

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION
EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**



**DISCRIMINACIÓN EN MUJERES CON VIH/SIDA
Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN E IRA.**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS**

**PRESENTA
MARIA PETRA SEGOVIA CHAVEZ**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. JOSE MORAL DE LA RUBIA**

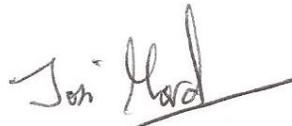
MONTERREY, N. L., MEXICO, NOVIEMBRE DEL 2012

**COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRIAS DE POSGRADO DE LA
FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA U.A.N.L.
PRESENTE.-**

Por la presente nos dirigimos a Ustedes para comunicarles que, después de haber revisado las correcciones sugeridas a la tesis titulada “Discriminación en Mujeres con VIH/SIDA Y SU RELACIÓN CON Depresión e Ira”

Presentada por el (a) alumno (a), Maria Petra Segovia Chávez
de la Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud
la consideramos **ACEPTADA** para su defensa.

Sin otro asunto de momento, quedamos a sus órdenes,

Dr. José Moral De La Rubia  30de Octubre del 2012
NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS FIRMA FECHA

Dra. Fuensanta López Rosales  30de Octubre del 2012
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS FIRMA FECHA

Dra. María Elena Villarreal González  30de Octubre del 2012
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS FIRMA FECHA

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA
SALUD**

**DISCRIMINACION EN MUJERES CON VIH/SIDA Y SU RELACION CON
DEPRESION E IRA.**

**Presentada por Lic. María Petra Segovia Chávez
Ha sido aprobada por el comité de tesis.**

**Dr. José Moral De La Rubia
Director de tesis**

**Dra. Fuensanta López Rosales
Revisora de tesis**

**Dra. María Elena Villarreal González
Revisora de tesis**

Monterrey, N. L., México, Noviembre del 2012

DEDICATORIA

A mi hija.

Por su apoyo, paciencia y cariño

Al Dr. Armando Peña Moreno.

Quien me impulso, apoyo y confió en mí.

A las mujeres que viven con VIH/Sida.

Que aprendí de ellas.

La lucha para seguir adelante cada día

AGRADECIMIENTOS

Con mi más profundo agradecimiento al Dr. Armando Peña Moreno, Director de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, quien a pesar de sus múltiples ocupaciones y responsabilidades, me dedico tiempo, paciencia apoyo en toda la extensión de la palabra y orientación al acercarme a él y manifestarle mi inquietud de realizar la Maestría.

Al Dr. José Moral de la Rubia. Director de Tesis, mi agradecimiento total por su paciencia su valiosa aportación y apoyo para poder realizar esta tesis.

Al mismo tiempo, agradezco infinitamente a las revisoras de tesis, quienes me orientaron, Dra. Fuensanta López Rosales y Dra. María Elena Villarreal González.

Al CONACYT, por su gran apoyo, ya que sin éste no hubiera logrado realizar mi gran anhelo de hacer la Maestría y quienes me becaron para cumplir la meta y concluir la maestría.

Por último a quienes hicieron posible que se realizará este proyecto: Dr. Genaro Leal Martínez, Secretario Técnico de COESIDA, C. María del Carmen Rojas Morales y C. Claudia Yadira Sánchez Segovia, por su desinteresado apoyo en la elaboración de las encuestas necesarias para la conclusión de éste.

Y en especial a las mujeres que viven con VIH/SIDA quienes aceptaron participar en el estudio.

RESUMEN

El presente estudio se realizó bajo una perspectiva cognitivo-social, identificando como la discriminación que viven mujeres con VIH/SIDA incide en el estado emocional, desarrollando ira o depresión, mediando factores sociodemográficos. Debido a que no existía un instrumento de evaluación de la discriminación para esta población se generó uno. Para crearlo se ejecutó una primera fase cualitativa en la que se exploró el campo fenomenológico de las mujeres con VIH/SIDA, se redactaron 48 ítems y se evaluó la comprensibilidad de los mismos. En la segunda fase (cuantitativa) se aplicó la Escala de Discriminación Temida y Percibida creada. Así como el Inventario de Depresión de Beck, la escala de Expresión de la Ira de Spielberger y preguntas sociodemográficas y clínicas. Es un estudio de carácter descriptivo-correlacional, utilizando un diseño ex post facto transversal. Se empleó una muestra incidental de 30 mujeres en la fase cualitativa y 200 en la cuantitativa, todas participantes voluntarias, seropositivas de VIH y atendidas en Monterrey. Se observó una vivencia de discriminación en la mayoría de las mujeres desde el estudio cualitativo, pero la escala mostró que ocurría con baja frecuencia. La escala proporcionó cuatro factores correlacionados: discriminación temida, discriminación percibida en el trabajo y vecindario, discriminación percibida en el ámbito familiar y discriminación percibida en el ámbito clínico. Su consistencia interna fue alta. La percepción de discriminación ocurrió sobre todo en el ámbito clínico. La discriminación correlacionó con el control externo y manifestación de la ira y con los síntomas cognitivo-afectivos de depresión. Finalmente se realizan sugerencias de intervención.

Palabras clave: VIH/SIDA; Discriminación; Depresión; Ira; Mujeres.

ABSTRACT

This study was carried out under social cognitive perspective, identifying discrimination as women living with diagnosed HIV/AIDS affects the emotional state, developing depression or anger related to sociodemographic factors, under an ex post facto design cross ó sectional descriptive correlational, show incidental 30 women qualitative and quantitative phase 200 women, voluntary participants, viewing in CAPASITS Nuevo Leon. Diagnosed with HIV/AIDS, age between 18 and 50 treatment with antiretroviral. Instruments used: Qualitative, interview, questionnaire with five questions, construction: Scale and Perceived Discrimination Feared. Quantitative: Discrimination Scale, Beck Depression Inventory. Anger Expression Scale of the State-Trait Inventory. Results qualitative phase construction scale and Perceived Discrimination Feared Women Living with HIV/AIDS. In addition to the quantitative phase of the validation of the last two scales, we found that feared discrimination is independent of depression, greater manifestation of anger, the fear and get more discrimination in the clinical setting, not being equal in the family, neighborhood and workplace, younger women with small children or no children and in frequently attend religious services are exposed to fear and to receive more frequent discrimination.

Keywords: HIV/AIDS, Discrimination, Depression, Anger, Sociodemographic, Quantitative, Qualitative.

INDICE

Carta del comité aprobación para presentación de la tesis	í í í í í íII
Carta del comité aprobación de la tesis	í í í í í í í í í í í í í í í í í	...III
Dedicatoria	í íIV
Agradecimientos	í .í íV
Resumen	.í .í .íVI
Índice	í .í .í í .íVIII
Índice de tablas y figuras	í .í í í .í	...X
CAPITULO 1.	.í .í í í	...14
INTRODUCCION	í .í í í í	..14
Planteamiento del problema.	í .í í í í í	...14
Justificación del Estudio	í .í í í í í20
OBJETIVOS	í .í .í í í	..1
Objetivo General	í .í í í í í í í	.23
Objetivos Específicos	í ...í .í í í í í í	...23
Hipótesis	í í	...24
CAPITULO II	í .í í í í	..26
MARCO TEORICO	í .í í í í26
Información básica de VIH/SIDA	í .í í	26
Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA	í .í í í í	...27
Conductas de riesgo	í .í í íí í í
Medidas preventivas	í .í .í .í	.32
Panorama Epidemiológico	í .í í33
Discriminación	í í í í .í í	...í í í í
Género	í í	..39
Trastornos Psicológicos	í .í í í í í	...42
Depresión	í í	.43
CAPITULO III	í .í í í í	.45
METODO	í .í í í í	...45
Fase Cualitativa	í .í í í í í	..í 45

Participantes	45
Instrumento	46
Procedimientos	46
Fase Cuantitativa	47
Participantes	47
Instrumentos	47
Diseño utilizado	48
Procedimiento	49
CAPITULO IV	50
RESULTADOS	50
Fase cualitativa para generar los ítems	50
Fase cuantitativa de desarrollo del cuestionario	56
CAPITULO V	107
DISCUSION Y CONCLUSIONES	107
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	120
ANEXOS	130

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Indice de Tablas

Tabla 1: Frecuencia y porcentaje de las categorías de respuesta a las preguntas abiertas	.53
Tabla 2: Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas	...57
Tabla 3: Distribución de las variables sociodemográficas y el foco de infección	...57
Tabla 4: Índice de ajustes considerados como buenos y ajustes malos	...60
Tabla 5: Consistencia y capacidad de discriminación de los 48 ítems iniciales	...62
Tabla 6: Descripción de la distribución de los ítems	...63
Tabla 7: Matriz de componentes de 8 factores y 45 ítems	...65
Tabla 8: Matriz de patrones con 4 componentes y 45 ítems	...68
Tabla 9: Correlaciones entre los componentes	...69
Tabla 10: Análisis de componentes de segundo orden: Matriz de patrones	...70
Tabla 11: Matriz de patrones con 4 factores y 43 ítems	...71
Tabla 12: Matriz de correlaciones	...72
Tabla 13: Análisis de segundo orden: Matriz de patrones de las puntuaciones factoriales	...72
Tabla 14: Matriz de patrones con 4 factores y 42 ítems	...73
Tabla 15: Matriz de correlaciones	...75
Tabla 16: Análisis de componentes segundo: matriz de componentes	...75
Tabla 17: Matriz de patrones de 7 factores y 42 ítems	...76
Tabla 18: Matriz de correlaciones	...77
Tabla 19: Análisis de componentes de segundo orden: matriz de patrones	...78
Tabla 20: Correlaciones de discriminación y depresión	...83
Tabla 21: Correlaciones entre discriminación e ira	...84
Tabla 22: Correlación entre discriminación y cinco variables sociodemográficas	...85
Tabla 23: Asociación de la discriminación con estado civil, ocupación y práctica religiosa	...86
Tabla 24: Contraste de medias de discriminación entre los seis grupos de estado civil	...86

Tabla 25: Contraste de medias de discriminación entre los cinco grupos de ocupación	87
Tabla 26: Contraste de medias de discriminación entre los dos grupos de confesión religiosa	87
Tabla 27: Modelo de regresión lineal para predecir el puntaje total de EDTP	88
Tabla 28: Modelo de regresión lineal para predecir discriminación temida	90
Tabla 29: Modelo de regresión lineal para predecir discriminación percibida en el ámbito laboral y de vecindario	91
Tabla 30: Modelo de regresión lineal para predecir discriminación percibida en el ámbito familiar	95
Tabla 31: Modelo de regresión lineal para predecir discriminación percibida en el ámbito clínico	96
Tabla 32: Resumen de correlatos y predictores significativos de discriminación	98
Tabla A: Patrón de patrones de los 21 ítems del BDI	145
Tabla B: Matriz de patrones con 24 ítems	149
Tabla C: Matriz de patrones con 21 ítems (sin 3, 10 y 17)	149

Índice de Figuras

Figura 1: Histograma de la distribución de la Escala de Discriminación Temida y Percibida de 48 ítems	61
Figura 2: Curva de sedimentación de los 48 autovalores	67
Figura 3: Curva de sedimentación de los autovalores	70
Figura 4: Curva de sedimentación de los 42 ítems autovalores	73
Figura 5: Modelo estandarizado de 4 factores correlacionados con 39 ítems estimado por GLS	80
Figura 6: Modelo estandarizado de 7 factores correlacionados con 41 ítems estimado por GLS	82
Figura 7: Histograma de los residuos estandarizados y valores pronosticados, discriminación con depresión, ira y variables socio-demográficas	89
Figura 8: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y valores pronosticados con depresión, ira y variables socio-demográficas	89

