

Discriminación en el trabajo y el vecindario hacia las mujeres que viven con VIH y su relación con la depresión y la ira

José Moral de la Rubia* y María Petra Segovia Chávez*

Recepción: 23 de mayo de 2014

Aceptación: 16 de diciembre de 2014

*Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Correos electrónicos: jose_moral@hotmail.com;

mariasegoviach@gmail.com

Se agradecen los comentarios de los árbitros de la revista.

Resumen. Se describe el nivel de discriminación percibida en el trabajo y el vecindario, y se estudia la relación que tiene con la depresión y la ira. La escala de Discriminación Temida y Percibida, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Rasgo-Estado-Expresión de Ira se aplicaron a una muestra no probabilística de 200 mujeres con VIH. Se percibe discriminación en el trabajo y el vecindario con mayor frecuencia que en la familia. La discriminación se relacionó más con depresión, no teniendo la ira un papel mediador la ira. Se concluye que prevenir la discriminación podría ser un factor protector de depresión en mujeres que viven con VIH.

Palabras clave: discriminación, depresión, ira, mujeres, sida.

Discrimination in the Workplace and Neighborhood toward Women Living With HIV and Its Relation to Depression and Anger

Abstract. The aims of this paper were to describe the level of discrimination perceived in the workplace and neighborhood, and to study its relation to depression and anger. The scale of Feared and Perceived Discrimination, the Beck Depression Inventory and State-Trait-Anger Expression Inventory were applied to a non-probability sample of 200 women with HIV. The participants reported perceived discrimination in the workplace and neighborhood more often than in the family. Discrimination was associated more with depression, playing no mediating role in anger. It is concluded that preventing discrimination could be a protective factor of depression among women living with HIV.

Key words: Discrimination, depression, anger, women, HIV.

Introducción

La infección de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es una enfermedad crónica que termina en una etapa muy avanzada de inmunodeficiencia, siendo el organismo atacado por enfermedades oportunistas, como neumonía por *pneumocystis carinii* o sarcoma de Kaposi, y ante las cuales finalmente sucumbe (Nakagawa *et al.*, 2012). Al momento de recibir el diagnóstico de seropositividad al VIH, la persona se enfrenta a un pronóstico de una enfermedad

crónica, así como a un tratamiento de por vida, costoso y con efectos secundarios. A esto se le suma el estigma social que el diagnóstico conlleva dentro de la representación social, con conductas moralmente condenadas, como tener parejas concurrentes o múltiples, hombres que tienen sexo con hombres y consumo de drogas por vía intravenosa (Flores y Leyva, 2003). La asignación a uno de estos grupos conlleva un señalamiento moral que suele implicar desprestigio, rechazo, aislamiento y discriminación (Nettleton, 2006; Varas *et al.*, 2005).

La discriminación es “un trato diferencial que niega, restringe o quita los beneficios, apoyos u oportunidades a los que una persona tiene derecho, basándose en distinciones arbitrarias, injustas o injustificables (razón de discriminación) desde los marcos de valores y principios compartidos por las personas que interactúan” (Moral y Segovia, 2011: 38). Una primera reacción esperable ante este trato diferencial sería la irritación (Hartshorn *et al.*, 2012). La persona se molesta, enoja e incluso lo manifiesta abiertamente y puede despertar empatía o miedo en quienes discriminan, y así el trato injusto atenuarse o desaparecer, por lo cual se sentirá más integrada y respetada por su entorno (Ben *et al.*, 2014). La discriminación puede ser ignorada por su entorno y el trato diferencial persistir o ser más intenso. En ese caso caben tres reacciones en la persona afectada: a) indefensión y síntomas depresivos que constituyen un patrón natural para despertar empatía y apoyo (Gadassi *et al.*, 2011; Seaton *et al.*, 2014); b) mayor ira con una posible escalada de violencia entre la persona y su entorno, esto es, secuencias de movimientos de ataque y defensa (Hartshorn *et al.*, 2012; Jamieson *et al.*, 2013) o una acomodación con resentimiento soterrado (Ben *et al.*, 2014; Seaton *et al.*, 2014), que con frecuencia se refleja en síntomas somáticos, como hipertensión (Magán *et al.*, 2013) u otros síntomas (Moral *et al.*, 2010).

La legislación laboral de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) impide despedir a una persona por ser portadora de VIH, garantizan la confidencialidad de esta información y la necesidad de consentimiento informado para cualquier prueba de detección de anticuerpos o carga viral del VIH (Parker *et al.*, 2002). Hoy en día la esperanza de vida, ante un diagnóstico temprano y una adherencia ininterrumpida al tratamiento retroviral y de las enfermedades oportunistas bajo el seguimiento de un médico especialista, es de más de 40 años, contándose con calidad de vida y funcionalidad laboral (Nakagawa *et al.*, 2012); de ahí la insistencia de las autoridades sanitarias de proteger a estos trabajadores de despidos y discriminación (Dray-Spira *et al.*, 2005b). Además debe señalarse que la integración laboral tiene un efecto benéfico sobre el estado de salud de las personas seropositivas; por el contrario, el desempleo, ocupaciones temporales y falta de relaciones de compañerismo y amistad estables aumentan el riesgo de hospitalización y muerte (Lem *et al.*, 2005).

La familia suele ser un entorno más acogedor y menos discriminatorio que el laboral y vecinal; es una fuente fundamental de apoyo. En los ámbitos del trabajo y

vecindario se dan más los rumores malintencionados, señalamientos morales, estigmatización y discriminación que en la familia, ya sea por prejuicios, ventajas competitivas, envidia, celos, resentimientos o venganzas (Babakian, 2009; Maile, 2003).

Como se señaló, al transmitirse el rumor de que una persona es seropositiva, sufre estigma y discriminación, y tiene como consecuencia aislamiento, ira, depresión y más hospitalizaciones. Este rechazo social afecta de manera negativa en ambos sexos, pero en las mujeres tienen mayor impacto por su mayor dependencia de campo y vulnerabilidad interpersonal (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005a). Por el contrario, la aceptación del entorno, al hacerse público el estatus serológico de la persona, tiene un efecto positivo (Dray-Spira *et al.*, 2005).

