

VARIABLES PSICOLÓGICAS EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA: UN ESTUDIO CORRELACIONAL*

MARCELA ARRIVILLAGA, DIEGO CORREA, MARÍA VARELA, LYDA HOLGUÍN Y JOSÉ TOVAR
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, CALI

Recibido: Mayo 19 de 2006

Revisado: Mayo 26 de 2006

Aceptado: Junio 12 de 2006

ABSTRACT

This paper presents the description and correlation of the psychosocial variables anxiety, depression, Perceived Health Control (PHC) and Perceived Control of Life Stress Events (PCLSE) in women diagnosed with HIV/Aids. The research was a non-experimental, descriptive and correlational study, with a transversal design. The sample was composed of 47 HIV/Aids diagnosed women attended at health services from Cali, Colombia. The measures consisted of the Socio-demographic, psychosocial and biomedical information interview for HIV/Aids diagnosed women (designed by the authors) and the Psychological variables assessment battery, adapted for HIV/Aids diagnosed women. The main results show that 23,4% of the sample presents clinical signs of anxiety, 10,63% of depression, 6,3% show low levels of PHC, and the 100% presented moderate levels of PCLSE. The anxiety and depression variables presented a positive correlation, as did PCLSE with anxiety and depression; depression with PHC and anxiety with PHC presented a negative correlation.

Keywords: Women, HIV/Aids, Anxiety, Depression, Perceived health control, Perceived control of life stress events.

RESUMEN

Este artículo presenta la descripción y correlación de las variables psicológicas ansiedad, depresión, Percepción de Control sobre la Salud -PCS- y Percepción de Control sobre Eventos Estresantes de la Vida -PCEEV- en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. La investigación fue de carácter no experimental, de tipo descriptivo-correlacional, con diseño transversal. La muestra estuvo compuesta por 47 mujeres atendidas en instituciones de salud de la ciudad de Cali, Colombia. Como medidas se utilizaron la entrevista de datos sociodemográficos, características biomédicas y psicosociales en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida (diseñada por los autores) y una batería de evaluación de variables psicológicas adaptada para mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. Los resultados generales muestran que el 23,4% de la muestra presenta indicadores clínicos de ansiedad, el 10,63% de depresión, el 6,38% muestra bajos niveles de PCS y el 100% de las participantes muestra niveles moderados de PCEEV. Las variables ansiedad y depresión presentaron una correlación positiva, así como la PCEEV con ansiedad y depresión; depresión con PCS y ansiedad con PCS presentaron correlaciones negativas.

Palabras clave: Mujeres, VIH/Sida, ansiedad, depresión, Percepción de Control sobre la Salud, Percepción de Control sobre Eventos Estresantes.

* Investigación producto del grupo Psicología, Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Reconocido por Colciencias 2006, Categoría C. Financiada por la PUJ, Cali y con el apoyo de la Corporación de lucha contra el Sida, Cali. Correo electrónico: marceq@puj.edu.co. Dirección postal: calle 18 No.118-250 Cali, Colombia A.A. 26239

Introducción

En la actualidad, las cifras mundiales muestran un aumento acelerado de la infección por VIH/Sida principalmente en las mujeres. El porcentaje de mujeres infectadas constituye casi la mitad de las personas que conviven con el virus en el mundo, aumentando paulatinamente en regiones como Europa Oriental, Asia y América Latina. En esta última, las mujeres representan aproximadamente el 36% de los 1,7 millones de adultos que viven con el VIH (Center for Disease Control and Prevention, 2002); en Colombia el 18% de los 40.072 casos registrados entre 1995 y el año 2003 (Ministerio de la Protección Social, MPS, 2003) y en la ciudad de Cali el 14% de los casos registrados y diagnosticados como nuevos en el año 2004 (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, SSPSC, 2005).

A su vez, las mujeres cada vez contraen la infección a edades más tempranas que los varones, estando la mayoría en edad reproductiva, entre los 15 y 44 años de edad. La relación hombre-mujer que en 1990 era de 10 a 1 actualmente está cerca de 3 a 1 y de 2 a 1 (ONUSIDA, 2002b) lo que muestra una transición progresiva del predominio del virus en homosexuales masculinos al aumento en población heterosexual masculina y una feminización de la epidemia.