Figura 9: Histograma de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados, discriminación temida variables socio-demográficas e iraí í í91

Figura 10: Diagrama de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación temida variables socio-demográficas e iraí91

Figura 11: Histograma de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida ámbito laboral y vecindario con depresión ira y variables socio-demográficasí í í í í .í í í í í í í í í í í í í í í í ...93

Figura 12: Diagrama de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida ámbito laboral y vecindario con depresión, Ira y variables socio-demográficasí í í í í í í í í í í93

Figura 13: Histograma de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida en el ámbito familiar con depresión, Ira y variables socio-demográficasí í í .í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..94

Figura 14: Diagrama de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida en el ámbito familiar con depresión, Ira y variables socio-demográficasí í í í í í í í í .í í í í í .í í í í í í í95

Figura 15: Histograma de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida en el ámbito clínico con depresión e iraí96

Figura 16: Diagrama de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida en el ámbito clínico con depresión e ira.....97

Figura 17: Modelo estandarizado estimado por GLS de discriminación percibida en el ámbito laboral y vecindarioí í í í í .í í í í101

Figura 18: Modelo estandarizado estimado por GLS de percepción de discriminación en el ámbito familiar í í í í í í í í .í í í í í í í í .í í í í í í í í ..103

Figura 19: Modelo revisado estandarizado estimado por GLS de percepción de discriminación en el ámbito familiar ...í í í í í í í ..í ..í í í í ..í í í104

Figura 20: Modelo estandarizado estimado por GLS de discriminación percibida en el ámbito clínico í ..í í í í í í í í 106

Figura A: Modelo estandarizado de dos factores correlacionadosí í í í ..í í í .146

Figura B: Modelo estandarizado de un factorí í í í í í í í í í í í í ..í í 147

Figura C: Modelo estandarizado estimado por GLS de 4 factores correlacionados
con 21 ítems í 151

Figura D: Modelo estandarizado estimado por GLS de 3 factores correlacionados
con 21 ítems í í .í .í í í í í í í í í í í í í í í151

Figura E: Modelo estandarizado estimado por GLS de 3 factores correlacionados
con 19 ítems í ..152

CAPITULO I

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La propagación del SIDA en todos los países del mundo, ha ocasionado que sea catalogada la epidemia, como un problema de salud pública muy complejo, debido a que tiene repercusiones sociales, éticas, económicas y políticas (Pérez, Taracena, Magis, Gayet, & Kendall, 2004).

Es importante no perder de vista los cambios que ha tenido a lo largo de los años en los casos de mujeres que está afectando en forma creciente. La expectativa de un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es más optimista recibir el resultado en el momento actual que hace 20 años.

El uso de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA), es la combinación de medicamentos Anti Retro Virales, suficientes para lograr el control viral, restaurar y preservar la función inmune de los individuos, mejorando la calidad de vida.

El (TARAA) ha contribuido a disminuir tanto la mortalidad como la morbilidad, observándose que el rango de edad es más amplio que al principio de la epidemia y, que los casos en población heterosexual en general, y en mujeres en particular se ha incrementado (Flores et al., 2004).

El SIDA, es la etapa final de una infección causada por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) que tiene una duración de varios años; por lo que en la actualidad se considera que es una infección crónica (Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CONASIDA], 1998).

Es una enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana (llamado VIH).

Cuando una persona se infecta con VIH, también se les dice que son Seropositivos, no presenta sintomatología puede desarrollar una vida normal, pudiendo vivir varios años sin desarrollar SIDA con un pronóstico variable (Margarita, Del Río, Franco, Navarrete, Uribe & Vallejo, 1995).

El virus entra al cuerpo y se multiplica principalmente en los glóbulos blancos; (células de la sangre que normalmente protegen de las enfermedades).

El virus del VIH debilita el sistema inmunológico, dejando el cuerpo vulnerable a las infecciones y otras enfermedades que van desde la neumonía hasta el cáncer.

Se disemina cuando los fluidos de una persona infectada con VIH pasan al cuerpo de otra persona.

La infección puede ocurrir mediante el sexo no protegido (anal, vaginal u oral); el uso de agujas contaminadas, jeringas y otros instrumentos punzo cortantes; o bien a través del contagio de madre a hijo, durante el embarazo, el alumbramiento y el amamantamiento.

Algunas personas temen que el VIH pueda transmitirse de otra manera (a través del aire, agua o picadura de los insectos). Pero no hay evidencia científica que apoye ninguno de estos temores.

El VIH puede también afectar directamente al cerebro, causando deterioro de la memoria y el pensamiento, adicionalmente, algunos medicamentos que se emplean para combatir o aminorar sus efectos pueden tener efectos colaterales sobre la salud mental. Recibir el diagnóstico de cualquier enfermedad que amenace la vida es devastador. Pero las consecuencias emocionales, sociales y financieras del VIH/sida, pueden hacer que el afrontamiento de esta enfermedad sea especialmente difícil (Vargas. Cervantes & Aguilar, 2009).

Cuando una persona ha adquirido el virus y su notificación es reciente, las reacciones emocionales son muy variadas, pueden presentar sentimientos de rabia, culpa, profunda pena o miedo.

Estos sentimientos no reflejan etapas de la seropositividad, ni siguen un orden establecido. Según la persona, su rabia es una reacción frente a lo injusto de la situación. La rabia se puede expresar de distintas maneras: contra el mundo, hacia algunas personas o contra sí misma (Portal de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad, 2009).

Es importante que las personas puedan contar con un apoyo (consejería, terapia) para enfrentar y elaborar dichos sentimientos (Portal de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad, 2009).

La depresión puede ser una respuesta frente a la rabia contra uno mismo o frente a la desesperanza.

El miedo también se desencadena frente al estigma social, donde el miedo al rechazo, la discriminación, incluso al abandono se hace presente (Bartlett & Finkbeiner, 1996).

Es común que las personas que viven con VIH lleguen en estado de crisis cuyas causas aparentes son diferentes o sin relación directa con la seropositividad, muchas veces estas crisis son motivadas por la partida de un ser querido, la pérdida del trabajo, un cambio de domicilio, etcétera (Abrego et al., 1998).

Presentando cambios extremos en el ánimo de la persona, pudiendo pasar rápidamente de un estado depresivo a la sensación de omnipotencia e incluso de agresividad.

Aparecen tendencias destructivas que se manifiestan en agredir a otros, romper cosas, mantener relaciones sexuales sin protección, y autodestructivas como aumentar la ingesta de alcohol o enervantes, tener accidentes corporales, impactos, golpes, fracturas; cambio excesivo del ritmo natural del cuerpo como el descanso, la alimentación (Abrego et al., 1998).

La conducta que presentan los pacientes que tienen tiempo en atención, exigen al personal de salud que atienda la solución de su problemática, son excesivamente demandantes, poco conciliadores o comprensivos (se tornan intolerantes), parcialidad en la información que tienen, dan excesiva atención a los resultados de diferentes análisis (conteo de linfocitos, etc.), desconfían mucho de quienes los rodean, tienden a desafiar a otras personas, en especial al personal de salud, tienden a culpar de su situación a otros.

En cambio, las características en pacientes con nula información, su nivel de confianza es adecuado, son colaboradores, están desconcertados frente a qué hacer o qué no hacer, asimilan lentamente la información a causa del bloqueo, espera del personal que los asiste la posibilidad de obtener información y orientación (Abrego et al., 1998).

Existe vulnerabilidades diferentes para hombres y mujeres, muchas de las cuales son consecuencia del proceso por el cual la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada uno de los géneros, la vulnerabilidad que afectan a las mujeres,

son asociadas al hecho de pertenecer al sexo y al género femenino (Herrera & Campero 2002).

La situación de la epidemia de SIDA en las mujeres, presenta dificultades ya que, sumado a la vulnerabilidad biológica y social que tienen, las mujeres enfrentan retos para tener acceso a servicios, una vez que la mujer llega a un servicio se encuentra con que la calidad de la atención no es óptima (Uribe et al., 2003).

Lo femenino y por asociación las mujeres y sus actividades, carecen de prestigio, de poder y de derechos.

Las pruebas de este desconcertante hecho han sido aportadas por la historia, la antropología, la arqueología, la sociología, el estudio de las religiones y la historia del derecho, entre otras disciplinas.

Las consecuencias que esta subordinación discriminatoria ha traído consigo, son muchas y muy graves: enfrentan la agresión sexual bajo las formas de acoso, violación y abusos diversos; en un alto porcentaje son sometidas desde niñas a la prostitución, la pornografía o la esclavitud sexual.

Sin embargo, la violencia que sufren en todo el mundo por ser mujeres no se reduce al aspecto puramente sexual: ellas enfrentan golpes, humillaciones y subvaloración cotidianamente dentro y fuera de su hogar, pero de manera relevante se encuentran desprotegidas y a merced de agresores en un porcentaje alarmante al interior de la familia (Abrego et al., 1998).

Para 65% de las mujeres, el sitio más inseguro tanto en recibir violencia como una infección de transmisión sexual, es su propia casa. Esta situación no se limita a una región del mundo ni a una época precisa (Serret, 2006).

Los factores que ponen en riesgo a las mujeres de contraer El VIH/SIDA, son porque tienen poca información del tema, tienen una actitud sumisa y pasiva aunque se saben en riesgo, dependencia económica del esposo, temor a perder el afecto del hombre, temor a ser golpeada o humillada, no usa el condón por desconfianza de su pareja, falta de educación sexual, negación o falta de apropiación de la sexualidad (CONASIDA, 2000).

En las mujeres, la moral de género desalienta el conocimiento de su propio cuerpo y su sexualidad, y aun en los casos en que ellas tienen la información adecuada

acerca del VIH, transmisión y protección, ciertas reglas culturales pueden dificultar que hablen abiertamente de sexo si no desean despertar suspicacias que las tachen de ser una mala mujer (Kendall, 2009).

Es necesario romper el silencio que es cómplice del dolor y la injusticia, para que los médicos escuchen y no sólo ordenen, para que las mujeres acorten distancias y no caminen solas en el desierto; para que existan políticas de prevención y tratamiento. Para que las mujeres tengan acceso a la prevención, atención y tratamiento integral digno en México (Córdova, Ponce, & Valdespino, 2009).

Por lo tanto la discriminación ha provocado que el problema sea más complejo de resolver, ya que no solamente afecta a los individuos sino también a las comunidades (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2002).

Una de las diferencias culturales más dramáticas en que se expresa el estigma y la discriminación asociada con el VIH/SIDA es la violencia con que se afecta a las mujeres.

En África, por ejemplo, las mujeres viven marginación económica, social y cultural, además se les responsabiliza por la transmisión del VIH e incluso por la muerte del marido (Vidal, Carrasco & Santana, 2005).

Las mujeres en México siguen siendo objeto de prejuicios, actitudes y prácticas discriminatorias en las familias, en el trabajo, en los tribunales, en los hospitales, e incluso en leyes que penalizan el aborto, que aunque rara vez se aplican, condena a millones de ellas a padecer sufrimientos, enfermedades y muertes en violación flagrante de sus derechos fundamentales.

La violencia familiar sigue haciendo estragos; las violaciones y asesinatos se multiplican; los abusos y el acoso son práctica cotidiana en los centros laborales (Salazar, 2005).