Debe considerarse que en amas de casa haber sido contagiadas por sus cónyuges les carga una condena moral, y el permanecer junto a su familia les otorga una evaluación social positiva y aceptación, al ajustarse a los roles de madre y esposa dentro de los valores morales católicos de sacrificio, que son dominantes en la cultura latina (Paternostro, 2001). Esto toma especial relevancia por ser México el país en el que se realiza esta investigación.

En México, Infante *et al.* (2006) informaron que 26% de los prestadores de salud no compartirían comida con una persona con VIH y 16% prohibirían su ingreso a servicios públicos. Hallaron que marcas especiales de identificación en los expedientes, pruebas diagnósticas obligatorias y demoras en los procedimientos quirúrgicos eran prácticas clínicas usuales, especialmente si los pacientes eran clasificados como personas que ejercen el sexo comercial u hombres que tienen sexo con hombres. En 2011 Moral y Segovia reportaron que 73% de las mujeres con VIH temían ser discriminadas en diversas situaciones sociales y entre 53 y 67% (según la pregunta) indicaban ser discriminadas; es significativamente mayor la discriminación temida que la percibida como un hecho. El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred, 2011) reportó que 49.2% de los mexicanos encuestados en 2010 sí aceptarían que en su casa viviera una persona con VIH/sida, 35.9%, 11.2% con condiciones, 3.4% no supieron qué contestar y 0.3% no contestaron; así la discriminación más abierta desde este indicador estaría presente en 36% de los mexicanos y más sutil en 11-15% adicional; se sumarían 49 por ciento.

En relación con estos tres estudios mexicanos debe señalarse que el último abordó la discriminación por causa de estar infectado de VIH como un objetivo accesorio; que los

dos primeros, centrados en dicho objetivo, fueron cualitativos y se realizaron en muestras de tamaño pequeño, uno con 14 prestadores de salud y otro con 30 mujeres con VIH, y que no hay ninguno específico al ámbito laboral y vecinal publicado en revistas indexadas.

Considerando estos antecedentes, se tiene como objetivo describir el nivel de discriminación que las mujeres nuevoleonenses con VIH perciben en el trabajo y vecindario, comparándolo con los niveles en otros ámbitos; asimismo, estudiar la relación de la discriminación percibida en el trabajo y vecindario con depresión e ira.

Se espera que la percepción de discriminación en el trabajo y vecindario sea mayor que la percibida en la familia (Babakian, 2009; Maile, 2003). Se conjetura que la discriminación percibida induzca a la ira (mayor expresión o menor control) y que el no expresar esas emociones conlleve a la depresión; no obstante, en algunos casos, puede inducir directamente depresión por la historia de aprendizaje (Beck, 2006; Busch, 2009; Hansen y Sassenberg, 2011).

1. Método

1. 1. Participantes

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mayor de edad, saber leer y escribir, prestar el consentimiento informado y haber recibido diagnóstico de VIH positivo. Como criterio de exclusión se estipuló: la presencia de sintomatología que impidiese la comprensión y concentración en el cuestionario.

El procedimiento de muestreo fue no probabilístico, integrándose una muestra de participantes voluntarias con una fracción de muestreo representativa de la población (35%). El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (Censida, 2011), en 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, siendo el valor esperado de 61% (Moral y Segovia, 2011). Para alcanzar un 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 ubicados en Monterrey. Dentro de un consultorio, fueron entrevistadas por una psicóloga mientras esperaban sus

citas programadas. Tras las preguntas sobre información sociodemográfica y clínica, se entregaron las tres escalas de autorreporte para que fueran respondidas.

La media de edad de las pacientes 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. Al ser preguntadas sobre su ocupación, 132 mujeres (66%) respondieron ser amas de casa, 39 (19.5%) empleadas no profesionistas, 26 (13%) sexo-servidoras y 3 (1.5%) profesionistas. 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 (madrehija). La media de años transcurridos desde el diagnóstico fue 3.79 (DE = 3.17), variando de 1 mes a 18 años.

1. 2. Instrumentos

Escala de Discriminación Temida y Percibida en Mujeres con VIH (DTP-40-MV) de Moral y Segovia (2013). Está integrada por 40 ítems tipo Likert con un rango de respuesta de 1 "nada" a 5 "totalmente". A la hora de responder a la escala DTP-40-MV se solicita a la persona indicar qué tanto describen sus expectativas por su condición de vivir con VIH. Todos los ítems son directos. La puntuación total de discriminación se obtiene por la suma simple de los ítems que derivan de un estudio cualitativo que tenía como objetivo explorar la fenomenología de la discriminación en mujeres que viven con VIH, el cual fue realizado por Moral y Segovia (2011) en una muestra de 30 mujeres mexicanas seropositivas al VIH. Inicialmente se redactaron 48 ítems. Moral y Segovia (2013) seleccionaron 40 de 48 ítems por sus propiedades de consistencia interna y configuración factorial; emplearon una muestra de 200 mujeres mexicanas seropositivas al VIH. La consistencia interna de los 40 ítems seleccionados fue alta ($\alpha = 0.92$). Por análisis de componentes principales y rotación Promax, se definió una estructura de seis factores correlacionados que explicaron 72.67% de la varianza total: discriminación temida en diversas situaciones sociales con once indicadores ($\alpha = 0.94$), discriminación percibida en el trabajo y vecindario con ocho indicadores ($\alpha = 0.93$), discriminación percibida en la familia con ocho indicadores ($\alpha = 0.88$), discriminación

percibida en la atención clínica con cinco indicadores ($\alpha = 0.91$), discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico con dos indicadores ($\alpha = 0.91$) y momentos percibidos de discriminación con seis indicadores ($\alpha = 0.85$). El ajuste del modelo de seis factores correlacionados por mínimos cuadrados ordinales fue bueno: $\chi^2/\text{gl} = 1.75$, $\text{GFI} = 0.94$, $\text{AGFI} = 0.93$, $\text{NFI} = 0.92$, $\text{RFI} = 0.91$ y $\text{RMSSR} = 0.01$. Se optó por ese método por la excesiva desviación de la normalidad multivariada, la cual hacía que los métodos de máxima verosimilitud y mínimos cuadrados generalizados fuesen inadecuados (Moral y Segovia, 2013). Debe mencionarse que la selección de ítems se hizo y las propiedades psicométricas de la escala DTP-40-MV se estimaron en la misma muestra que la del presente estudio.

Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-2) con la adaptación al español de Sanz *et al.* (2003). Consta de 21 preguntas con cuatro 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 ($\alpha = 0.87$). 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 ($\alpha = 0.94$), de 0.93 el factor de síntomas cognitivo-afectivos y de 0.83 el de síntomas somático-motivacionales. El ajuste del modelo de dos factores correlacionados por mínimos cuadrados generalizados fue adecuado: $\chi^2/\text{gl} = 2.14$, $\text{FD} = 2.02$, $\text{PNCP} = 1.08$, $\text{GFI} = 0.81$, $\text{AGFI} = 0.76$ y $\text{RMSEA} = 0.08$.

Escala de expresión de la Ira del Inventario de Rasgo-Estado-Expresión de Ira revisado (STAXI-2-AX/EX), con la adaptación mexicana de Moral *et al.* (2010). Está configurada por 21 ítems tipo Likert con un rango de 1 “en absoluto” a 4 “muchísimo”. Consta de cuatro factores, tres de seis ítems cada uno (control externo, control interno, exteriorización) y uno con tres 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 nueve 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 ($\alpha = 0.89$). 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 ($\alpha = 0.89$). Control interno permaneció con sus seis ítems ($\alpha = 0.88$), al igual

que control externo ($\alpha = 0.79$). Precisamente el número de factores fue tres por el criterio de Kaiser. Este modelo de tres factores correlacionados presentó un ajuste adecuado por mínimos cuadrados generalizados: $\chi^2/\text{gl} = 2.04$, $\text{FD} = 1.54$, $\text{PNCP} = 0.79$, $\text{GFI} = 0.84$, $\text{AGFI} = 0.80$ y $\text{RMSEA} = 0.07$. Así, en los análisis de este estudio se contemplaron tres factores.

1. 3. Procedimiento

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional con un diseño *ex post facto* transversal. A las pacientes se les informó en qué consistía el estudio, cuáles eran sus objetivos y se garantizó la confidencialidad de la información. Cuando aceptaron participar se les pidió que firmaran la carta de consentimiento con dos testigos. De este modo el estudio atendió a la Norma Oficial Mexicana 039-SSA2-2002 (Secretaría de Salud, 2003). El muestreo se realizó en 2011.

2. Análisis de datos

Los seis factores de discriminación temida y percibida de la escala DTP-40-MV, la puntuación total (expresión de ira) y los tres factores (manifestación, control interno y control externo) de la escala AX/EX del Inventario STAXI-2, así como la puntuación total y los dos factores (síntomas cognitivo-afectivos y somático-motivacionales) del inventario BDI-2 constituyen las 13 variables analizadas del presente estudio. Todas ellas fueron consideradas variables numéricas de intervalo.

En relación con el primer objetivo, por una parte, se calculó la media del factor de discriminación percibida en el trabajo y vecindario de la escala DTP-40-MV y, por otra parte, se comparó la media de discriminación percibida en el trabajo y vecindario con las medias de los otros cinco factores de discriminación por la prueba *t* de Student para dos muestras emparejadas. Para hacer estas comparaciones de medias se tuvo que homogeneizar el rango de los factores, de donde se dividieron las puntuaciones de cada factor por su correspondiente número de ítems, que resultó en un rango continuo de 1 a 5.

Por lo que se refiere al segundo objetivo, en primer lugar, se calcularon las correlaciones de discriminación percibida en el trabajo y vecindario con depresión e ira por el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (*r*) y las correlaciones entre discriminación y depresión parcializando la ira por el coeficiente de correlación parcial de Fisher (*rp*). La magnitud de la asociación se consideró baja con valores de *r* y *rp* < 0.30,

mediana con valores de 0.30 a 0.49 y alta con valores ≥ 0.50 . En segundo lugar, se estimaron y contrastaron dos modelos de análisis de senderos. Se especificó un primer modelo secuencial en el cual la discriminación percibida en el trabajo y vecindario predijo el control interno de la ira, y este último a su vez, los síntomas cognitivo-afectivos de depresión. Este primer modelo secuencial se contrastó con un segundo modelo de relación directa de la discriminación percibida en el trabajo y vecindario con síntomas cognitivo-afectivos de depresión y control interno de la ira. Se empleó el método de máxima verosimilitud para calcular la función de discrepancia, al cumplirse el supuesto de normalidad multivariada (coeficiente de curtosis multivariado de Mardia = -0.82 , Razón crítica = $-1.05 > -2$ entre las tres variables manifestadas de ambos modelos). Se contemplaron seis índices de ajuste: estadístico chi-cuadrado (X^2), 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 $X^2 \geq 0.05$, GFI y CFI ≥ 0.95 , AGFI y NFI ≥ 0.90 y RMSEA ≤ 0.05 o $p \geq 0.05$ para la hipótesis nula de RMSEA ≤ 0.05 , y como valores adecuados: p de $X^2 \geq 0.01$, GFI y CFI $\geq .85$, AGFI y NFI ≥ 0.80 y RMSEA ≤ 0.08 (Byrne, 2009). El ajuste diferencial entre los modelos se contrastó por la prueba de la diferencia de los estadísticos chi-cuadrado.

Los valores ausentes se sustituyeron por la media. Los cálculos se realizaron con los programas SPSS16 y AMOS16.