Aunque en Colombia las relaciones sexuales entre hombres son la principal forma de propagación del VIH/Sida con una prevalencia del 18% (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, 2004), esta coyuntura representa un riesgo además para las mujeres y sus hijos. En muchas ocasiones, las mujeres son las parejas sexuales de hombres infectados o con alto riesgo de infección. Al respecto, ONUSIDA (2004) propone que el matrimonio y otras relaciones monógamas a largo plazo no protegen del VIH a las mujeres; además, según el informe de ONUSIDA (2004) y la Organización Mundial de la Salud, OMS (2003), uno de cada 10 hombres encuestados afirma haber mantenido relaciones sexuales con otros hombres y, de éstos, nueve de cada 10 afirmaron tener también relaciones sexuales con mujeres. Por su parte, el riesgo para los hijos está presente ante la posibilidad de contagio en caso de embarazo. Sin embargo, es importante resaltar que en Colombia se presentan problemas de sub-registro que desvirtúan la verdadera dimensión de la epidemia y se considera que las estimaciones reales mostrarían cifras de 200.000 personas afectadas por la infección.

Las mujeres, en contraste con los hombres, enfrentan una serie de situaciones estresantes socioculturales, económicas y psicológicas, además de las propias de la enfermedad, que incrementan su vulnerabilidad frente al VIH y tienen un impacto posiblemente más negativo en su salud y calidad de vida

cuando deben convivir con el virus (Bing et al., 2000; Bruhn, 2000; Carrobbles, Remor & Rodríguez, 2003; Griffin y Rabkin, 1998; Gurung, Taylor, Kemeny & Myers, 2004; Heckman, 2003; Hudson, Lee & Portillo, 2003; Koopman, Gore-Felton, Marouf, Butler et al. 2000; Remor, Carrobbles, Arranz, Martínez & Ulla, 2001; Sambamoorthi, Walkup, Olfson & Cristal, 2000). Entre los factores culturales que incrementan el riesgo y la vulnerabilidad de las mujeres se encuentran los roles de género, los estereotipos y la falta de educación en temas de autocuidado y sexualidad (Marcovici, 2002; Weis & Rao, 1998). Al respecto, ONUSIDA (2004) plantea que las desigualdades por sexo -especialmente en las reglas que rigen las relaciones sexuales entre hombres y mujeres- están en el centro del incremento de los porcentajes de mujeres infectadas.

La problemática de la infección por VIH/Sida ha evidenciado la necesidad de diseñar nuevas e innovadoras estrategias de tratamiento e intervención en las personas que conviven con el virus. Estas intervenciones no solo deben atender el nivel físico sino también involucrar aspectos integrales que acompañan la infección. En América Latina este tipo de intervenciones no siempre reconocen las variables psicológicas implicadas y de acuerdo con la revisión de la literatura al respecto, pocos estudios lo hacen con muestras compuestas específicamente por mujeres (Gurung et al., 2004; Hudson et al., 2003; Morrison, Petitto, Ten Have, Gettes et al., 2002; Schrimshaw, 2003).

Por lo anteriormente presentado y con miras al desarrollo de posteriores estrategias de intervención integral validadas empíricamente, en este artículo se presentan los resultados de un estudio que tuvo como propósito la descripción y correlación de las variables psicológicas ansiedad, depresión, percepción de control sobre la salud y percepción de control sobre eventos estresantes de la vida en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida en la ciudad de Cali, Colombia.

Método

Diseño

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

Participantes

La muestra del estudio fue no probabilística, seleccionada por conveniencia, directa e intencionalmente, procurando ciertos niveles de homogeneidad en el grupo. Estuvo compuesta por 47 mujeres de la ciudad de Cali.

Como criterios de inclusión de mujeres en la muestra se establecieron los siguientes: Resultado positivo de la prueba diagnóstica para VIH/Sida, ausencia de trastorno

psiquiátrico diagnosticado y reportado en la historia clínica, paciente regular y controlada en instituciones de salud, fundaciones, entidades sin ánimo de lucro (EAL) y empresas promotoras de salud (EPS) de la ciudad de Cali, Colombia. Por su parte, los criterios de exclusión establecidos fueron presencia de embarazo y edad inferior a 18 años.

Instrumentos

Para la recolección de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Entrevista de datos sociodemográficos, características biomédicas y psicosociales en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida (Arrivillaga, Correa, Holguín & Varela, 2005). Compuesta por 18 preguntas cerradas con opciones de respuesta específicas. Considera las siguientes variables:

Datos sociodemográficos: edad, personas con las que vive, lugar de residencia, estrato socioeconómico, nivel educativo y ocupación actual.