En caso de los indígenas, la discriminación se ve agravada por la desigualdad socioeconómica y por la desigualdad ante la ley, por lo que si ser mujer supone ya una desventaja en general, ser mujer pobre e indígena es verse condenada a una triple discriminación cotidiana y abrumadora (Salazar, 2005).

Las principales vulnerabilidades que afectan a las mujeres son biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales. En el caso de la vulnerabilidad biológica, la

mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre (Uribe et al., 2003).

Por lo tanto el Estigma y la Discriminación, son parte del contexto cotidiano de las mujeres mexicanas que viven con el VIH/SIDA y tienen un impacto importante en sus relaciones con el personal de salud, su familia, la comunidad, en su participación con estos ámbitos y los apoyos recibidos (Kendall & Pérez, 2004).

Desde el estricto control social al que está sometida la sexualidad femenina en los países latinos (Vázquez & Chávez, 2008), una mujer infectada de VIH puede sufrir un fuerte estigma social si se atribuye el origen de su infección a una conducta promiscua, irresponsable, de infidelidad o a la práctica del sexo comercial; por el contrario, si se atribuye a la infidelidad del cónyuge o de pareja con la que vive, la mujer sería percibida como víctima y esto le descargaría de toda responsabilidad moral y aminoraría el estigma social. Precisamente, se observa más discriminación social hacia sexo-servidoras y mujeres jóvenes solteras que hacia amas de casa (Chong & Kvasny, 2007; Zukoski & Thorburn, 2009).

Cuando la evaluación y el estudio de la discriminación tiene gran relevancia social y clínica (Mahajan et al., 2008), por ejemplo puede afectar a la adherencia al tratamiento (Rintamaki, Wolf, Davis, Skripkauskas, & Bennett, 2006), al estado de salud física (Bird, Bogart, & Delahanty, 2004; Stuber, Meyer, & Link, 2008) y al estado emocional (Venable, Carey, Blair, & Littlewood, 2006).

En un estudio sobre la historia del SIDA, se recuerda un extracto de la prensa norteamericana donde se le pregunta a una persona acerca del VIH/SIDA, quien señala como muestra de discriminación a grupos vulnerables lo siguiente: "Esta enfermedad afecta a homosexuales, haitianos, hemofílicos, pero gracias a Dios todavía no se ha propagado entre los seres humanos" (Grmek, 1992).

Por otro lado Remor (2000 en Villa, 2007) menciona que el diagnóstico diferencial de la depresión en personas con VIH es complicado, porque muchos de los síntomas (fatiga, perturbación del sueño y pérdida de peso) son también síntomas frecuentes de la progresión de la infección, e incluso efectos secundarios del tratamiento con antirretrovirales; sin embargo, diversas investigaciones han propuesto

examinar esta variable por las implicaciones diversas para la influencia inmunosupresora en el estado de salud.

Descripción del Problema.

La discriminación o "SIDA Social" por el daño emocional que provoca en las personas infectadas por VIH/SIDA repercute en el aspecto emocional (Bayés, Begoña, & Viladrich, 1998), pudiendo generar emociones negativas intensas y persistentes que afecten al estado de salud y la adherencia al tratamiento (Piña, Dávila, Sánchez, Toguawa, & Cazares, 2008).

Se entiende por *discriminación* un trato diferencial que niega, restringe o quita los beneficios, apoyos u oportunidades a los que una persona o conjunto de personas tienen derecho, basándose el mismo en distinciones arbitrarias, injustas o injustificables (razón de discriminación) desde los marcos de valores y principios compartidos por las personas que interactúan, como podría ser el vivir con VIH/SIDA en la sociedad occidental actual.

La *discriminación temida* se refiere a la expectativa por parte de la persona de sufrir un trato diferencial ante un escenario social imaginado o pronosticado en el que la razón de discriminación entra en juego.

La *discriminación percibida* es la valoración o interpretación como injusta y discriminatoria de las interacciones que una persona vive o ha vivido en los escenarios sociales concretos en los que la razón de discriminación se pone en juego.

El presente trabajo pretende identificar la presencia de discriminación temida y percibida en mujeres que viven con VIH/SIDA y la relación de ésta con la Depresión e Ira, tomando también en cuenta: la edad, estado civil, edad de los hijos, frecuencia de la asistencia a la práctica religiosa y ocupación.

Justificación del Estudio

La discriminación se considera un atentado a la dignidad humana y un obstáculo al desarrollo social, económico y político de los países (Torres, 2005).

Al tener información empírica al respecto se podrán diseñar programas de intervención más específicos al contexto presente de Nuevo León.

La importancia de este estudio es justificar y orientar intervenciones en el plano individual y social para disminuir la discriminación y su efecto en la persona. Así, en primer lugar, se quiere saber si las personas infectadas de VIH temen y perciben discriminación por su condición médica, aparte de conocer si presentan niveles altos de ira y depresión; en segundo lugar, se desea conocer si las vivencias de discriminación generan ira o depresión, esto es, hasta qué punto la varianza en estas dos emociones negativas es explicada por la discriminación. También las emociones negativas pueden afectar al temor y la percepción de discriminación con un efecto agravante, tengan o no éstas su origen en la discriminación social.

Una intervención estaría justificada si las personas infectadas temen y perciben con frecuencia discriminación.

Si existe relación entre discriminación, ira y depresión, a la hora de abordar las emociones negativas de estas pacientes se requeriría ver en qué grado la discriminación les está provocando dichas emociones, para tratar esta causa subyacente o si las quejas de discriminación son síntomas desplazados.

En un primer momento se esperaba que existan vivencias de discriminación en las personas con VIH/SIDA sobre todo por los aspectos de condena moral asociados a la enfermedad y el miedo que existen en las personas no infectadas ante esta enfermedad crónica degenerativa. No obstante, considerando que solamente quien vive con VIH/SIDA decide a quien le va a informar los resultados, ya que es parte de la confidencialidad en el momento de dar un diagnóstico, esto le protege y le da una herramienta para afrontar la discriminación; asimismo puede convertirse en un amortiguador importante en la percepción de discriminación y provocar que los niveles de temor y percepción de discriminación reportados sean bajos.

Para los objetivos de descripción de la discriminación y emociones negativas y el estudio de la relación entre la discriminación, ira y depresión se requiere de unos instrumentos de evaluación. Para estas dos emociones negativas sí existen escalas psicométricas (*Beck Depression Inventory* [BDI], Beck, Steer & Brown 1996; *Zung depression Scale* [ZDS], 1965; *Hamilton's rating scale for depression* [HRSD], Hamilton, 1967; *State, Trait, Anger expression Inventory* [STAXI], Spielberger, 1991) que además algunas de ellas están validadas en México (Moral, 2011, 2012; Moral,

González & Landero, 2010), pero actualmente se carece de una escala específica de discriminación dirigida a personas que viven con VIH/SIDA y en concreto a mujeres. Por este motivo para el presente estudio se diseñó una escala de medición de Discriminación dirigida a mujeres que están infectadas con el VIH/SIDA.

Debe mencionar que existen escalas de discriminación dirigidas a otros grupos vulnerables o a la población en general (Brondolo et al., 2005; CONAPRED, 2005), pero no hacia personas infectadas de VIH. También existen cuestionarios sociológicos con algunas preguntas destinadas a evaluar la discriminación hacia personas con VIH/SIDA como la Encuesta Nacional de Discriminación (CONAPRED, 2005).

Este estudio se centró en mujeres para tener una muestra homogénea de una población escasamente estudiada. La mayor proporción de infectados por el VIH son hombres (90% en el Estado de Nuevo León) y de éstos la mayor parte tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo. Las mujeres representan una pequeña proporción (10% en el Estado de Nuevo León), las relaciones heterosexuales son usualmente la vía de infección (CENSIDA, 2009).

Al recibir resultados reactivos de pruebas rápidas en detección de VIH, las mujeres mencionan el miedo a ser rechazadas por la pareja, familia o trabajo, cuando éstos se enteren del resultado; lo que les genera aislamiento y sufrimiento, a pesar que aún no se les da el diagnóstico confirmatorio, ya que está pendiente el Western Blot. Otra experiencia es la de aquellas mujeres que al tener el diagnóstico confirmatorio de VIH deciden no informar a sus conocidos, por el temor a la discriminación y otra tercera experiencia es la de aquéllas ya informaron a éstas personas. Esto da una variabilidad de situaciones de expectativas y percepción de discriminación.

De ahí la importancia de constatar esta relación con datos empíricos, procedentes de una muestra de mujeres del Estado de Nuevo León y que puedan ser utilizado para poder diseñar y evaluar un programa de intervención psicológica, en un futuro en los Centros de Atención para Personas que viven con VIH/SIDA y otras ITS.

La pregunta de investigación que formula este estudio es: ¿las mujeres con VIH/sida temen y perciben discriminación por su condición médica?, ¿ésta puede afectar las emociones provocando: depresión o ira?, ¿las características sociodemográficas y las emociones negativas afectan al temor y percepción de discriminación de estas mujeres.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir el nivel de discriminación temida y percibida, de depresión e ira y características sociodemográficas en mujeres portadoras de VIH. Estudiar la relación y predecir la discriminación temida y percibida con la depresión, ira y variables sociodemográficas.

Para los objetivos descriptivos y correlacionales se requiere añadir como objetivo instrumental: la creación de una escala para evaluar discriminación temida y percibida, en la población de mujeres portadoras de VIH en el Estado de Nuevo León.

Objetivos Específicos

1. Desarrollar una escala de discriminación temida y percibida, dirigida a mujeres que viven con VIH/SIDA.
2. Describir el nivel de discriminación temida y percibida.
3. Describir el nivel de depresión e ira.
4. Determinar si hay una relación entre la discriminación temida y la depresión e ira.
5. Determinar si hay una relación entre discriminación percibida y la depresión e ira.
6. Determinar si hay una relación entre discriminación (temida y percibida) y las variables sociodemográficas (edad, número de hijos, promedio de edad de los hijos, escolaridad, frecuencia de asistencia a servicios religiosos, estado civil y ocupación).
7. Predecir con sus correlatos numéricos la discriminación temida y percibida.
8. Generar un modelo integrador de discriminación.

Hipótesis

En relación con el objetivo 1, se esperan dos factores correlacionados con consistencia interna alta: discriminación temida y discriminación percibida.

En relación con el objetivo 2, se espera queja de discriminación en los aspectos de expectativa (escenarios imaginados) y percepción (escenarios vividos), evaluada desde el rango de valoración de los ítems de la escala.

En relación con el objetivo 3, se esperan niveles altos de Ira y depresión en estas mujeres con VIH/SIDA en comparación con los parámetros de población general.

En relación con los objetivos 4, 5 y 6, se espera correlación significativa directa entre discriminación y depresión, así como discriminación e ira, tomando en cuenta los factores sociodemográficos.

En relación con el objetivo 6, se espera más discriminación a edades más jóvenes, menor edad de los hijos, menor frecuencia de asistencia a la práctica religiosa, entre solteras y aquéllas que se dedican al sexo comercial como ocupación laboral.

En relación con el objetivo 7, se espera algunas variables sociodemográficas, como la práctica religiosa, edad y el número o edad de hijos, así la depresión y la ira sean predictores de discriminación temida y percibida.