3. Resultados

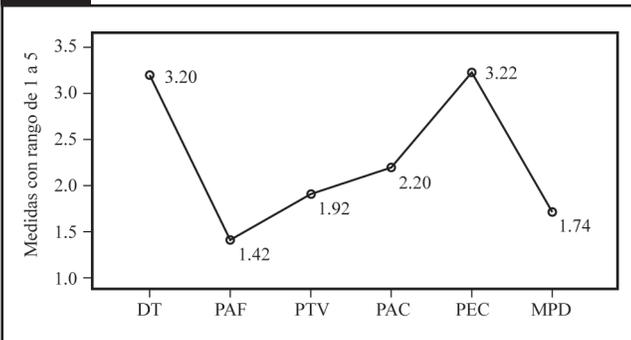
3.1. Niveles de discriminación en el trabajo y vecindario

La media de percepción de discriminación en el trabajo y vecindario, con un rango potencial de 8 a 40, fue 15.33 (Intervalo de confianza del 95 [IC 95%]: 14.07, 16.58). Al dividir la media del factor (15.33) por su número de ítems (ocho) y redondear al valor entero ($15.33/8 = 1.92 \approx 2$), se obtuvo un número discreto, el cual pudo interpretarse al hacer su correspondencia con las categorías ordinales de respuesta de los ítems: 1 = “nada”, 2 = “poco”, 3 = “bastante”, 4 = “mucho” y 5 = “totalmente”. De este modo, se tiene que la media de percepción de discriminación en el trabajo y vecindario correspondió a “poco”, esto es, la participante promedio dijo ser poco discriminada en el trabajo y vecindario.

Entre los seis factores de DTP-40-MV, el valor redondeado máximo fue de 3 (“bastante”) para el factor de discriminación temida en diversas situaciones (3.20) y el mínimo fue 1 (“nada”) para el factor de discriminación percibida en la familia (1.42) gráfica 1.

La media de la discriminación percibida en el trabajo y el vecindario (PTV) fue significativamente menor que la media de discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico por personal administrativo y auxiliar (PEC), la media de discriminación temida en diversas situaciones sociales (DT) y la media de discriminación percibida ante la atención clínica por un facultativo (PAC); por el contrario, fue significativamente mayor que la media de discriminación percibida en la familiar (PAF) y la media de discriminación percibida en distintos momentos (cuadro 1).

Gráfica 1. Diagrama de medias de los 6 factores de la escala DTP-40-MV.



Nota: DT = discriminación temida, PAF = discriminación percibida en la familia, PTV = discriminación percibida en el trabajo y vecindario, PAC = discriminación percibida en la atención clínica, PEC = discriminación percibida ante consulta del expediente clínico y MPD = momentos percibidos de discriminación. Fuente: elaboración propia.

Cuadro 1. Comparaciones de medias por la prueba t de Student para dos muestras emparejadas.

Comparaciones entre factores de discriminación	Diferencia de las puntuaciones					Prueba de contraste		
	M	DE	EE	95% IC		t	gl	p
				LI	LS			
PTV - DT	-1.285	1.579	0.112	-1.505	-1.065	-11.508	199	< 0.001
PTV - PAF	0.495	0.965	0.068	0.360	0.630	7.256	199	< 0.001
PTV - PAC	-0.286	1.755	0.124	-0.531	-0.042	-2.308	199	0.022
PTV - PEC	-1.307	1.585	0.112	-1.528	-1.086	-11.660	199	< 0.001
PTV - MPD	0.173	0.860	0.061	0.053	0.293	2.847	199	0.005

Nota: PTV = discriminación percibida en el trabajo y vecindario, DT = discriminación temida, PAF = discriminación percibida en la familia, PAC = discriminación percibida en la atención clínica, PEC = discriminación percibida ante consulta del expediente clínico y MPD = momentos percibidos de discriminación, M = media, DE = desviación estándar, EE = error estándar de la media, LI = límite inferior y LS = límite superior del intervalo de confianza (IC) de la media (IC) de la diferencias de las puntuaciones en los factores.

3. 2. Correlaciones de discriminación con ira y depresión

Para estudiar la relación de la discriminación con ira y depresión, en primer lugar, se calcularon correlaciones lineales por el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (*r*) y, en segundo lugar, se calcularon las correlaciones entre discriminación y depresión parcializando la ira por el coeficiente de correlación parcial de Fisher (*rp*) para observar el posible papel mediador de la ira en la relación lineal entre la discriminación percibida en el trabajo y vecindario y la depresión.

La discriminación percibida en el trabajo y vecindario correlacionó significativamente con la puntuación total y el factor de síntomas cognitivo-afectivos de depresión, así como con el factor de control interno de la ira. Estas correlaciones reflejaron una magnitud de la asociación baja, mayor con depresión que con ira (cuadro 2).

La parcialización de la puntuación total o cada uno de los tres factores de ira en las tres correlaciones de la discriminación percibida en el trabajo y vecindario con la puntuación total y los dos factores de depresión tuvo un efecto mínimo: el efecto del control externo fue el más notorio. Este efecto mayor del control externo se debió a su mayor correlación con la puntuación total y los dos factores de depresión (cuadro 2).

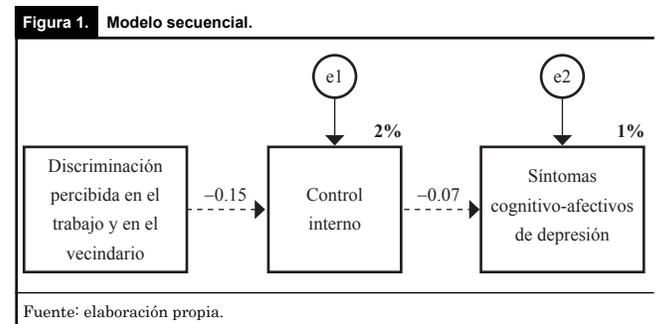
4. Análisis de senderos

Para estudiar la relación entre discriminación percibida en el trabajo y vecindario, ira y depresión y contrastar el papel mediador de la ira en la relación entre discriminación y depresión se plantearon dos modelos de análisis de senderos con tres variables manifiestas. Con el fin de representar a la depresión, en ambos modelos se escogió el factor de síntomas cognitivo-afectivos por su mayor correlación con discriminación y por estar menos contaminado de los síntomas físicos que podían ser efecto de la enfermedad o medicamentos que la paciente tomaba. Respecto a la ira, en ambos modelos se escogió el control interno por ser la única variable de ira relacionada con discriminación percibida en el trabajo y vecindario. Primero se planteó un modelo secuencial en el que la ira media la relación entre la percepción de discriminación en el trabajo y vecindario y la depresión; después se formuló otro modelo, pero de relación directa con los dos estados de afecto negativo.