Características biomédicas: medicación antirretroviral, estar tomando otros tratamientos para el VIH/Sida, presencia de enfermedad en los últimos tres meses y tipo de servicio de salud que cubre el tratamiento por VIH/Sida.

Características psicosociales: percepción de efectos físicos debido a la ingesta de medicamentos antirretrovirales, percepción de efectos psicológicos por la misma razón, nivel de satisfacción con la atención recibida para el tratamiento por VIH/Sida, personas que conocen el diagnóstico por VIH/Sida, redes de apoyo social, renuncia a la posibilidad de embarazarse debido al diagnóstico, uso y tipo de método de planificación familiar, presencia o ausencia de eventos estresores en los últimos tres meses y clasificación de los mismos.

2. Batería de evaluación de variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida (Adaptada por Arrivillaga, Correa, Holguín & Varela, 2005). Compuesta por:

Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983; traducida y adaptada al español por Bulbena y Berrios, 1986). Compuesta por 14 ítems divididos en dos subescalas de 7 ítems cada una; la subescala HAD-A, diseñada para medir ansiedad evalúa tensión muscular, miedo anticipatorio, preocupación, intranquilidad, activación fisiológica gástrica, agitación psicomotora y pánico o miedo intenso. La subescala HAD-D mide depresión a partir de indicadores de poco disfrute, estado de ánimo depresivo, tristeza, enlentecimiento psicomotor, disminución del interés por el aspecto personal, pesimismo y disminución de actividades placenteras. Los ítems de ambas subescalas se hallan intercalados alternativamente; los ítems impares

evalúan ansiedad y los ítems pares evalúan depresión. Su formato de respuesta sigue la escala tipo Likert con un puntaje de 0 a 3.

Para esta investigación, se establecieron rangos para cada sub-escala de la siguiente manera: niveles normales (puntajes entre 0 y 7), un rango en el que no es posible concluir sobre el estado clínico del paciente (entre 8 y 10 puntos), y problema clínico (puntajes mayores a 11 puntos).

Subescala de percepción de control sobre la salud de la Encuesta General de Salud (Remor & Carrobbles, 2001). Forma parte de la Encuesta General de Salud y está compuesta por tres ítems que evalúan la capacidad para afrontar la infección por VIH/Sida, el esfuerzo para afrontar la infección por VIH/Sida y los hábitos de salud. Su formato de respuesta sigue 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. Los resultados se interpretan en una escala de tres valores (*poco*, *moderado* y *mucho*); la puntuación de 3 a 5 puntos indica poca percepción de control sobre la salud, entre 6 y 12 puntos indica moderada percepción de control sobre la salud, y entre 13 y 15 puntos indica mucha percepción de control sobre la salud.

Subescala de percepción de control sobre eventos estresantes de la vida de la Escala de Estrés Percibido (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; traducida al español por Remor & Carrobbles, 2001). Compuesta por tres ítems que evalúan el control de dificultades en el último mes, la capacidad para controlar la mayoría de situaciones de la vida en el último mes y la irritabilidad por falta de control sobre las situaciones. Su formato de respuesta sigue una escala tipo Likert que va desde 1, *nunca*, hasta 5, *muy a menudo*, con la particularidad de que el segundo ítem se puntúa de forma inversa. Los resultados se interpretan en una escala de tres valores (*poco*, *moderado*, *mucho*); la puntuación de 3 a 5 puntos indica poca percepción de control sobre los eventos estresantes, entre 6 y 12 puntos indica moderada percepción de control sobre los eventos estresantes, y entre 13 y 15 puntos indica mucha percepción de control sobre los eventos estresantes.

Procedimiento

Las participantes fueron identificadas en instituciones de salud, fundaciones, entidades sin ánimo de lucro (EAL) y empresas promotoras de salud (EPS) de la ciudad de Cali. Con previa autorización de los comités de ética respectivos, se realizaron visitas de reconocimiento tanto de las instituciones como del personal de salud encargado de los diferentes programas de atención a personas que conviven con el VIH/Sida. Se efectuó la revisión de las historias clínicas para identificar las participantes potenciales del estudio de acuerdo con los criterios de inclusión y

exclusión preestablecidos. Se realizaron los contactos y se acordaron citas para la realización de las entrevistas individuales. Una vez explicado y firmado el consentimiento informado por las participantes, se aplicaron los instrumentos del estudio. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora y media.