En relación con el objetivo 8, se hipotetiza que la expectativa de discriminación será afectada por variables sociodemográficas y rasgos de control de la ira. A menos rasgos de control, más expectativa de discriminación, pues la persona pronostica que será rechazada por su falta de control. La expectativa de discriminación, los problemas de control de la ira (rasgo) y variables sociodemográficas afectarán a la percepción de la discriminación. La expectativa y percepción de discriminación generarán mayor manifestación de ira y menos síntomas depresivos (variables estado), al generarse una emoción activante. Menor manifestación de la ira o mayor control de la misma generarán más síntomas depresivos, reflejando déficit de asertividad. No obstante, la percepción discriminación podría incrementar los sentimientos depresivos desde una vivencia de indefensión y desesperanza.

Limitaciones y delimitaciones desde el proyecto de investigación

Entre las limitaciones u obstáculos se pueden encontrar:

Dificultad para elaborar reactivos válidos de discriminación por la condición médica en mujeres portadoras de VIH/SIDA.

Debido a que se solicita el consentimiento informado puede que las mujeres rehúsen participar y el tamaño de la muestra sea mucho menor.

Dificultades de acceso a la muestra en relación con el CAPACYT que es donde se tiene planeado obtenerla, por lo que el número de casos puede ser menor del planeado.

Las limitaciones ya mencionadas no se presentaron, durante el estudio.

Delimitaciones o Alcances de la Investigación:

Las conclusiones deberán manejarse como hipótesis para la población de VIH en México, por el carácter incidental de la muestra y reducirse a un solo Estado. Son más generalizables a Nuevo León.

Especialmente si se logra el tamaño de muestra programado al contener dos tercios de la población femenina infectada.

Los resultados sólo son generalizables a mujeres en un rango de edad de 18 a 50 años.

Si la escala de discriminación temida y percibida por vivir con VIH/SIDA, cuenta con propiedades psicométricas pobres en relación a su consistencia interna y ajuste factorial afectará a la determinación de los niveles de malestar por discriminación y la asociación con depresión e ira.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Se adopta una perspectiva social, en la definición de los conceptos y su operativización. Desde esta perspectiva se generan expectativas de relación entre variables.

Información básica de VIH/SIDA

Existen varias hipótesis sobre el origen del VIH, la más aceptada menciona que el SIDA se originó en una remota tribu africana; algunos científicos piensan que una cierta especie de mono transmitió el virus a la tribu y que la enfermedad afectó a muchas personas de esta comunidad.

En algún momento llegó a África un grupo de trabajadores haitianos. A su regreso a Haití, estos obreros llevaron consigo el virus.

Algunos miembros de las comunidades gay de Nueva York y Florida solían ir a Haití a vacacionar; estos hombres se contagiaron y a su vez llevaron consigo la enfermedad a los Estados Unidos y de esta forma el virus comenzó a propagarse por el mundo occidental (Hay, 1990, en González, 2002).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH constituyen un problema de salud pública a nivel mundial.

Estudios sobre sexualidad, VIH/SIDA e ITS han brindado información para reorientar los programas con énfasis en la prevención (Cabral, Cruz, Ramos & Ruiz, 2006).

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue identificado como tal en 1981, es un síndrome clínico grave, que se expresa en una severa depresión del sistema inmunológico, lo que trae como consecuencia que el organismo humano esté más indefenso ante las enfermedades infecciosas.

La infección por el VIH hasta el desarrollo de la enfermedad determinante del SIDA es, en promedio, de 8 a 10 años. Durante gran parte de este lapso de incubación el individuo infectado está totalmente sano y a menudo ignora que ha contraído la

infección por el virus y que puede contagiar a otros (Main, Moyle, Peters & Coker, 1997).

El SIDA representa la última etapa de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se puede aplicar una definición general de un caso de SIDA, a cualquier persona que sea positiva anticuerpos anti-VIH, y además tenga un conteo de células T CD4 + de 200/células por mm³ o menos, o bien una o más enfermedades oportunistas.

En 1983, Luc. Montaigner, en el Instituto Pauster de Francia y. un año mas tarde Robert Gallo, en el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, identificaron y aislaron al virus causal del SIDA.

En 1984 se desarrollaron pruebas de detección de anticuerpos y en 1985 se iniciaron las pruebas serológicas rutinarias en banco de sangre.

En mayo de 1986, un comité taxonómico de la OMS propuso denominar al virus del SIDA "virus de inmunodeficiencia humana" (VIH).

El origen se remonta al África Central, que es el lugar donde se ha logrado detectar retrospectivamente sueros positivos de mayor antigüedad (Marcheti, Ortiz, Rodríguez, & Salinas, 1993).

Se considera como persona infectada por el VIH o seropositivo, aquélla que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo (NOM-010-SSA2-1993).

Lo que confiere al SIDA su carácter distintivo es que, una vez adquirido, el virus permanece en el individuo de por vida. No existen, ni existirán en un futuro inmediato, recursos inmunopreventivos o terapéuticos efectivos (Soberón, 1988).

Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA

Modelo Epidemiológico-Conductual

Los programas de prevención y las acciones educativas se dirigieron, casi en su totalidad, a la población de hombres homosexuales.

El modelo era dirigido a los grupos de riesgo y se mantuvo hasta finales de 1989.

Modelo Antropológico-Cultural

Este modelo hace hincapié en el significado que los sujetos le dan a las prácticas preventivas y el comportamiento de riesgo, a partir de su pertenencia a contextos culturales específicos, así como los factores culturales y sociales que influyen en la conducta de los individuos.

Modelo Político-Económico

Parte de la idea, que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia y sostiene que ellas constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables.

Este modelo desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social.

Las intervenciones preventivas están dirigidas hacia el activismo de base comunitaria, movilizado para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas.

Se deja de analizar el riesgo percibido en términos de comportamiento individual para centrarse en la vulnerabilidad estructurada y condicionada socialmente (Estrada, 2006).

Los programas que existen sobre experiencias de educación para la prevención del VIH/SIDA, enfrentan problemas mayores que otros programas de educación sanitaria, ya que lo que se pretende es un cambio de hábitos en el comportamiento sexual, los cuales están profundamente arraigados y no son fáciles de modificar (Marchetti, Ortiz, Rodriguez & Salinas, 1993).

Conductas de riesgo

La transmisión del VIH, se da por las prácticas sexuales sin protección, el contacto con sangre infectada, transmisión perinatal (Nassar, Keiser, & Gregg, 2006).

En cuanto al VIH/SIDA, las mujeres cada vez contraen la infección a edades más tempranas que los varones, estando la mayoría en edad reproductiva, entre los 15 y los 44 años de edad.

El promedio de casos acumulados en los años noventa, muestra que se habían contagiado una mujer por cada 6 hombres, pero en el 2007 la relación hombre mujer en

los casos acumulados ha descendido a 4.8 hombres por mujer (Maguis, Bravo, Gayet, Rivera & De Lucas, 2008).

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.

A nivel mundial, el número de mujeres y niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) está aumentando rápidamente, mientras que en muchos lugares los recursos y las Instituciones que ofrecen tratamiento a las personas infectadas por el VIH son escasos.

A ello se suma el hecho de que el personal de salud no siempre está preparado para atender debidamente a la persona infectada por el VIH ni a las complicaciones de esta infección, incluida su manifestación clínica más conocida, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1994).

Al ir en aumento los números de casos en las mujeres, da pie al incremento del SIDA pediátrico.

Este cambio viene de varios factores, los más relevantes al contexto latinoamericano son el sexo sin protección, la violencia contra la mujer y la inequidad de género (ONUSIDA. 2008).

Contrario a lo que suele pensarse, no fue la actividad sexual de ellas sino la de sus conyugues, el factor crítico de transmisión del VIH, todo en un contexto sociocultural adverso para la negociación de las condiciones de los intercambios sexuales y marcado por una desinformación que no facilita la adopción de medios para protegerse (Míreles, Rodríguez, López & Cruz, 2008).

Decenas de millones de mexicanos, se encuentran en situación de vulnerabilidad y discriminación por factores inherentes a su condición, porque no reciben atención suficiente del Estado o porque éste o algunos de sus integrantes violan sus derechos por acción u omisión, y porque la sociedad ignora o desconoce la gravedad de la situación en que se encuentran.

La situación de algunos grupos se agrava por lo endeble de su conciencia y/o por la debilidad de las organizaciones que los representan (Brito, 2006).

En un estudio cualitativo realizado con mujeres en el estado de Chiapas incluían 52 mujeres indígenas y no indígenas, reportaron haberse infectado a través de su compañero en el marco de una relación estable.

Actualmente es muy difícil para estas mujeres portadoras de VIH protegerse durante las relaciones sexuales para evitar ser reinfectadas, no aceptan la utilización del condón.

Tampoco los conyugues facilitan la visita de las mujeres a los servicios de salud para que sean atendidas y se les suministren los antirretrovirales, ellos expresan que õdebemos enfermar y morir juntosõ (González, 2008).

A nivel internacional se han realizado estudios comparativos entre México y otros países que muestran como un bajo empoderamiento de las mujeres facilita la transmisión del VIH.

Particularmente para el caso de las mujeres jóvenes en México, se requeriría intervenir para que las mismas tengan el control de su salud sexual y reproductiva.

Lamentablemente, tales intervenciones se deberían realizar en medio de una atmosfera cultural que no facilita adoptar esta postura; dada la tradicional asignación de roles de género imperante (Massingill, 2008).

Así, en el estado de Guanajuato México, se ha detectado que las mujeres que viven con VIH/SIDA cuentan con una pobre información sobre la enfermedad, lo que finalmente determina un deterioro en la calidad de vida.

El aislamiento social, la discriminación y la pobre atención que reciben en los servicios de salud, pesan sobre ellas facilitando la internalización de un estigma que entre otros problemas, dificulta la adherencia al tratamiento (Ramírez & Rangel, 2008).

Cabe hacer notar que los trastornos emocionales encontrados en personas con infección por VIH, proceden a la aparición de la infección, o bien, durante el curso de la enfermedad sin que fuera necesariamente atribuibles al efecto neuropático del VIH.

En otro estudio se reporto que la presencia de depresión estaba asociada a tiempos más cortos de supervivencia en un grupo de varones infectados con VIH.

La presencia de trastornos mentales, generalmente está relacionada con un peor funcionamiento global, una peor calidad de vida, así como un aumento de la utilización

de los servicios hospitalarios vinculados con el VIH (Lartigue, Casanova, Ortiz & Aranda, 2004).

Hoy se sabe que variables demográficas y sociales como la edad, el sexo, el estrato económico y el nivel educativo de un lado, o bien los conocimientos y variables de la conducta como la edad de inicio de relaciones sexuales o tener relaciones con múltiples parejas, por el otro lado, han resultado los mejores predictores de la conducta de riesgo para la infección del VIH (Robles, Piña & Moreno, 2006).

El VIH/SIDA ñeligeö los caminos de la ignorancia y del silencio para propagarse con virulencia. Entre la población marginada, con escasa educación, poco informada y con unas condiciones de vida precarias es donde se transmite con mayor facilidad.

El silencio, la exclusión y el aislamiento limitan el alcance de las acciones encaminadas a ayudar a las personas afectadas o infectadas por el VIH. (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2002).

El VIH/SIDA tiene mayor prevalencia en los países en desarrollo siendo las regiones de África, el Caribe y América Latina más afectado, el Caribe constituye la región del mundo con más alta prevalencia, luego del África Subsahariana.

En Haití y en República Dominicana se concentra el 85% de los casos y con Puerto Rico estos se elevan aproximadamente un 95%.

El Caribe tiene una de las tasas altas de casos nuevos de mujeres en América, siendo el contacto heterosexual el foco primordial de infección.