El modelo secuencial en el que la discriminación percibida en el trabajo y vecindario primero genera ira (falta de control interno) y posteriormente depresión (síntomas cognitivo-afectivos) mostró buen ajuste a los datos por el índice GFI (0.96), pero mal ajuste por los cinco restantes índices contemplados ($X^2 [1, N = 200] = 11.52, p < 0.01, AGFI = 0.78, CFI = 0.26, NFI = 0.33$ y $RMSEA = 0.23$). La vía de predicción de los síntomas cognitivo-afectivos por control interno de la ira no fue significativa ($p = 0.31$) y los porcentajes de varianza explicada fueron bajos, 2% en control interno de ira y 1% en síntomas cognitivo-afectivos de depresión (figura 1).

El modelo en el que la discriminación percibida en el trabajo y vecindario determina depresión y control interno de la ira tuvo buen ajuste a los datos desde los seis índices contemplados ($X^2 [1, N = 200] = 0.26, p = 0.61, GFI = 1, AGFI = 0.99, CFI = 1, NFI = 0.98$ y $RMSEA < 0.01$), las dos vías de predicción fueron significativas ($p < 0.05$), aunque los porcentajes de varianza explicada siguieron siendo bajos, 2% en control interno de ira y 6% en síntomas cognitivo-afectivos de depresión (figura 2).

La bondad de ajuste del segundo modelo fue significativamente mayor que la del primero por la prueba de la diferencia de los estadísticos chi-cuadrado ($\Delta X^2 [1, N = 200] = 11.26, p < 0.01$).



Cuadro 2. Correlaciones entre discriminación, depresión e ira.

		Depresión			Ira (STAXI-2-AX/EX)			
		BDI	SCA	SSM	EI	MI	CI	CE
PTV	<i>r</i>	0.19**	0.25**	0.04 ns	0.05 ns	-0.09 ns	-0.15*	-0.10 ns
	<i>rp</i> (EI)	0.20**	0.26**	0.04 ns				
	<i>rp</i> (MI)	0.18*	0.23**	0.03 ns				
	<i>rp</i> (CE)	0.22**	0.27**	0.05 ns				
	<i>rp</i> (CI)	0.19**	0.24**	0.05 ns				
EI	<i>r</i>	-0.17*	-0.16*	-0.15*				
MI	<i>r</i>	-0.20**	-0.22**	-0.11 ns				
CI	<i>r</i>	-0.02 ns	-0.07 ns	0.08 ns				
CE	<i>r</i>	0.20**	0.19**	0.17*				

Nota: *r* = coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, *rp* = coeficiente de correlación parcial de Fisher, parcializando el efecto de expresión de la ira. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ y ns = no significativa ($p > 0.05$). PTV = factor de discriminación percibida en el trabajo y vecindario del DTP-40-MV. BDI = puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck. SCA = factor de síntomas cognitivo-afectivos del BDI y SSM = factor de síntomas somático-motivacionales del BDI. STAXI-2-AX/EX: EI = expresión de ira o puntuación total, MI = manifestación de ira, CI = control interno y CE = control externo.

5. Discusión

Cabría preguntarse por qué se juntaron en un sólo factor los ámbitos del trabajo y vecindario en lugar de separarse y compararse. Debe señalarse que la escala empleada para evaluar la discriminación se desarrolló de manera exclusiva para mujeres que viven con VIH. En el estudio cualitativo para generar los ítems (Moral y Segovia, 2011) y en el cuantitativo para seleccionarlos (Moral y Segovia, 2013), la mayoría de las participantes eran amas de casa y entre las que trabajaban había un grupo importante que lo hacían en su propia vecindad, incluso las que se dedicaban al sexo comercial. Así, en el análisis factorial, los ámbitos de discriminación en el vecindario y en el trabajo aparecieron consistentemente unidos en el mismo factor en las distintas soluciones, ya sea variando el número de factores o los métodos de extracción y rotación. Incluso, en el análisis factorial confirmatorio, la correlación entre ambos factores, al definirlos como separados, fue muy alta ($r = 0.92$), lo que refleja que son uno. Más allá de los criterios estadísticos, se hace comprensible que la esfera social de lo público, externo a la familia, sea el vecindario y lo laboral como una unidad en las amas de casa y mujeres que trabajan de este estudio. La presencia de actividades, como ventas por catálogo, reuniones de padres de familia, actividades extraescolares de los hijos y organización de eventos de barrio, hace que compañeras y vecinas converjan en un mismo espacio y sean percibidas de forma semejante.

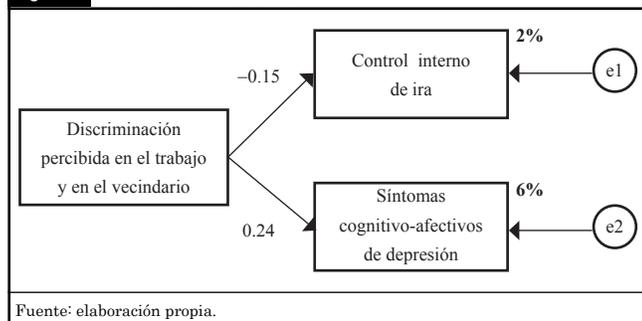
La media de discriminación percibida en el trabajo y vecindario fue baja. Esto puede atribuirse a una sociedad urbana, abierta y sensible hacia esta población clínica por las constantes campañas del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (Censida) y del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), las cuales se esfuerzan en transmitir una imagen de la enfermedad como prevenible con el uso del preservativo, donde no es peligroso convivir con las personas infectadas (Córdova *et al.*, 2009).

Además, en la mayoría de los casos, el contagio se produjo a través del cónyuge o pareja con la que se convivía, que es una información que usualmente se hace pública en el momento que se revela el estatus de la enfermedad, lo que descarga a estas mujeres de responsabilidad moral (Paternostro, 2001). No obstante, debe señalarse que la estrategia de la mayoría de estas mujeres es no hablar con nadie de su enfermedad (Moskowitz y Roloff, 2008); de ahí que, ante la consulta del expediente clínico, que suele llevar signos distintivos evidentes, es cuando se perciben más vulnerables a la discriminación.