Análisis de datos

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para establecer relaciones lineales entre los puntajes obtenidos en la evaluación de las variables psicológicas. 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, aceptando como estadísticamente significativos todos los resultados donde el valor *p* era menor a 0,05. Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 13 para Windows.

Resultados

Caracterización de los participantes del estudio

La edad promedio de las 47 mujeres fue de 32,6 años, el 51% vivía en la ciudad de Cali al momento de la evaluación, de las cuales el 80% pertenecían a los estratos socio-económicos uno y dos de la ciudad. Dentro del grupo, el 53% tiene algún grado de educación secundaria, el 36,2% cursó total o parcialmente la educación básica y el resto realizó estudios superiores. Un 64% de las participantes son amas de casa, 34% se dedican a actividades que les generan algún beneficio económico y un 2% no reportó algún tipo de ocupación. 20 mujeres viven con su pareja e hijos y de ellas, el 55% reportaron que su compañero estaba diagnosticado con el virus. El 12,8% tiene hijos diagnosticados con VIH/Sida.

Características biomédicas y psicosociales

El 57,4% de las participantes se encontraban en tratamiento ARV cuando se realizó el estudio; cerca de la mitad de ellas considera que los medicamentos producen efectos físicos, siendo el más común el mareo (15,4%) y un 26% considera que causan efectos psicológicos, siendo los más frecuentes la tristeza, la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, el deseo de morir y los pensamientos negativos. En la mayoría de los casos (el 92%), los familiares conocen el diagnóstico de VIH/Sida y en la mitad de casos lo conoce la pareja.

Entre las mujeres que reportaron utilizar métodos de planificación, el 36% se realizó ligadura de trompas y el 28% utiliza preservativo, un poco más de la mitad renunció a la posibilidad de embarazarse al conocer su diagnóstico y dentro de este grupo, la mayoría (92%) tomó esta decisión pensando en no contagiar al feto,

una mujer dijo no querer embarazarse por sugerencia de su médico y otra tomó la decisión después de la muerte de su pareja.

En los tres meses previos a la aplicación del instrumento, el 36,2% de las mujeres ha presentado alguno de los siguientes síntomas y/o enfermedades: fiebre, diarrea, escalofrío, gripa, inflamación de garganta, hernias, vómito, sinusitis, neumonía, flujo vaginal, infecciones varias y malaria; siendo la gripa el problema de salud más frecuente (35,7%). De igual manera, el 80% de ellas presentó un evento difícil que las alteró emocionalmente en el mismo período, principalmente problemas familiares, económicos y de pareja.

Variables psicológicas

El puntaje promedio del grupo en la prueba de ansiedad fue de 7,8 (*S* = 4,31) y el 23,4% de las participantes presentaron un problema clínico de ansiedad de acuerdo con la clasificación hecha por los investigadores; el 46,8% obtuvieron puntajes que no reflejan problemas de ansiedad y una parte de ellas se ubicaron en la franja donde no es posible concluir acerca de los niveles de ansiedad presentes. Las puntuaciones obtenidas en esta prueba, presentaron correlación estadísticamente significativa con los puntajes obtenidos en la prueba de depresión, PCS y PCEEV (Tabla 1). Para la prueba de ansiedad, el puntaje promedio obtenido por el grupo fue de 4,0 (Mín = 0, Máx = 18) con tendencia a ubicarse en los niveles bajos de la variable y algunos casos extremos de alta depresión, siendo alta la dispersión de los datos.

Por su parte, el 10,9% de las mujeres presentaba un problema clínico de depresión, el 15,2% se ubicó en la franja en la que no se concluye nada con la prueba y el 74% no presenta indicadores de depresión. Los puntajes de esta prueba presentaron correlación significativa y directa con PCEEV y de manera negativa con PCS (Tabla 1).

El puntaje promedio de Percepción de control sobre la salud, fue de 11,1 (*S* = 2,9) ubicando al grupo en un nivel moderado de la variable. El 55% de la muestra se ubicó en niveles moderados de PCS y el 38% en niveles altos. De acuerdo con la Tabla 1, las puntuaciones obtenidas para esta variable presentaron una correlación negativa con ansiedad y depresión.