Lamentablemente este cuadro no mejora, ya que tanto en el Caribe como en Puerto Rico el contagio con el VIH a causa de las relaciones heterosexuales continúan en aumento (Noboa & Serrano, 2006).

El rol sexual de género, siguen limitando en gran medida la capacidad de las mujeres a la hora de prevenir conductas de riesgo.

Las expectativas sociales derivadas de una concepción tradicional de las relaciones afectivo-sexuales hacen que muchas mujeres accedan a los deseos del varón en sus encuentros sexuales, incluso cuando ello implique adoptar prácticas poco seguras que ponen en riesgo su salud.

Por lo tanto tenemos que las mujeres han de hacer frente a una serie de factores adicionales de riesgo a la infección de VIH/SIDA, que les supone estar en situaciones de

desventaja, respecto a los hombres, frente a esta enfermedad.

Entre ellos figuran la dependencia económica respecto a su pareja; las dificultades para acceder a una información fiable sobre la infección; las dificultades de acceso a la prevención, la prueba diagnóstica y el asesoramiento; la marginación, la discriminación y la violencia de género.

El creciente aumento de la epidemia en las mujeres, es una demostración de estos hechos (García, 2004).

Las diferencias sexuales se transforman así en desigualdad, donde las mujeres son colocadas en situaciones de sujetos subordinados.

Esto conlleva a que por ejemplo, en las negociaciones para utilizar condón durante el acto sexual sean, con mayor probabilidad, los hombres quienes tengan la última palabra (Hirsch, 2008).

Medidas preventivas

Tres conceptos importantes que aparecen en los programas de prevención del SIDA en relación con las conductas sexuales son: sexo seguro, sexo protegido y conductas de riesgo.

El sexo seguro se refiere a conductas sexuales que tienen probabilidad cero de contagio.

Claramente estarían la abstinencia sexual y masturbación, así como la fidelidad sexual a una pareja sin experiencia sexual o que se haya realizado la prueba de los anticuerpos del VIH al menos un mes después de su última relación sexual con otra persona (Moral, Landero & González, 2008).

Considerando que la sexualidad debe estar basada en una ética personal y social que reconozca y respete los derechos humanos. Derechos que garanticen la protección de las necesidades básicas de todas las personas, incluyendo las necesidades sexuales en sus aspectos afectivos, espirituales, reproductivos, placenteros y de género.

Reconociendo que todos los seres humanos son iguales en derechos y oportunidades sin importar su sexo, clase social, orientación sexual, condición intelectual, física, étnica o edad, por lo tanto, tienen derecho a vivir su sexualidad libre de toda forma de violencia y discriminación, en un clima de afecto y ternura; donde la

equidad, la libertad y el respeto conformen los valores de la convivencia social (González et al., 2000).

La aparición de las pruebas de detección de VIH en 1983 permitió dar un salto cualitativo en la vigilancia del SIDA. Permitió detectar la infección del VIH antes del desarrollo de la enfermedad (Izazola, 2003).

Para la realización de la prueba para la detección del VIH, se requiere la consejería, la cual debe de ser guiada por un código de ética, ya que implica trabajar con subjetividad y creencias personales permeadas, por el estigma que ha acompañado a esta condición de salud desde su origen (Red Mexicana de personas que viven con VIH SIDA AC, 2009).

Una persona seropositiva, es a quien se le dio un resultado como portador de VIH, no presenta síntomas, pudiendo vivir varios años sin desarrollar SIDA (Marchetti, Ortiz, Rodriguez & Salinas, 1993).

El trabajo basado en redes sociales, desarrollado con poblaciones empobrecidas y marginadas, hace del trabajo con grupos religiosos un importante factor de acceso a poblaciones vulnerables, el trabajo con grupos religiosos se ha fortalecido en los últimos años (ONUSIDA, 2001).

Panorama Epidemiológico

Dentro del panorama epidemiológico, a nivel mundial existen 33.3 millones de personas que viven con VIH/SIDA (ONUSIDA, 2010). De los cuales 15.9 millones son mujeres y han muerto 30 millones de personas (ONUSIDA, 2010).

En América Latina 1.5 millones de personas viven con VIH/SIDA (ONUSIDA, 2010).

En México viven 149,083 personas con VIH/SIDA de los cuales el 80.5% son hombres y el 19.5% son mujeres.

El diagnóstico acumulado de 1983 a junio del 2011 con SIDA son 149,883 de los cuales el 82% son hombres y mujeres el 18%.

Diagnosticados con VIH de 1983 a junio del 2011 son 34,976 personas, el 72% hombres y el 28% mujeres

En total hay un acumulado de personas que viven con VIH/SIDA 184,859 (CENSIDA, 2011).

En México el primer caso de SIDA en mujer fue en 1983 (Magis & Hernández, 2009).

En el Estado de Nuevo León se tiene un total de 4,226 casos acumulados de 1983 a 2008 (SSNL 2009). Los hombres suman 3,635 (86%) y las mujeres 591 (14%) (CENSIDA, 2011).

Casi el 60% de todas las personas que viven con el VIH desconocen su estado serológico y, en consecuencia, esto obstaculiza su capacidad de cuidar su propia salud y la de sus seres queridos (ONUSIDA 2010).

Al tener información empírica al respecto, se podrán diseñar programas de intervención específica en el CAPASIT (Centro Ambulatorio para Atención y Prevención del VIH/SIDA e ITS) de los Servicios de Salud en Nuevo León, o en otras Instituciones Públicas o Privadas que atienden personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

Discriminación

La salud es un derecho fundamental, particularmente en materia de VIH/SIDA. Es un compromiso del Estado garantizar el acceso a prevención, tratamiento, cuidados y apoyo de manera universal. Para hacer efectivos tales compromisos, es necesario prevenir y combatir la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género.

Las condiciones de salud y la garantía de los derechos humanos están estrechamente vinculadas, pues la salud impacta en el ejercicio de los derechos y los derechos impactan en la salud individual y colectiva (Secretaría de Salud, 2009).

Considerando que la sexualidad debe estar basada en una ética personal y social que reconozca y respete los derechos humanos. Derechos que garanticen la protección de las necesidades básicas de todas las personas, incluyendo las necesidades sexuales en sus aspectos afectivos, espirituales, reproductivos, placenteros y de género.

Reconociendo que todos los seres humanos son iguales en derechos y oportunidades sin importar su sexo, clase social, orientación sexual, condición intelectual, física, étnica o edad, por lo tanto, tienen derecho a vivir su sexualidad libre

de toda forma de violencia y discriminación, en un clima de afecto y ternura; donde la equidad, la libertad y el respeto conformen los valores de la convivencia social (González et al., 2000).

Las mujeres refieren que los servicios de atención médica son pocos sensibles y desalentadores, porque no toman en cuenta todos los elementos y los obstáculos a los que se enfrentan para acudir y por ser VIH positivas las dejan hasta el final de la consulta, es una forma clara de discriminación (Pérez, Taracena, Magis, Gayet & Kendall, 2004).

Los proveedores de servicios de salud clasifican a las PVVS (Personas que viven con VIH y SIDA) en víctimas y culpables. Entre 70 y 80% de los encuestados considera que hay algunas PVVS culpables de su condición, dentro de las que se incluye a los HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), personas en TS (Transexuales) y UDIS (Usuarios de Drogas Inyectables). El trato es diferencial según sea el grupo al que pertenezca el enfermo, pero, sobre todo, se relaciona con una idea de autonomía de las prácticas de estos grupos, es decir, estos individuos eligieron esas prácticas que los han llevado a contraer la infección.

El personal de salud atiende a pacientes, aunque muchas veces desconocen el diagnóstico, cada vez hay más individuos seropositivos. Es un hecho que el SIDA llegó para quedarse y todos deberíamos, en una actitud inteligente, tratar a quienes viven con VIH o tienen SIDA como nos gustaría que nos trataran a nosotros o a nuestros seres queridos (Rico, Uribe, Panebianco & del Río, 1995).

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA pueden describirse como un «proceso de desvalorización» de las personas que viven con el VIH/SIDA o están asociadas con él.

La discriminación viene después del estigma y es el trato injusto y desleal de una persona en razón de su estado serológico respecto al VIH, sea éste percibido o real.

El estigma y la discriminación violan los derechos humanos fundamentales y pueden estar presentes en diferentes niveles, como el político, económico, social, psicológico e institucional (ONUSIDA, 2003).

Los comités de la Naciones Unidas que monitorean el cumplimiento de los tratados de Derechos Humanos por parte de los Estados, a nivel Nacional, con sus

obligaciones de asegurar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos de todas las personas, como lo presenta el Artículo 26 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, el cual prohíbe la discriminación por diversos motivos como son: raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen social o nacional, posición económica, nacimiento u otro estatus (ONUSIDA, 2002).

Las violaciones de los Derechos Humanos- inclusive de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas y especialmente de las personas con VIH/SIDA- se perpetúan y hasta ahora las instancias del Estado no han asumido responsabilidad suficiente para eliminar todas las fuentes de discriminación y violencia (ONUSIDA, 2006).

La discriminación es un fenómeno social de grandes dimensiones, cuyos efectos y consecuencias se advierten en todo el entramado social y en los diversos ordenes de la vida, la discriminación se reconoce como un problema vigente que demanda soluciones diversas, pero se enfoca de modos incluso contradictorios (Torres, 2005).

A lo largo de la historia, en todas las sociedades conocidas, las mujeres han enfrentado, la discriminación social y sus consecuencias, con independencia de sus formas específicas - en toda cultura, especialmente a las que llamaremos tradicionales-

Encontramos que lo femenino, y por asociación las mujeres y sus actividades, carecen de prestigio, de poder y de derechos (Serret, 2006).

También nos muestra que la reacción de la sociedad, ha sido generalmente agresiva con quienes han contraído enfermedades desconocidas. El VIH y SIDA no han sido la excepción.

Inicialmente se culpó a determinados grupos sociales (homosexuales, drogadictos y trabajadoras sexuales) como los causantes de la epidemia y los únicos que podrían ser alcanzados por ella.

Esto, originó el gran avance del VIH y SIDA en la población general. Hoy día sabemos que esta epidemia nos puede afectar a todos (UNICEF, 2002).

Aún hoy, a más de medio siglo de la Declaración de la ONU, las más diversas formas de discriminación proliferan en todas las sociedades a pesar de los esfuerzos de Gobiernos y Organismos Civiles por combatirlas y erradicarlas.

La discriminación a las mujeres, siempre sometidas a los padres de familia o a

los esposos y consideradas incapaces de un uso autónomo de la razón (Salazar, 2005).

La discriminación de la mujer, la hace excesivamente vulnerable al VIH/SIDA. La subordinación de la mujer en la familia y en la vida pública, es una de las causas últimas del rápido aumento de la tasa de infección de las mujeres (ONUSIDA, 1996).

Las personas que viven con VIH/SIDA, también padecen otra epidemia la del estigma y la discriminación que se ha diseminado en el mundo con mayor intensidad que la infección (Hernández, 2006).

El silencio, la exclusión y el aislamiento, limitan el alcance de las acciones encaminadas a ayudar a las personas afectadas o infectadas por el VIH.

"El estigma y la discriminación asociados al VIH y al SIDA son los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones.

A pesar de la catástrofe, prevalece el silencio y la acción se ve frenada debido al estigma, el rechazo y, en última instancia, al miedo de las personas a exponerse al contagio." El estigma puede conducir a discriminación y otras violaciones de los Derechos Humanos que afectan fundamentalmente al bienestar de las personas que viven con el VIH. En países de todo el mundo hay casos bien documentados de personas con el VIH a las que se niegan, entre otros, los derechos a recibir atención de salud, al trabajo, la educación y la libertad de movimiento (ONUSIDA, 2005).