Conforme a las expectativas, la percepción de discriminación en el trabajo y vecindario fue mayor que la percibida en la familia (Babakian, 2009; Maile, 2003) y menor que la discriminación temida en diversas situaciones sociales (Moral y Segovia, 2011). En la sociedad latina la familia juega un papel de soporte muy importante, especialmente las madres, incluso ante embarazos adolescentes, delitos o enfermedades (Ardila, 2009; Riquelme *et al.*, 2012), la infección por VIH no es la excepción como reflejan estos datos, al igual que otro estudio realizado en México (Castro *et al.*, 1998). Por otra parte, hay una expectativa de discriminación (DT) que no se cumple en la percepción, sobre todo en el ámbito clínico, donde un expediente con marcas y la distancia del personal auxiliar y administrativo despierta temor (PEC), pero la atención recibida por los profesionales de la salud calma este miedo (PAC), como reflejan las medias de la gráfica 1.

Se esperaba que la discriminación provocase una reacción de ira y en caso de que el trato diferencial, despectivo e injusto persistiera desencadenaría depresión; la ira jugaría un papel mediador entre la discriminación y la depresión (Borders y Liang, 2011; Hansen y Sassenberg, 2011). Se rechaza esta hipótesis. Los datos muestran con claridad que la discriminación percibida en el trabajo y vecindario se relaciona sobre todo con depresión y que la ira no juega un papel mediador ya sea desde los análisis de correlación parcial o de senderos. Al formular las hipótesis, también se señalaba que hay casos en los que la discriminación desencadena de manera directa una reacción depresiva por la historia personal de aprendizaje (Beck, 2006; Bush, 2009), en la cual existe la probabilidad de que hubo reiteradas situaciones de indefensión, en especial en personas con temperamentos sensibles al castigo o hiperrectivas. Esta hipótesis sí es concordante con el dato de que la discriminación correlaciona de forma significativa con depresión e ira, sin que la parcialización de la ira tenga efecto entre discriminación y depresión.

Figura 2. Modelo de relación directa.



El tiempo transcurrido desde el diagnóstico en la presente muestra es de unos cuatro años en promedio. Esto podría explicar que los porcentajes de varianza explicada del afecto negativo por la discriminación sean bajos, sobre todo los de la reacción de ira. Aunque el tiempo transcurrido desde el diagnóstico es independiente de la discriminación percibida en el trabajo y vecindario ($r = -0.09, p = 0.19$), la correlación del tiempo es significativa y directa con control interno de la ira ($r = 0.23, p < 0.01$) y significativa e inversa con síntomas cognitivo-afectivos de depresión ($r = -0.18, p < 0.01$). Estas mujeres con el tiempo dejan de sentir ira y tristeza o se atenúan estos sentimientos. Así, la menor variabilidad de la ira y depresión por el tiempo transcurrido, aunado al sesgo de la distribución de la discriminación percibida en el trabajo y vecindario hacia valores bajos, hacen que los porcentajes de varianza explicada sean pequeños. Con mayor variabilidad probablemente serían mayores y reflejarían mejor la relación directa de la discriminación como predictor de depresión e ira.

En la composición de esta muestra prevalecen las amas de casa y hay un grupo importante de sexoservidoras que ejercen en la proximidad de su vivienda, lo que es representativo de la población atendida en Capacits, que concentra todos los casos del estado. Debe señalarse que las medias de percepción de discriminación en el trabajo y vecindario son diferenciales por la ocupación ($F[3, 196] = 3.08, p < 0.05$). Las mujeres que perciben más discriminación son aquellas que se dedican al sexo comercial (Media [M] = 17.12, IC 95%: 12.82, 21.41), seguidas de las amas de casa ($M = 16.11$, IC 95%: 14.52, 17.70). Ambos grupos suman 86% de las mujeres encuestadas. Las que perciben menos discriminación son las profesionistas ($M = 9$, IC 95%: 4.70, 13.30), seguidas de las empleadas no profesionistas ($M = 11.97$, IC 95%: 10.09, 13.86). Estos datos parecen reflejar esencialmente, situaciones persistentes de discriminación que viven las sexoservidoras y la sensibilidad a la discriminación de algunas amas de casa. En cambio, las mujeres que trabajan fuera de ella, pero no en el sexo comercial, cuando revelan el origen de la infección (el cónyuge o pareja) después de que se hace pública su condición clínica, se les minimiza la estigmatización moral y aminora la discriminación. En cuanto a las amas de casa, estas mujeres trabajadoras parecen ser más seguras y menos sensibles a la discriminación (Newman *et al.*, 2009; Ndobó, 2013).

El modelo con mejor ajuste a los datos es la relación directa de la discriminación como predictor de la depresión e ira, que explica más varianza de depresión que de ira. El estigma social tiene una connotación sexual que

conlleva vergüenza y está presente en la mujer con VIH por el miedo a contagiar (Chong y Kvasny, 2007); parece que ante los vecinos y compañeros siente más tristeza que ira ante una mirada crítica o de desaprobación y un trato diferencial. También podría ser que lo femenino (rasgos de sensibilidad, interdependencia y expresividad) inclina más la reacción hacia lo depresivo que hacia la ira (Newman *et al.*, 2009).

Como limitación del estudio debe señalarse que se empleó una muestra no probabilística integrada por mujeres mexicanas. Debido a esto, la extrapolación de los resultados a poblaciones femeninas semejantes debe realizarse a modo de hipótesis, requiriéndose contrastar la invarianza del modelo no secuencial entre ambos sexos. Los datos del estudio son de autorreporte, por lo que las conclusiones podrían diferir de las derivadas de datos observacionales, entrevistas o proyectivos.