Respecto a la Percepción de control sobre eventos estresantes de la vida, el puntaje promedio fue de 9,1 (*S* = 1,60). El 100% de la muestra mostró tener moderada PCEEV. Los puntajes presentaron una correlación positiva con los puntajes de ansiedad y depresión, como se observa en la Tabla 1.

Se observaron mayores puntajes de ansiedad y de depresión en mujeres que no tienen pareja diagnosticada con VIH/Sida, también en aquellas que tienen hijos diagnosticados con el virus, las que han renunciado a la

TABLA 1. VALORES DE LOS COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LOS PUNTAJES DE LAS PRUEBAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN, PCS Y PCEEV

VARIABLES	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	PCS	PCEEV
Ansiedad	r = 1	r = ,623 **	r = -,043 **	r = ,334 *
Depresión	r = 0,623 **	r = 1	r = -,665 **	r = 0,348 *
PCS	r = -,413 **	r = -,665 **	r = 1	r = -,092
PCEEV	r = 0,334 *	r = 0,348 *	r = -,092	r = 1

NOTA

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

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

posibilidad de embarazarse, las que en la actualidad no toman ninguna medicación antirretroviral, aquellas que perciben que la medicación tiene efectos físicos y psicológicos negativos, las que presentaron alguna enfermedad y aquellas que enfrentaron algún evento difícil en los últimos tres meses. Los puntajes de depresión también fueron altos en el grupo de mujeres que no utilizaban métodos anticonceptivos. Las mujeres que menores puntajes de PCS y PCEEV obtuvieron son aquellas que han renunciado a la posibilidad de embarazarse y las que perciben que los medicamentos tienen efectos físicos y psicológicos negativos. Los puntajes de PCS fueron bajos también en aquellas que enfrentaron algún evento difícil en los últimos tres meses, las que no tienen hijos diagnosticados y las que no toman ningún medicamento antirretroviral. Para PCEEV también se observaron puntajes bajos en las mujeres que no tienen pareja diagnosticada con VIH/Sida, las que tienen hijos diagnosticados, las que usan algún método de planificación, quienes toman medicación antirretroviral, aquellas que no presentaron alguna enfermedad en el trimestre previo como también quienes no enfrentaron eventos difíciles el mismo período.

Discusión

La vulnerabilidad social, cultural y económica en la que la mujer colombiana se ve involucrada es una condición que predispone a las mujeres que conviven con el VIH/Sida a una serie de estresores y alteraciones que afectan su bienestar emocional. Como lo afirman Morrison et al. (2002) los diferentes estados de ánimo, los factores psicológicos, las alteraciones mentales y los hábitos de salud que intervienen en la infección por VIH tienen un impacto en el proceso de salud-enfermedad que afecta la calidad de vida. La presencia de problemas clínicos de ansiedad y depresión en portadores del VIH/Sida ha sido ampliamente reportada por la literatura. Algunas investigaciones muestran una fuerte relación entre la progresión de la infección y la ansiedad en mujeres

(Koopman et al., 2000; Ingersoll, 2004; Morrison et al., 2002), así como con depresión (Castillo, García, González & Hincapié, 1995; Horowitz et al., 1980; Hudson et al., 2003), si bien los resultados de otros estudios resultan contradictorios e impiden generalizar (Bing et al., 2000; Carrolles, Remor & Rodríguez, 2003; Carver et al., 1993; Castillo, García, González & Hincapié, 1995; Hudson et al., 2003; Ickovics et al., 2001; Koopman et al., 2000; Menec, Chipperfield & Perry, 1999; Morrison et al., 2002; Remor et al., 2001; Siegel, Raveis & Gorey, 1998; Simoni & Cooperman, 2000; Simoni & Ng Ferkauf, 2002).

En el presente estudio se encontraron bajos niveles de ansiedad y depresión en la mayoría de mujeres de la muestra. Al respecto podría pensarse que la puesta en marcha de estrategias adaptativas de afrontamiento y el contar con el apoyo social brindado por la familia y las instituciones de salud donde son atendidas las pacientes están relacionados con una disminución significativa de estos trastornos, tal como lo plantea Heckman (2003).