Las actividades de promoción y defensa de los Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA, se desarrollan en un constante devenir, que no sólo requiere servicios de carácter legal, sino que también debe incluir un acompañamiento emocional y el pleno respeto a la autonomía de las personas afectadas, lo que determina la necesidad de que las personas que realizan actividades de promoción y defensa; establezcan una relación horizontal con las personas que han sido violentadas en sus derechos fundamentales.

Se señalan diez principios básicos, que estimamos deben ser cumplidos en todas las etapas del proceso de atención jurídica a los casos de violación de los Derechos Humanos de personas que viven con VIH/SIDA, con el fin de salvaguardar la dignidad de las personas afectadas y alcanzar una mayor eficacia de las intervenciones: profesionalismo, credibilidad, objetividad, razonabilidad y proporcionalidad de los medios, confidencialidad y consentimiento informado, interés preponderante, relevancia,

oportunidad, coadyuvancia e integralidad (Morales, 2006).

Uno de los aspectos que produce mayor sufrimiento, en muchas de las personas infectadas por el VIH es el denominado "SIDA SOCIAL" consiste en la marginación o discriminación que sufren por parte de los miembros de la población no infectada.

Debido al temor que sienten estos últimos, por una hipotética transmisión del virus a través de comportamientos habituales en la vida cotidiana de relación: estrechar la mano, dar un abrazo, besar, compartir cigarrillos, vasos cubiertos, vajillas o ropa; usar el mismo cuarto de baño, toser, estornudar etc.

Al margen de que el principal objetivo de todas las campañas de información sobre el SIDA sea reducir la expansión de la epidemia evitando nuevas infecciones, un objetivo añadido de gran número de ellas, es disminuir el miedo hacia las personas infectadas con el VIH y evitar su marginación (Bayés, Begoña & Viladrich. 1998).

En un estudio que se hizo en Sudáfrica sobre la discriminación hacia la preparación de los alimentos algunas mujeres mencionan: Se me hizo difícil dar a conocer mi estatus a mis familiares y amigos.

Mi familia no acepta la comida por miedo a que pueda estar infectada. Si conocieran como se trasmite el VIH/SIDA estoy segura que la situación sería diferente. Mi madre me dijo que no debo de cocinar más.

La discriminación y rechazo por miembros de la familia que se niegan a aceptar la comida o dejar cocinar a las mujeres con VIH/SIDA reflejan el temor a ser infectados (Okoror, Airhihenbuwa, Zungu, Makofani, Brown & Iwelunmor, 2007).

Así tenemos que la Discriminación es un término muy general que abarca una gran variedad de prácticas y actitudes enraizadas y representaciones y modos de discurso que van de un gesto inconsciente a una decisión consciente, de negligencia pasiva a un rechazo teñido de violencia y que engloba a todas las esferas de la existencia, desde el microcosmos de las relaciones interpersonales, hasta el macrocosmos de las relaciones entre grupos sociales y entre pueblos teniendo en cuenta estos aspectos tan diversos como establecer distinción o diferencia, de valorativas o peyorativas (Desclaux, 2003).

Género

Los roles sexuales de género siguen limitando en gran medida la capacidad de las mujeres a la hora de prevenir conductas de riesgo.

Las expectativas sociales derivadas de una concepción tradicional de las relaciones afectivo-sexuales hacen que muchas mujeres accedan a los deseos del varón en sus encuentros sexuales, incluso cuando ello implique adoptar prácticas poco seguras que ponen en riesgo su salud.

Por lo tanto tenemos que las mujeres han de hacer frente a una serie de factores adicionales de riesgo a la infección de VIH/SIDA, que les supone estar en situaciones de desventaja, respecto a los hombres, frente a esta enfermedad.

Entre ellos figuran la dependencia económica respecto a su pareja; las dificultades para acceder a una información fiable sobre la infección; las dificultades de acceso a la prevención, la prueba diagnóstica y el asesoramiento; la marginación, la discriminación y la violencia de género.

El creciente aumento de la epidemia en las mujeres es una demostración de estos hechos (García, 2004).

La consideración de los aspectos sociales y culturales para explicar la postergación del reconocimiento a la mujer como grupo especialmente vulnerable, ha justificado también estudios sobre la relación de su condición subordinada al acceso a la atención y cuidados, que incide en su calidad de vida, encontrando entre otras cosas que no tiene un sueño placentero pues a menudo tiene alteraciones que impiden un sueño normal y por lo tanto su nivel de vida se afecta, poniéndolo en un estado propicio para aumentar su inmunodepresión. Puede también destacarse que los sentimientos de enojo, ira y la dificultad para relacionarse con los demás, están relacionados a lo descrito. Por lo anterior al no tener un estado emocional tranquilo, las pacientes suelen presentar con un proceso de somatización a través de un dolor crónico, lo que se suma a los síntomas hasta ahora descritos, el objeto central es la baja autoestima que de alguna manera conlleva a una desconfianza, pérdida de interés, somnolencia, desvelo (Bijarro, Mendiola & Montemayor, 2009).

La vulnerabilidad de las mujeres tienen múltiples rostros: Biológica, Epidemiológico, Social y Cultural.

Para el caso de la vulnerabilidad Biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, porque la zona de expansión al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales y por que las infecciones de transmisión sexual (ITS) (co-factores de infección por el VIH) son más frecuentemente asintomáticos y no tratadas en la mujer que en el hombre (Herrera & Campero 2002).

Es difícil en la gestión del riesgo es el resultado de muchos factores en juego que son de origen personal, social, cultural, demográfico, legal, económico y político.

El concepto sociocultural de la feminidad pone en riesgo la salud de las mujeres, ya que responde a múltiples factores y creencias.

Esto provoca que la mujer sea pasiva a la hora de tomar determinaciones respecto a su sexualidad, repercutiendo directamente en su salud y en ser más vulnerable al VIH.

Esta vulnerabilidad, dada por múltiples factores ya mencionados, se acrecienta cuando la mujer además pertenece a grupos deprivados socioeconómicamente.

Conocer tempranamente el grado de riesgo de vulnerabilidad de una mujer fundamentalmente en la atención primaria de salud pública, permitirá realizar acciones preventivas educacionales y consejería que podrían incidir en la disminución del riesgo (Urzúa & Zuñiga, 2008).

A partir de 1990 ha sido notoria la disminución de la curva de incidencia mediante la transmisión sanguínea, pero no ha ocurrido lo mismo con la vía sexual.

Frente a ello cabe destacar la importancia del compromiso comunitario, puesto que así como es responsabilidad del gobierno el control sanguíneo, la responsabilidad de controlar la vida sexual nos corresponde a todos y cada uno de nosotros.

En las últimas décadas se ha realizado un verdadero esfuerzo para investigar qué es lo que lleva a la gente a modificar el comportamiento sanitario (Marcheti, Ortiz, Rodriguez & Salinas, 1993).

En el marco de las conferencias, de Beijing, se reconoció que los derechos humanos de mujeres incluyen el derecho a controlar su sexualidad y a decidir libremente respecto *por* estas cuestiones sin verse sujetas a la coerción, la discriminación

o la violencia (Fundación Nuevoleonesa para el desarrollo social [FUNDES A.C], 2004).

En México, persisten las creencias sobre lo que deben ser los comportamientos femeninos y masculinos con base en estereotipos muy marcados: las mujeres son por naturaleza dulces, sumisas, sentimentales y pasivas, y que los hombres son fuertes, activos, agresivos y dominantes.

Con base en estas creencias se justifica que los hombres impongan su voluntad y autoridad sobre las mujeres incluso recurriendo a la violencia.

La violencia sexual es la que permanece más oculta incluyendo las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio (Secretaria de Salud, 2004).

La convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (también conocida como Convención de la mujer CEDAM, por sus siglas en ingles), adoptada para la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979, establece parámetros internacionales básicos para promover que las mujeres no solo tengan una condición legal igualitaria, sino que además disfruten realmente de todos los derechos y libertades fundamentales.

La discriminación se considera un atentado a la dignidad humana y un obstáculo al desarrollo social, económico y político de los países (Torres, 2005).

Al promulgar o robustecer las leyes contra la discriminación protegen a los grupos vulnerables, a las personas que viven con VIH/SIDA y/o con alguna discapacidad, garantizan la vida privada y la confidencialidad, velar por la ética en investigaciones que involucran a seres humanos.

Los gobiernos de los países deben prestar atención especial a grupos vulnerables de su población para: combatir los prejuicios y las desigualdades subyacentes, y promover un entorno favorable para la mujer, los niños y otros grupos vulnerables (Dueñas & Martínez, 2000).

En un estudio descriptivo sobre el riesgo y la protección del VIH/SIDA entre las mujeres de alto estatus socio-económico de Cali. Pocas mujeres informaron haber sufrido violencia domestica y que no hizo uso de drogas intravenosas, en cambio, tenían factores de riesgo similares a los de las mujeres de clase baja y perciben la infidelidad en su pareja a pesar de tener una relación monógama y heterosexual.

A pesar de su auto-percepción sobre la vulnerabilidad al VIH/SIDA fue alto el uso del condón, y el poder de decisión en las relaciones sexuales eran bajos.

Las mujeres tenían creencias erróneas sobre el VIH/SIDA, en relación a los factores de riesgo similares a los de las mujeres de clase baja y perciben la infidelidad en su pareja a pesar de tener una relación monógama y heterosexual. A pesar de su educación (Collazos et al., 2005).

Atendiendo a la división sexual de las dos esferas en que hasta ahora se ha dividido la vida social, familiar y profesional, el estudio de los determinantes sociales de la salud de las mujeres adoptan un marco conceptual basado en los roles, en el que los papeles de madre y esposa se consideran centrales y el trabajo remunerado un papel adicional.

Por el contrario el análisis de los determinantes sociales de la salud de los hombres se centra en la ocupación.

Esta rígida división sexual del trabajo determina desde el principio la vida de hombres y mujeres que crecen en un entorno que configura distintas actitudes y valores, diferentes oportunidades y recursos (Artazcoz, 2004).

Trastornos Psicológicos

En la actualidad se han acumulado suficientes datos acerca de cómo los trastornos psicológicos interfieren con el desempeño de diversas actividades y algunos comportamientos, entre ellos los relacionados con la adhesión a los tratamientos prescritos por los médicos para controlar la infección por el VIH (Piña et al., 2008).

El VIH arrebató al enfermo su autonomía psicológica, el control de sus decisiones; debilita su vida mental, su identidad y su autoestima.

El VIH afecta al sistema nervioso en diversas formas y desde el inicio, manifestándose en alteraciones de atención, memoria, funciones ejecutivas y en casos de fases avanzadas de SIDA, cuadros complejos de demencia (González, 2006).

En un estudio realizado con mujeres diagnosticadas con VIH, 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 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 (Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín & Tovar, 2006).

Depresión

La depresión se plantea como tristeza impotencia, pérdida de autoestima, culpa, vergüenza, sensación de ser insignificativo, desesperanza, ideas suicidas, aislamiento social, dificultad para conciliar el sueño, expresiones de darse por vencido y pérdida del apetito (Arrivillaga, López & Ossa, 2006).