Conclusiones

El nivel de discriminación percibida en el trabajo y vecindario es bajo, menor que el temido, pero mayor que el percibido dentro de la familia, lo que puede reflejar un menor temor social hacia la enfermedad por las campañas de organismos públicos, como Censida y Conapred. Entre estas mujeres, que tienen en promedio cuatro años con la enfermedad, la discriminación percibida en el trabajo y vecindario se relaciona sobre todo con los síntomas cognitivo-afectivos de depresión y en esta relación no media la ira. Aunque el tiempo transcurrido desde el diagnóstico es independiente de la discriminación, sí atenúa la ira y la depresión. La menor variabilidad de ambos afectos negativos, junto con la marcada asimetría de la discriminación, provocan que los porcentajes de varianza explicada sean bajos, aun cuando el modelo de relación directa tiene buen ajuste a los datos. Este modelo parece reflejar que las mujeres encuestadas experimentan más tristeza que ira ante la mirada de desaprobación y el trato diferencial de los vecinos y compañeros, probablemente por aspectos internalizados de vergüenza y ser un agente infeccioso potencial o quizá por mayor vulnerabilidad femenina hacia la depresión.

Sugerencias y prospectiva

En futuras investigaciones se sugiere estudiar el papel de la expresividad-instrumentalidad en la relación entre la discriminación, ira y depresión en mujeres que viven con VIH. La expectativa es que mayor feminidad potenciará la respuesta

depresiva frente a la discriminación, especialmente en la configuración de rasgos de alta feminidad y baja masculinidad (Gonzalez *et al.*, 2012; Newman *et al.*, 2009). Se recomienda replicar el estudio con un mayor control en su diseño sobre la variable de tiempo transcurrido desde el diagnóstico. A tal fin se puede estratificar la muestra en tres grupos, que considera los intervalos definidos en los criterios para trastornos adaptativos por la American Psychiatric Association (2013): *a*) menos de seis meses, *b*) de seis meses a dos años y *c*) más de dos años. Además, se propone emplear un grupo de hombres que empareje en tamaño al grupo de mujeres, por ejemplo 200 hombres y 200 mujeres. El hecho de incluir a ambos permitirá contrastar la equivalencia de medias y correlaciones y la invarianza del modelo. Se adelanta como hipótesis que las medias en discriminación temida y percibida serán mayores en hombres que en mujeres, sobre todo en aquellos no heterosexuales, al ser señalados con frecuencia como responsables de la epidemia (Pollini *et al.*, 2011). Asimismo, se hipotetiza que la discriminación se asociará en mayor medida con la ira y en menor con la depresión en hombres que en mujeres porque es mejor aceptada socialmente la expresión de ira en ellos (Trama y Saini, 2010), por el refuerzo social de la agresión como su estrategia de poder en hombres (DeWall y Craig, 2011), por la tendencia a la agresividad debido a aspectos biológicos, como masculinización cerebral y mayores niveles de testosterona (Craig y Halton, 2009) y por una mayor tendencia a la depresión en mujeres (APA, 2013; Beck, 2006; Newman *et al.*, 2009). Al evaluar la discriminación a través de la escala DTP en hombres, se sugiere emplear sus 48 ítems originales para hacer una selección y establecer su estructura factorial o,

mejor aún, se podría repetir el estudio cualitativo en una muestra de hombres que viven con VIH para generar algunos nuevos. Se espera que los que son referentes a la discriminación en el trabajo definan un factor separado de los que son relativos a la discriminación en el vecindario al ser dos ámbitos de interacción más diferenciados en hombres que en mujeres (Ndobó, 2013). Con la escala DTP lo deseable sería tener ítems con un contenido aplicable a ambos sexos y hallar una estructura factorial con propiedades de invarianza que sean adecuadas entre hombres y mujeres.

Respecto a cómo intervenir, debe considerarse que prevenir o atenuar la discriminación en el trabajo y el vecindario constituye un factor protector de depresión en la población femenina que vive con VIH. Lo anterior se podría hacer trabajando el temor social hacia la infección de VIH y la estigmatización moral por medio de campañas en medios de comunicación y desde los contenidos sobre ética y salud impartidos en educación primaria, secundaria y superior; asimismo, se lograría al trabajar la sensibilidad e inseguridad de las propias mujeres infectadas, sobre todo en amas de casa, en dinámicas de grupo llevadas a cabo en centros ambulatorios de salud, como el Capacyt.

¿Cuál será la evolución de la discriminación en el trabajo y el vecindario hacia mujeres que viven con VIH en México? Se pronostica que la tendencia disminuirá por la progresiva minoración del temor social hacia la enfermedad, por unos valores más abiertos hacia la diversidad y libertad sexuales (Cañizo y Salinas, 2010) y por el papel activo y consciente que las instituciones sociales y sanitarias, como Conapred, Censida y Onusida, desempeñan para prevenir la discriminación social por motivo de vivir con VIH (Córdova *et al.*, 2009).



Bibliografía

- APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, fifth edition (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 114-125.
- Babakian, G. (2009). *Positively abandoned-stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia*. New York: Human Rights Watch.
- Beck, A. T. (2006). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Ben, C. H., Kuo, B. C. y Kwantes, C. T. (2014). Testing predictive models of positive and negative affect with psychosocial, acculturation, and coping variables in a multiethnic undergraduate sample. *SpringerPlus*, 3(119), 1-11.