Al respecto de la presencia de ansiedad, Sarason (1977) plantea que los estresores tienen el potencial de añadir al pensamiento de la persona elementos de preocupación y autoevaluación negativa. Las mujeres de la muestra que tienen hijos diagnosticados con VIH/Sida y que presentaron altos niveles de ansiedad, expusieron en las entrevistas pensamientos de anticipación negativa frente a los futuros padecimientos físicos y emocionales de los hijos debido a la infección. Asimismo, podría pensarse que la mujer seropositiva con hijos infectados mantiene una sobrecarga emocional, pues además de las cogniciones relacionadas con la amenaza del VIH/Sida para su salud y su vida, mantiene expectativas y temores relacionados con la desesperanza, la impotencia y el miedo de morir y dejar abandonado a su hijo enfermo.

De acuerdo con Horowitz, Wilner, Kaltreid y Álvarez (1980), en el esfuerzo de afrontamiento las manifestaciones emocionales como la ansiedad son prevalentes, lo que se evidenció en la presencia de mayores

niveles de ansiedad en mujeres que enfrentaron algún evento difícil en los últimos tres meses. Castillo et al. (1995) afirman que 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.

La adaptación psicológica a los cambios fisiológicos propios de la evolución del VIH/Sida, presenta múltiples estresores por la percepción de amenaza constante y la sensación de impotencia; un nuevo síntoma, considerado como un nuevo signo del avance y desarrollo de la enfermedad, puede fomentar la aparición de estrés y ansiedad (Morrison et al., 2002). Los resultados de este estudio mostraron que las mujeres que presentaron alguna enfermedad o síntoma en los últimos tres meses puntuaron más alto en ansiedad. También se observaron mayores niveles del trastorno en mujeres que no toman ninguna medicación ARV. Esta fue una correlación importante ya que, como plantea Ingersoll (2004), los desórdenes de ansiedad y la percepción anticipada de efectos físicos o psicológicos son factores de riesgo para la evitación de toma de medicamentos ARV en personas con VIH/Sida.

En cuanto a la depresión, sólo un bajo porcentaje de mujeres presentó indicadores importantes del trastorno. En este caso se encontró que el apoyo social de las mujeres de la muestra fue sobresaliente considerándose un factor de protección. Como plantea Schrimshaw (2003), las relaciones específicas de apoyo por parte de la familia a mujeres con VIH/Sida influyen directamente y predicen 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 (González et al., 2004).

Algunas mujeres infectadas experimentan una dificultad significativa en el proceso de adaptación y convivencia con el VIH/Sida, presentando indicadores de depresión intermitente o crónica. Es importante resaltar que la posibilidad de morir relacionada con el VIH se incrementa en mujeres con síntomas crónicos de depresión (Cohen et al., 2002), siendo los síntomas más severos en mujeres en la fase terminal de su enfermedad (Cook et al., 2004). Varias investigaciones han establecido que altos niveles de depresión disminuyen la función inmune, aceleran la progresión de la enfermedad, incrementan la discapacidad y disminuyen la supervivencia (Herbert & Cohen, 1993; Ickovics et al., 2001; Reichlin, 1993; Rovner et al., 1991; Sambamoorthi et al., 2000; Siegel, Raveis & Gorey, 1998; Simoni y Cooperman, 2000). Además, las mujeres con VIH/Sida que tienen altos niveles de sintomatología depresiva tienen menos probabilidades de utilizar adecuadamente

las terapias ARV y presentan poca adherencia al tratamiento farmacológico (Cook et al., 2002; Gordillo, Del Amo, Soriano y González-Lahoz, 1999; Kleeberger et al., 2001) lo cual está asociado directamente con la mortalidad (Paterson et al., 2000).

Las mujeres del estudio que presentaron mayores niveles de depresión fueron aquellas con hijos diagnosticados con VIH/Sida. Es comprensible la reactividad emocional en mujeres que deben enfrentar no solo las pérdidas asociadas a su salud, sino la exigencia de ocuparse del bienestar y seguridad de un ser querido, situación que requiere de mayores exigencias y habilidades de afrontamiento. La cronicidad de esta situación y el esfuerzo de afrontamiento que demanda, aunados a problemas clínicos de ansiedad, pueden explicar este tipo de alteración afectiva en mujeres que ejercen el rol de cuidadoras de otros portadores en su familia. Cuando las mujeres con diagnóstico de VIH/Sida se enfrentan constantemente con la percepción de no control y de incapacidad para cambiar, mejorar o evitar las situaciones relacionadas con la enfermedad pueden presentar múltiples síntomas de depresión, lo cual a su vez tiene un gran impacto en su salud inmunológica y en el desempeño adaptativo en las diferentes áreas y esferas en las que juegan un rol principal; esto es común en madres que tienen que realizar actividades de crianza y cuidado del hogar. Esta relación merece especial atención y convendría profundizarla en un siguiente estudio.