Dependiendo de la intensidad de la enfermedad, el individuo depresivo puede presentar pérdida en la autoestima, sentimientos de Inutilidad o culpa excesivos e inadecuados, dificultad para pensar con claridad o concentrarse, olvidos frecuentes, desesperanza, sentimientos de inutilidad y desmoralizantes, pérdida de Interés por el trabajo, los estudios, entretenimiento, sensación de lejanía emocional hacia familiares o amigos. Falta de energía o inquietud extrema, cambios en el apetito, por exceso o disminución, problemas para dormir.

Ya sea por despertares frecuentes generalmente en las madrugadas; o por dormir en exceso, disminución en el interés sexual, llanto fácil, o deseos de llorar y no poder hacerlo. Sentir un "nudo en la garganta", pesimismo, ideas recurrentes de muerte, incluso respecto al suicidio, ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos no prescritos, en ocasiones, pérdida del sentido de realidad, quizás escuchar voces (alucinaciones) o tener ideas extrañas (delirios). (Colin, 2002).

Las experiencias emocionales son una de las fuentes de información que tienen las personas acerca de si mismas, y además el estado emocional es uno de los factores que determinan la accesibilidad de una información o pensamiento, por lo cual un estado de ánimo positivo o negativo hará más accesible pensamientos positivos o negativos, respectivamente.

Debido a esto la evaluación que hace un individuo en su estado de salud puede variar dependiendo de cuál sea su estado anímico, lo que lleva a preguntar si el estado emocional influye en el reconocimiento o interpretación de síntomas físicos, y mayor

intensidad que la infección.

Así tenemos las mujeres que han renunciado a la posibilidad de embarazarse, que en la actualidad no toman ninguna medicación antirretroviral, aquellas que perciben que la medicación tiene efectos físicos y psicológicos negativos, que presentaron alguna enfermedad y aquellas que enfrentaron algún evento difícil en los últimos tres meses (Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín, & Tovar, 2006).

El estigma y la discriminación representan una expresión de violencia social que afecta los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH, principalmente aquellos grupos tradicionalmente discriminados como homosexuales, mujeres, trabajadores y trabajadoras del sexo comercial, demuestra, en los hechos, que la infección por el VIH/sida conlleva la muerte social de quien la experimenta, lo que no sólo vulnera su integridad física, sino la dignidad inherente a su condición humana (Hernández, 2006).

Un diagnóstico de VIH a menudo implica una cantidad abrumadora de enojo, como la ira que puede afectar la capacidad psicomotriz, además de acelerar una progresión al SIDA provocando destructivas expresiones de emoción, tales como el abuso de alcohol y drogas y el aislamiento social.

Lo anterior se debe evitar, ya que pueden provocar problemas asociados con la ira y la cognición, recomendando el manejo de la ira, la reducción del estrés, a través del asesoramiento, grupos de apoyo, y la educación que podría ayudar a las personas a afrontar el diagnóstico (Vance, Smith, Neidig & Weaver, 2008)

CAPITULO III

METODO

El presente estudio se llevó a cabo en dos fases. La primera fase cualitativa se realizó con una muestra de 30 mujeres diagnosticadas de VIH/SIDA; se entrevistó a cada una en forma individual previo consentimiento informado (Anexo 1), partiendo de cinco preguntas abiertas (Anexo 2) con el objetivo de explorar el campo fenomenológico de las vivencias de discriminación y poder generar los ítems de la Escala de Discriminación Temida y Percibida. Esta fase se cierra con el estudio de comprensibilidad de las instrucciones e ítems de Escala de Discriminación Temida y Percibida. Para este fin se empleó una muestra de 20 mujeres con VIH (Anexo 3) y se modificó la redacción de algunos ítems con baja comprensibilidad.

La segunda fase cuantitativa se realizó con una muestra de 200 mujeres diagnosticadas de VIH/SIDA; se aplicó la Escala de Discriminación Temida y Percibida (Anexo 4) y dos escalas de emociones negativas (ira y depresión) (Anexos 5 y 6).

Ambos estudios son de carácter descriptivo-correlacional con diseños ex post facto transversales. En ambos las muestras fueron incidentales de participantes voluntarios.

A continuación se detallan los aspectos metodológicos de ambas fases.

Fase Cualitativa

Participantes

La muestra estuvo integrada por 30 mujeres de 18 a 55 años que viven con VIH/SIDA y acudían para su tratamiento al Centro Ambulatorio de Atención a Pacientes con Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) del Estado de Nuevo León, México.

Entrevistas realizadas en junio y julio del 2010.

Instrumento

Se generó un cuestionario con cinco preguntas abiertas: Por tu condición de ser portadora de VIH ¿qué temes al ser discriminada?, ¿cómo sabes que eres discriminada?, ¿quién te discrimina más?, ¿dónde te discriminan más?, y ¿cuándo te discriminan más? Este cuestionario tenía como objetivo explorar el campo semántico de la discriminación temida y percibida por la condición de vivir con VIH/SIDA en mujeres.

Los reactivos se elaboraron pensando en dos factores (temor y percepción) con 10 reactivos en cada subescala.

Se hizo una primera selección de reactivos por expertos.

Posterior un piloteo de comprensión en 30 mujeres seropositivas.

Procedimientos

El cuestionario se aplicó en forma de entrevista en el CAPASITS.

La entrevista duraba aproximadamente 30 minutos, variando de 5 minutos a una hora.

Las respuestas fueron anotadas por escrito.

Posteriormente se aplicó el análisis de contenido temático sobre las respuestas a cada pregunta.

Tras generarse las categorías, se volvió a codificar las respuestas con el sistema creado para estimar su confiabilidad interjuez.

Al ser confiabilidad alta no se realizaron cambios.

Antes de aplicar el cuestionario se solicitó el consentimiento escrito y se garantizó la confidencialidad de los datos.

El protocolo de investigación fue aprobado por las autoridades de COESIDA de Nuevo León, el cual se ajustó a las normas éticas de manejo de pacientes de la Norma Oficial Mexicana 010-SSA2-1993 (Secretaría de Salud, 1995) y de la Asociación Psicológica Americana (APA, 2002).

Fase Cuantitativa

Participantes

La muestra quedó integrada por 200 mujeres.

Los criterios de inclusión: edad entre 18 y 50 años, saber leer y escribir, firmar el consentimiento informado y haber recibido diagnóstico de VIH positivo.

La población objeto de estudio, fueron mujeres que viven con VIH/SIDA y atendidas en el Centro Ambulatorio de Atención a Pacientes con Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de Nuevo León.

Instrumentos

Escala de Discriminación Temida y Percibida.

Mide discriminación en sus aspectos de expectativa y percepción a causa de ser VIH positivo o padecer SIDA.

Está integrada por 48 ítems tipo likert con un rango de respuesta de 1 (nada) a 5 (totalmente).

Se solicita a la persona indicar qué tanto describen sus expectativas y vivencias una serie de situaciones de discriminación por la condición de ser seropositiva de VIH o padecer SIDA, esto es, se le pide valorar el grado de conformidad.

Todos los ítems son directos y la puntuación total de discriminación se obtiene por la suma simple de los mismos (Anexo 4).

Expresión de la Ira

Escala de expresión de la Ira del Inventario de Rasgo-Estado-Expresión de Ira. (STAXI-2-AX/EX; Spielberger, 1999), con la traducción al español de Miguel, Cano, Casado y Spielberger (2001). Está configurada por 24 ítems tipo Likert con un rango de 1 (nada absoluto) a 4 (mucho).

Consta de cuatro factores de 6 ítems cada uno:

Control externo (ítems 1, 5, 8, 11, 16 y 18) que evalúa la frecuencia con que la persona controla la expresión externa de la ira.

Control interno (ítems 19, 20, 21, 22, 23 y 24) que evalúa frecuencia con la que

la persona se calma para controlar la expresión externa de su ira.

Exteriorización (ítems 2, 4, 6, 9, 13, 15) que evalúa la frecuencia con que la persona manifiesta la ira en relación con los demás.

Interiorización (ítems 3, 7, 10, 12, 14 y 17) que evalúa la frecuencia con que la persona esconde conscientemente sus sentimientos de ira ante los demás.

Las puntuaciones en los factores se obtienen por suma simple de ítems.

La puntuación total de expresión de ira se obtiene sumando las escalas de interiorización y exteriorización, añadiendo una constante de 36 y restando las escalas de control externo e interno, variando su rango de 0 a 68. (Véase Anexo 6).

En la muestra estadounidense de 1,900 sujetos, la consistencia interna de los factores varió de .82 a .75 (Spielberger, 1999).

Depresión

El Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-II) de Beck, Steer & Brown (1996), con la adaptación al español de Sanz, Perdigón & Vázquez (2003).

Es un instrumento de autoaplicación que contiene 21 ítems.

Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años.

En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento.

En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63 (Anexo 5).

Diseño utilizado

El presente es un diseño no experimental o ex post facto, donde la principal característica es la ausencia de la manipulación de las variables independientes debido a que ya sucedió.

Procedimiento

Para realizar este estudio se obtuvo el consentimiento del secretario técnico del Consejo Estatal para la Prevención y Control del SIDA de Nuevo León (COESIDA-NL) y del director del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de Nuevo León.

Las mujeres que participaron en el estudio acudían a la consulta externa del CAPASITS (95%) o de la Clínica No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social (5%), ambas instituciones ubicadas en la ciudad de Monterrey.

Las entrevistas se realizaron en estas instituciones.

Se les informaba en qué consistía el estudio y cuáles eran sus objetivos.

Al aceptar participar se le pedía que firmaran la carta de consentimiento informado, y a continuación se le entregaba las escalas para que las respondiera de forma autoaplicada.

El muestreo se realizó de julio del 2010 a mayo del 2011.

El estudio atendió las normas éticas de la *American Psychological Association* (2002).

En una entrevista cara a cara se realizaban las preguntas pertinentes para obtener la información sociodemográfica y clínica.

Tras estas preguntas las mujeres encuestadas respondían las escalas de autorreporte.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Creación de la Escala de Discriminación en Mujeres que viven con VIH/SIDA

Fase cualitativa para generar los ítems

Aspectos metodológicos del estudio cualitativo

En primer lugar se realizó un estudio cualitativo para generar los ítems de la escala.

Se elaboró un cuestionario de cinco preguntas abiertas para explorar el campo semántico de la *discriminación temida y percibida*, aplicándose un análisis de contenido temático para categorizar las respuestas.

Se entiende por *discriminación* una diferencia de trato basada en distinciones arbitrarias, injustas o injustificables.

En nuestro caso sería la condición de vivir con VIH/SIDA.

La *discriminación temida* se basaría en una expectativa consciente de la persona ante un escenario social imaginado o pronosticado donde entra en juego la condición de discriminación y la *discriminación percibida* se basaría en la evaluación de las interacciones vividas por la persona en los escenarios sociales concretos en los que se pone el juego la condición de discriminación.

Las preguntas abiertas que integran el cuestionario de entrevista son: Por tu condición de ser portadora de VIH ¿qué temas al ser discriminada?, ¿cómo sabes que eres discriminada?, ¿quién te discrimina más?, ¿dónde te discriminan más?, y ¿cuándo te discriminan más?

Este cuestionario tenía como objetivo explorar el campo semántico de la discriminación temida y percibida por la condición de vivir con VIH/SIDA en mujeres

Las entrevistas se llevaron a cabo en el CAPASITS por la autora de esta tesis.

La entrevista duraba aproximadamente 30 minutos, variando de 5 minutos a una hora., Las respuestas fueron anotadas por escrito.

Posteriormente se aplicó un análisis de contenido sobre el material obtenido desde las preguntas abiertas.