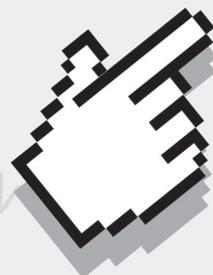
- Borders, A. y Liang, C. T. (2011). Rumination partially mediates the associations between perceived ethnic discrimination, emotional distress, and aggression. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 17*(2), 125-133.
- Busch, F. N. (2009). *Anger and depression. Advances in Psychiatric Treatment, 15*(4), 271-278.
- Byrne, B. (2009). *Structural equating modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York: Taylor y Francis Group.
- Cañizo, E. y Salinas, F. (2010). Conductas sexuales alternas y permisividad en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 15*(2), 285-309.
- Castro, R., Orozco, E., Aggleton, P., Eroza, E. y Hernández, J. J. (1998). Family responses to HIV/AIDS in Mexico. *Social Science and Medicine, 47*(10), 1473-1484.
- Censida (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA) (2011). *Casos al 30 de junio de 2011*. México, DF: CENSIDA.
- Chong, J. y Kvasny, L. (2007). A disease that "has a woman's face": The social construction of gender and sexuality in HIV/AIDS discourses. *Intercultural Communication Studies, 16*(3), 53-65.
- Conapred (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación) (2011). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Resultados generales*. México, DF: CONAPRED.
- Córdova, J. A., Ponce de León, S. y Valdespino, J. L. (2009). *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos* (2a ed.). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Craig, I. W. y Halton, K. E. (2009). Genetics of human aggressive behavior. *Human Genetics, 126*(1), 101-113.
- DeWall, C. N. y Craig, A. A. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence, 1*(3), 245-258.
- Dray-Spira, R., Gueguen, A., Persoz, A., Deveau, C., Lert, F., Delfraissy, J. F y Meyer, L. (2005a). Temporary employment, absence of stable partnership, and risk of hospitalization or death during the course of HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 40*(2), 190-197.
- Dray-Spira, R., Persoz, A., Boufassa, F., Gueguen, A., Lert, F., Allegre, T., Goujard, C. y Meyer, L. (2005b). Employment loss following HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapies. *European Journal of Public Health, 16*(1), 89-95.
- Flores, F. y Leyva, R., (2003). Representación social del sida en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública México, 45*(Supl. 5), S73- S80.
- Gadassi, R., Mor, N. y Rafaeli, E. (2011). Depression and empathic accuracy in couples: an interpersonal model of gender differences in depression. *Psychological Science, 22*(8), 1033-1041.
- Gonzalez, C. A., Bockting, W. O., Beckman, L. y Duran, R. E. (2012). Agentic and communal personality traits: their associations with depression and resilience among transgender women. *Sex Roles: A Journal of Research, 67*(9), 528-543. DOI:10.1007/s11199-012-0202-y
- Hansen, N. y Sassenberg, K. (2011). Exploring the self-directed anger of the stigmatized: The interplay between perceived legitimacy and social identification. *Group Process and Intergroup Relations, 14*(6), 807-818.
- Hartshorn, K. J. S., Whitbeck, L. B. y Hoyt, D. (2012). Exploring the relationships of perceived discrimination, anger, and aggression among North American indigenous adolescents. *Society and Mental Health, 2*(1), 53-67.
- Infante, C., Zarco, A., Magali, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México, 48*(2), 141-150.
- Jamieson, J. P., Koslov, K., Nock, M. K. y Mendes, W. B. (2013). Experiencing discrimination increases risk taking. *Psychological Science, 24*(2), 131-139.
- Lem, M., Moore, D., Marion, S., Bonner, S., Chan, K., O'Connell, J., Montaner, J. S. y Hogg, R. (2005). Back to work: correlates of employment among persons receiving highly active antiretroviral therapy. *AIDS Care, 17*(6), 740-746.
- Magán, I., Sanz, J., Espinosa, R. y García-Vera, M. P. (2013). Perfil emocional y cognitivo de la hipertensión arterial esencial mantenida frente a la normotensión. *Clínica y Salud, 24*(2), 67-76.
- Maile, S. (2003). Legal aspects of the disclosure of HIV serostatus by educators. *South African Journal of Education, 23*(1), 78-83.
- Moral, J., González, M. T. y Landero, R. (2010). Factor structure of the STAXI-2-AX and its relationship to the burnout in housewives. *Spanish Journal of Psychology, 13*, 418-430.
- Moral, J. y Segovia, P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/sida. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 2*(2), 139-159.
- Moral, J. y Segovia, P. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Discriminación Temida y Percibida para Mujeres con VIH (DTP-40-MV). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 4*(1), 37-62.
- Moral, J., Valdez, J. L., González-Arratia, N. I., González, S., Alvarado, B. G., Soraya, L. y Gaona, L. S. (2010). Emociones y síntomas físicos medicamente no explicados en mujeres y hombres adultos. *Medicina Universitaria, 12*(47), 96-105.

- Moskowitz, D. A. y Roloff, M. E. (2008). Vengeance, HIV disclosure, and perceived HIV transmission to others. *AIDS and Behavior*, 12(5), 721-728.
- Nakagawa, F., Lodwick, R. K., Smith, C. J., Smith, R., Cambiano, V., Lundgren, J. D., Delpech, V. y Phillips, A. N. (2012). Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis. *AIDS*, 26(3), 335-343.
- Ndobo, A. (2013). Discourse and attitudes on occupational aspirations and the issue of gender equality: What are the effects of perceived gender asymmetry and prescribed gender role? *European Review of Applied Psychology*, 63(4), 231-241.
- Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Newman, J. L., Gray, E. A., Fuqua, D. R. y Choi, N. (2009). Sociotropy, autonomy, and masculinity/femininity: implications for vulnerability to depression. *Psychological Reports*, 104(2), 549-557.
- Parker, R., Aggleton, P., Attawell, K., Pulerwitz, J. y Brown, L. (2002). *HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action*. New York: Horizon Program, Population Council.
- Paternostro, S. (2001). *La tierra de Dios y del hombre. Hablan las mujeres de América Latina*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Pollini, R. A., Blanco, E., Crump, C. y Zuniga, M. (2011). A community-based study of barriers to HIV care initiation. *AIDS Patient Care and STDs*, 25(10), 601-609.
- Riquelme, E., Rojas, A. y Jiménez, A. (2012). Equilibrio trabajo-familia, apoyo familiar, autoeficacia parental y funcionamiento familiar percibidos por funcionarios públicos de Chile. *Trabajo y Sociedad*, 16(18), 203-215.
- Rocha-Sánchez, T. E. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49.
- Sanz, J., Perdigón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-2): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Seaton, E. K., Upton, R., Gilbert, A. y Volpe, V. A. (2014). Moderated mediation model: racial discrimination, coping strategies, and racial identity among black adolescents. *Child Development*, 85(3), 882-890.
- Secretaría de Salud (2003, 19 de septiembre). Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. México: Diario Oficial de la Federación, 100-117.
- Trama, S. y Saini, S. (2010). Gender differences in anger, hostility and aggression. *Indian Journal of Psychology and Mental Health*, 4(6), 95-107.
- Varas, N., Serrano, I. y Toro, J. (2005). AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research*, 15(2), 169-187.

PENSAMIENTO LIBRE MR

■ “Por la libre comunicación de las ideas”

Adquiere
la revista
digital



www.revistapensamientolibre.com