Por otra parte, los resultados de este estudio respaldan los planteamientos de la percepción de control sobre la salud como un predictor de salud mental en mujeres que conviven con VIH/Sida, además de su efecto en la salud física, el desarrollo de conductas de autocuidado y los niveles de mortalidad (Chipperfield, 1993; Krause, 1988; Langer & Rodin, 1976; Menec & Chipperfield, 1997; Roberts, Dunkle & Haug, 1994; Rodin & Langer, 1977; Schulz, 1976; Zautra, Reich & Newsom, 1995).

Los bajos niveles de percepción de control sobre la salud en las mujeres entrevistadas estuvieron asociados a mayores niveles de ansiedad y depresión, tal como lo plantean Simoni y Ng Ferkauf (2002). A su vez, Castillo et al. (1995) proponen que la reducción de estos trastornos está asociada con elevados niveles de percepción de control sobre situaciones como el desarrollo de la enfermedad, el tratamiento efectivo y la atención en salud. Estos autores encontraron que mujeres con VIH/Sida seguían presentando conductas de depresión que permanecían incluso después de la reestructuración cognitiva debido a la pobre percepción de control, lo cual da cuenta el valor de esta variable en el mantenimiento del trastorno.

La percepción de control en mujeres que conviven con el VIH/Sida se relaciona directamente con el aumento o disminución de su calidad de vida en las diferentes áreas en que se desempeñan (Menec, Chipperfield & Perry, 1999): en el área personal, con la adherencia a los tratamientos ARV, por la generación de conductas de autocuidado y por la sensación de autoeficacia en cuanto al cumplimiento de los regímenes nutricionales y de ejercicio; 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 como cuidadora; en el área física con la progresión lenta de la enfermedad y el mantenimiento del conteo de células CD4, y 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. En esta medida, tiene un carácter preventivo ya que aumenta 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. Cuando se tienen percepciones positivas sobre la salud, se posee un perfil psicológico adaptativo que incluye el uso de estrategias que aumentan el control y que implican un activo compromiso para el afrontamiento directo de situaciones estresantes (Menec et al., 1999; Mossey & Shapiro, 1982).

Finalmente, la variable percepción de control sobre eventos estresantes de la vida, estuvo asociada en este estudio con altos niveles de depresión y ansiedad. Sin embargo, los niveles en que se presentó la variable fueron moderados, lo que confirma los hallazgos de Koopman et al. (2000) que indican que las personas que viven con el VIH/Sida experimentan grandes cantidades de estrés en su vida diaria, estrés que está más relacionado con la percepción de control sobre la salud que con la percepción de los eventos estresantes.

No obstante, una adecuada percepción control de eventos estresantes resulta siendo un factor protector para la calidad de vida de mujeres con VIH/Sida, como lo plantean Bing et al. (2000), además de estar relacionada con la utilización de estrategias adaptativas de afrontamiento, mayores niveles de apoyo social y una mayor satisfacción vital (Heckman, 2003).

Los resultados de este estudio motivan la exploración de variables psicosociales que obstaculizan la sobrevivencia de mujeres que viven con VIH/Sida y que además permitirán una visión más comprensiva de una realidad que pasa desapercibida en el contexto de la salud en nuestros países, siendo la mayoría de estas variables comunes en el contexto latinoamericano.

Referencias

- Arrivillaga, M., Correa, D., Holguín, L. E., & Varela, M. T. (2005). *Grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida* (en prensa). Entrevista de datos sociodemográficos, características biomédicas y psicosociales para mujeres diagnosticadas con VIH/Sida.
- Bing, E., Hays, R., Jacobsen, L., Chen, B., Gange, S. & 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.
- Bruhn, J. (2000). Aspectos sociales y psicológicos de la atención. En R. Muma, B. Lyons, M. Borucki, y R. Pollard (Eds.), *Manual del HIV para profesionales de la salud*. México: Manual Moderno.
- Carrobbles, J., Remor, E. & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D. et al. (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.
- Castillo, G., García, G., González, J. & 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 Diciembre 15, 2005 de: <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm>
- Chipperfield, J. (1993). Perceived Barriers in Coping with Health Problems. *Journal of Aging and Health*, 5, 123-139.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- 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.
- 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.

