Además, esta intervención es especialmente relevante cuando se sabe que el riesgo de depresión es dos veces mayor en personas seropositivas al VIH que en personas seronegativas al VIH (Ciesla & Roberts, 2001) y que menores niveles de afecto negativo contribuyen a una mejor calidad de vida relacionada con la salud (Jia et al., 2004; Keltner et al., 2012).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Association. doi:10.1176/appi.books.9780890423349.
- Beck, A. (2006). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bing, E., Burnam, A., Longshore, O., Fleishman, J., Sherbourne, C., London, S., & Shapiro, M. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 721-728. doi:10.1001/archpsyc.58.8.721
- Borders, A., & Liang, C. (2011). Rumination partially mediates the associations between perceived ethnic discrimination, emotional distress, and aggression. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17, 125-133. doi:10.1037/a0023357
- Busch, F. (2009). Anger and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 271-278. doi:10.1192/apt.bp.107.004937
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2011). *Casos al 30 de junio de 2011*. México D.F.: Censida.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2014). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro nacional de casos de Sida. Actualización al 30 de junio de 2014*. México, D.F.: Censida.
- Chong, J., & 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., & Roberts, J. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 725-730. doi:10.1176/appi.ajp.158.5.725
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (13 de junio, 2014). Lineamientos que regulan la aplicación de las medidas administrativas y de reparación del daño en casos de discriminación. *Diario Oficial de la Federación, Sec. 1*, 140-147.

- Córdova, J., Ponce, S., & Valdespino, J. (2009). *25 años de SIDA en México. Retos, logros y desaciertos*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- De la Haye, W., Clarke, T., Lipps, G., Lowe, G., Longman-Mills, S., Barton, E., & Bain, B. (2010). Patterns of depressive symptoms among patients with HIV infection. *West Indian Medical Journal, 59*, 380-385.
- Ferrando, S., & Freyberg, Z. (2008). Neuropsychiatric aspects of infectious diseases. *Critical Care Clinics, 24*, 889-919. doi:10.1016/j.ccc.2008.05.007
- Flores, F., & Leyva, R., (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública México, 45*, 73-80. doi:10.1590/S0036-36342003001100007
- Hartshorn, K., Whitbeck, L., & Hoyt, D. (2012). Exploring the relationships of perceived discrimination, anger, and aggression among North American indigenous adolescents. *Society and Mental Health, 2*, 53-67. doi:10.1177/2156869312441185.
- Hirsch, J., Meneses, S., Thompson, B., Negroni, M., Pelcastre, B., & Rio, C. (2007). The inevitability of infidelity: sexual reputation, social geographies, and marital HIV risk in rural Mexico. *American Journal of Public Health, 97*, 986-996. doi:10.2105/AJPH.2006.088492
- Ickovics, J., Hamburger, M., Vlahov, D., Schoenbaum, E., Schuman, P., Boland, R., & HIV Epidemiology Research Study Group. (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. doi:10.1001/jama.285.11.1466
- Infante, C., Zarco, A., Magali, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & 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*, 141-150. doi:10.1590/S0036-36342006000200007
- Jackson, D. (2003). Revisiting sample size and number of parameter estimates: Some support for the N:q hypothesis. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 10*, 128-141. doi:10.1207/S15328007SEM1001_6
- Jia, H., Uphold, C., Wu, S., Reid, K., Findley, K., & Duncan, P. (2004). Health-related quality of life among men with HIV infection: effects of social support, coping, and depression. *AIDS Patient Care and STDS, 18*, 594-603. doi:10.1089/apc.2004.18.594
- Keltner, J., Vaida, F., Ellis, R., Moeller-Bertram, T., Fitzsimmons, C., Duarte, N., & CHARTER Group. (2012). Health-related quality of life 'well-being' in HIV distal neuropathic pain is more strongly associated with depression severity than with pain intensity. *Psychosomatics, 53*, 380-386. doi:10.1016/j.psym.2012.05.002
- Kline, R. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling*. Nueva York: The Guilford Press.
- Li, L., Lee, S., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C., & Rotheram-Borus, M. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care, 21*, 1007-1113. doi:10.1080/09540120802614358

- Mello, V., & Malbergier, A. (2006). Depression in women infected with HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 10-17. doi:10.1590/S1516-44462006000100004.
- 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., & Landero, R. (2010). Factor structure of the STAXI-2-AX and its relationship to the burnout in housewives. *Spanish Journal of Psychology*, 13, 418-430.
- Moral, J., & Segovia, P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 139-159.
- Moral, J., & 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., & Segovia, P. (2014). Discriminación y afectos negativos en mujeres con VIH. *Boletín de Psicología*, 111, 71-91.
- Morrison, M., Petitto, J., Ten Have, T., Gettes, D., Chiappini, M., Weber, A., & Evans, D. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 159, 789-796. doi:10.1176/appi.ajp.159.5.789
- Moskowitz, D., & Roloff, M. (2008). Vengeance, HIV disclosure, and perceived HIV transmission to others. *AIDS and Behavior*, 12, 721-728. doi:10.1007/s10461-008-9410-4
- Newman, J., Gray, E., Fuqua, D., & Choi, N. (2009). Sociotropy, autonomy, and masculinity/femininity: implications for vulnerability to depression. *Psychological Reports*, 104, 549-557. doi: 10.2466/PRO.104.2.549-557
- Noqueira, L., De Fátima, P., & Crosland, M. (2006). Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS Care*, 18, 529-536. doi:10.1080/09540120500221704
- Pelissolo, A., & Corruble, E. (2002). Personality factors in depressive disorders: Contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. *Encephale*, 28, 363-373.
- Pollini, R., Blanco, E., Crump, C., & Zúñiga, M. (2011). A community-based study of barriers to HIV care initiation. *AIDS Patient Care and STDS*, 25, 601-609. doi:10.1089/apc.2010.0390
- Rodkjaer, L., Laursen, T., Balle, N., & Sodemann, M. (2010). Depression in patients with HIV is under-diagnosed: A cross-sectional study in Denmark. *HIV Medicine*, 11, 46-53. doi:10.1111/j.1468-1293.2009.00741.x
- Sanz, J., García, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & 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., Perdígón, L. A., & 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, 249-280.
- 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. *Diario Oficial de la Federación*, Sec. 1,17-39.

Seligman, M. (2006). *Learning optimism: How to change your mind and your life*. New York: Vintage Books.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *El código ético del psicólogo*. México, D.F.: Trillas.

Spielberger, C. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2). Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Tsao, J., Dobalian, A., Moreau, C., & 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, 111-118. doi:10.1097/01.nmd.0000110282.61088.cc

Variable, P., Carey, M., Blair, D., & Littlewood, R. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10, 473-482. doi:10.1007/s10461-006-9099-1

Williams, P., Narciso, L., Browne, G., Roberts, J., Weir, R., & Gafni, A. (2005). The prevalence, correlates, and costs of depression in people living with HIV/AIDS in Ontario: implications for service directions. *AIDS Education and Prevention*, 17, 119-130. doi:10.1521/aeap.17.3.119.62903

Xia, J., He, Q., Li, Y., Xie, D., Zhu, S., Chen, J., & Wang, X. (2011). The relationship between neuroticism, major depressive disorder and comorbid disorders in Chinese women. *Journal of Affective Disorders*, 135, 100-105. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.053

Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Zukoski, A., & 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, 267-276. doi:10.1089/apc.2008.0168