- Cook, J., Grey, D., Burke, J., Cohen, M. et al. (2004). Depressive symptoms and AIDS-related mortality among multisite cohort of HIV-positive women. *American Journal of Public Health, 9*(7), 1133.
- González, J. S., Penedo, F. J., Antoni, M. H., Durán R. E., Fernández, M. I., McPherson-Baker, S. et al. (2004). Social Support, Positive States of Mind, and HIV Treatment Adherence in Men and Women Living With HIV/AIDS. *Health Psychology, 23*(4), 413–418.
- Gordillo V., Del Amo J., Soriano V., y González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS, 13*, 1763-1769.
- Griffin, K. W. & Rabkin, J. G. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*(2), 407-425.
- Gurung, R., Taylor, S., Kemeny, M. & 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.
- Herbert, T. & Cohen S. (1993). Depression and immunity: a meta-analytical review. *Psychological Bulletin, 113*, 472-486.
- 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. & Alvarez, W. (1980). Signs and Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychology, 37*, 85-92.
- Hudson, L., Lee, K. & 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 Noadherence to HIV Treatment. *AIDS Care, 16*(2), 199-211.
- Kleeberger, C., Phair, J., Strathdee, S., Detels, R., Kingsley, L. & Jacobson, L. (2001). Determinants of heterogeneous 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*, S53-S61.
- Langer, E. & 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.
- Marcovici, K. (2002). *El UNGASS, Género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Menec, V. & Chipperfield, J. (1997). 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, 52B*, 118-126.
- Menec, V., Chipperfield, J. & Perry, R. (1999). Self-Perception of Health: a Perspective Analysis of Mortality, Control and Health. *The Journals of Gerontology 54B*(2), 85-93.
- Ministerio de la Protección Social, MPS (2003). *Situación de la Epidemia por VIH en Colombia*. Recuperado en febrero 17 de 2005 de <http://www.minproteccion-social.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*(5), 789-796.
- Mossey, J. & Shapiro, E. (1982). Self-Rated Health: A Predictor of Mortality among the Elderly. *American Journal of Public Health, 72*, 800-808.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro*. Recuperado junio 15, 2004 de <http://www.who.int/whr/2003/chapter3/es/>
- Paterson D. L., 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.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA. (2004). *Informe sobre la*

- epidemia mundial de SIDA*. Recuperado octubre 5, 2005, de <http://www.onuSida.org.co/planintersectorial-2004-2007/plan.htm>
- Reichlin, S. (1993). Mechanisms of disease: neuroendocrine-immune interactions. *N Engl J Med*, 329, 1246-1253.
- Remor, E. & Carrobes, J. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-4): Estudio psicométrico en una muestra VIH positiva. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Remor, E., Carrobes, J., Arranz, P., Martínez, A. & Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y Sida. *Psicología conductual*, 9(2), 323-336.
- Roberts, B., Dunkle, R. & 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, S35-S43.
- Rodin, J. & Langer, E. (1977). Long-Term Effects of a Control-Relevant Intervention with the Institutionalized Aged. *Journal of Personality, and Social Psychology*, 35, 897-902.
- Rovner, B., German, P., Brant, L., Clark, R., Burton, L. & Folstein, M. (1991). Depression and Mortality in Nursing Homes. *JAMA*, 265, 993-996.
- Sambamoorthi, U., Walkup, J., Olfson, M. & Crystal S. (2000). Antidepressant treatment and health services utilization among HIV-infected medicaid patients diagnosed with depression. *Journal of General Internal Medicine*, 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* (En prensa).
- Siegel K., Raveis V. H. & Gorey E. (1998). Barriers and Pathways to Testing Among HIV-Infected Women. *AIDS Education and Prevention*, 10, 114-127.
- Simoni, J. & Cooperman, N. (2000). Stressors and Strengths among Women Living with HIV/AIDS in New York City. *AIDS Care*, 12, 291-297.
- Simoni, J. & Ng Ferkauf, M. (2002). Abuse, Health Locus of Control, and Perceived Health among HIV-Positive Women. *Health Psychology*, 21(1), 89-93.
- Weis, E. & Rao, G. (1998). *Bridging the gap: addressing gender and sexuality in HIV prevention*. Washington D. C.: International Center for Research on Women.
- Zautra, A., Reich, J. & 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* (pp. 153-170). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica*, 67, 361-370.