Siguiendo la terminología clásica de Berelson (1952) y Krippendorff (1982), el universo objeto del análisis fue las respuestas emitidas por las participantes a las preguntas abiertas y la unidad de análisis el ítem.

Se creó una sola categoría de análisis para cada ítem, cada una de las cuales contenían seis subcategorías.

El tipo de categoría empleada fue de tópica (tema tratado en el contenido).

Tras generarse las mismas, el director de tesis volvió a codificar las respuestas para estimar su fiabilidad interjuez por el coeficiente kappa de Cohen.

Al ser la fiabilidad alta ($\kappa > .80$) no se requirieron cambios (véase Tabla 1).

El enfoque de elaboración fue empírico, intentando reducir el campo semántico con un número mínimo de subcategorías con propiedades de exhaustividad (toda respuesta es clasificada en una categoría) y exclusividad (sólo en una).

Antes de aplicar el cuestionario se solicitó el consentimiento escrito y se garantizó la confidencialidad de los datos.

El protocolo de investigación fue aprobado por las autoridades de COESIDA de Nuevo León, el cual se ajustó a las normas éticas de manejo de pacientes de la Norma Oficial Mexicana 010-SSA2-1993 (Secretaría de Salud, 1995) y de la American Psychological Association (APA, 2002).

En esta fase cualitativa se empleó una muestra intencional de participantes voluntarias.

Quedó integrada por 30 mujeres que están diagnosticadas con VIH/SIDA y acudían para su tratamiento al Centro Ambulatorio de Atención a Pacientes con Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) del estado de Nuevo León, México.

La edad promedio de las 30 mujeres fue de 36 años y 4 meses con una desviación típica de 10 años y 3 meses, con una edad mínima de 19 años y una máxima de 50.

La distribución de la edad fue simétrica, $Sk = -0.04$, $EE = 0.43$, y mesocúrtica, $K = -1.42$, $EE = 0.83$, ajustándose a una curva normal, $Z_{K-S} = 0.77$, $p = .60$.

El 30% (9 de 30) de las mujeres dijo estar separada y en todos los casos la separación fue por petición de la pareja, 23% (7 de 30) indicaron estar solteras, dos de ellas madres solteras, 30% (7 de 30) casadas, 17% (5 de 30) viudas por fallecimiento del cónyuge a causa del SIDA, y 7% (2 de 30) vivir en unión libre con hombres no

portadores (parejas serodiscordantes).

En el caso de los matrimonios ambos eran seropositivos y las mujeres entrevistadas atribuían la infección a la infidelidad del cónyuge.

El 83% (25 de 30) de las mujeres señaló tener hijos y 17% (5 de 30) no tienen.

En el momento de la infección de VIH, 5 mujeres quedaron embarazadas y sólo un bebé resultó seropositivo y murió a los 8 meses de nacido por neumonía.

El 47% (14 de 30) de las mujeres informaron ser amas de casa, 27% (8 de 30) trabajar en el sexo comercial y 27% (8 de 30) fuera del hogar sin dedicarse al sexo comercial.

La media de años desde el diagnóstico de VIH a la fecha de entrevista fue de 4 años y 5 meses con una desviación típica de 3 años y 3 meses; el tiempo mínimo fue de 4 meses y el máximo de 10 años y 6 meses; la distribución fue simétrica, $Sk = 0.57$, $EE = 0.43$, y mesocúrtica, $K = -0.92$, $EE = 0.83$, ajustándose a una curva normal, $Z_{K-S} = 0.77$, $p = .60$.

La fiabilidad interjuez se estimó por el coeficiente kappa () para las categorías de cada pregunta.

Descripción de las categorías de respuesta a las cinco preguntas abiertas

El 27% (8 de 30) de las participantes ante la pregunta de qué temas al ser discriminada responde que no tiene miedo a nada, el 23% (7 de 30) que la corran de la casa o trabajo, el 23% (7 de 30) que la rechacen, el 20% (6 de 30) que se enteren los demás, el 3% (1 de 30) que no lo acepten y el 3% (1 de 30) que se lo cuenten a otros.

Ante la pregunta cómo sabes que eres discriminada, el 43% (13 de 30) dice que no es discriminada, el 27% (8 de 30) lo sabe porque le dejan hablar, el 13% (4 de 30) la corrieron de la casa o el trabajo, el 10% (3 de 30) no la atienden al consultar, el 3% (1 de 30) no encuentra trabajo y el 3% (1 de 30) porque la familia no comparte los cubiertos con ella.

La mayoría de ellas nunca mencionan su diagnóstico y muy pocas personas lo saben.

Ante la pregunta quién te discrimina más, el 33% (10 de 30) menciona que no es discriminada por nadie, el 33% (10 de 30) por el personal de salud o donde consulta, el

17% (5 de 30) en la casa, el 7% (2 de 30) por los vecinos, el 7% (2 de 30) en el trabajo y el 3% (1 de 30) por familiares.

Ante la pregunta dónde te discriminan más, el 43% (13 de 30) de las participantes dice que no la discriminan, el 27% (8 de 30) donde consulta, el 10% (3 de 30) en la casa, el 10% (3 de 30) en el trabajo, el 7% (2 de 30) en el CAPASITS y el 3% (1 de 30) en la colonia donde vive.

Ante la pregunta cuándo te discriminan más, el 47% (14 de 30) menciona cuando se enteran los demás, el 23% (7 de 30) comenta que no la discrimina, el 17% (5 de 30) cuando consulta, el 7% (2 de 30) cuando ven el expediente médico, el 7% (2 de 30) cuando se enferma y el 3% (1 de 30) cuando convive en casa.

Los sistemas de categorías elaborados para las cinco preguntas abiertas son sencillos y fiables, variando los valores del coeficiente Kappa entre los dos evaluadores de .82 a .95, con un promedio de .87 (véase Tabla 1).

Tabla 1.

Frecuencias y porcentajes de las categorías de respuesta a las preguntas abiertas

Pregunta abierta	Categorías de respuesta	f	%
¿Qué temas al ser discriminada? ($\kappa = .87, EE = .07, t = 9.91, p < .01$)	No tiene miedo a nada	8	26.7
	Que la echen de casa o trabajo	7	23.3
	Rechazo	7	23.3
	Que se enteren los demás	6	20.0
	Que no la acepten	1	3.3
	Cuenten a otros	1	3.3
	Total	30	100
¿Cómo sabes que eres discriminada? ($\kappa = .82, EE = 0.08, t = 8.47, p < a01$)	No es discriminada	13	43.3
	Le dejan de hablar	8	26.7
	La corrieron	4	13.3
	No la atienden al consultar	3	10.0
	No encuentra trabajo	1	3.3
	No comparten cubiertos	1	3.3
	Total	30	100
¿Quién te discrimina más? ($\kappa = .87, EE = .07, t = 8.74, p < .01$)	No es discriminada	10	33.3
	Personal donde consulta	10	33.3
	En la casa	5	16.7
	Los vecinos	2	6.7
	En el trabajo	2	6.7
	Familiares	1	3.3
Total	30	100	

¿Dónde te discriminan más? ($\kappa = .82, ET = .08, t = 8.89, p < .01$)	No la discriminan	13	43.3
	Donde consulta	8	26.7
	En su casa	3	10.0
	En el trabajo	3	10.0
	En el CAPASITS	2	6.7
	En la colonia donde vive	1	3.3
	Total	30	100.
¿Cuándo te discriminan más? ($\kappa = .95, EE = .05, t = 9.00, p < .01$)	Cuando se enteran	14	46.7
	No la discriminan	7	23.3
	Cuando consulta	5	16.7
	Cuando ven el expediente	2	6.7
	Cuando se enferma	1	3.3
	Cuando convive en casa	1	3.3
	Total	30	100

= Coeficiente kappa de Cohen, ET = Error típico del coeficiente. Contraste por la prueba t de Student para una hipótesis nula de valor 0.

Se tenía una expectativa de reporte de discriminación en la mayoría de las mujeres que viven con VIH/SIDA (Bayés et al., 1998; Desclaux, 2003; Kendal y Pérez, 2004; Uribe et al., 2003).

El porcentaje de mujeres participantes en el estudio que señalan discriminación es mayoritario, con un promedio de 65%, variando de 77 a 57%.

Se puede afirmar que sí se cumple la expectativa en esta muestra intencional, integrada sobre todo por mujeres separadas, casadas o solteras, donde la mitad se dedica a su hogar, de unos 36 años y con 4 años desde el diagnóstico de VIH, que son las características que representan al perfil sociodemográfico de la participante promedio.

Ante la pregunta quién te discrimina más se observa que desciende el porcentaje de personas que dicen nunca haber sido discriminadas a favor de la categoría de cuando se enteran, sabiendo que la mayoría de ellas evitan comentar su situación de vivir con VIH/SIDA.

Indican ser discriminadas con más frecuencia en relación con los servicios de salud, donde se revela o está registrada su condición, lo cual confirma los datos publicados sobre percepción de discriminación en la atención sanitaria por la condición de ser mujer seropositiva (Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL], 2006).

La mayor sensibilidad al rechazo que genera la pregunta cuándo te discriminan más (77%) podría ser explicada por su ubicación contextual dentro de la entrevista.

Es la pregunta que cierra y se realiza tras otra semejante (¿dónde te discriminan más?).

Las dos preguntas indagan sobre los contextos concretos de discriminación que facilitan el recuerdo.

Así la primera pregunta (dónde) hace más accesible la información y la ubicación de la pregunta cuándo como cierre de la entrevista incentiva que salga lo aún no dicho.

Además, lo concreto de la información solicitada facilita más la expresión de aspectos negativos que evaluaciones globales que suelen estar más teñidas de deseabilidad social o el cumplimiento de las expectativas del evaluador que la persona encuestada tiene en mente (Ortega y Moral, 2008), lo cual se ha señalado como un rasgo en la psicología del mexicano (Díaz-Guerrero, 2003).

También puede estar influyendo la mayor fiabilidad interjuez de las subcategorías de esta pregunta, $r = ,95$.

Poco más de un tercio de estas mujeres afirman no recibir discriminación (promedio de 35%), que es un porcentaje importante, además llama la atención que un cuarto de las mujeres no alberga ningún temor ante la situación de discriminación.

Pudiera que los mecanismos sociales de discriminación se estén suavizando o que realmente la aceptación se esté incrementando, cuando los estudios de sexualidad en México reflejan actitudes condenatorias (Díaz-Guerrero, 2003; Lagarde, 1997; Moral, 2010; Urzúa y Zúñiga, 2008; Vázquez y Chávez, 2008).

En gran parte lo atribuimos al hecho de que el promedio de tiempo con la enfermedad es de 4 años, probablemente en personas recién infectadas los temores serían mayores, como se halla en otros estudios (Desclaux, 2003; Kendal y Pérez, 2004).

Por lo tanto, estas mujeres que consultan y están en tratamiento parecen haberse acomodado a un ambiente que las respeta, siendo esta adaptación temprana, ya que el tiempo de diagnóstico más bien es independiente.

Sólo se asocia con la pregunta más sensible a la discriminación, pero en una relación mediada por la edad.

Finalmente, de las categorías de respuesta a las cinco preguntas abiertas formuladas en esta investigación se derivaron 48 ítems tipo Likert que se pueden ver en el Apéndice, dando lugar al cuestionario de discriminación temida y percibida en mujeres con viven con VIH/SIDA, cuyo estudio psicométrico está en proceso.

Fase cuantitativa de desarrollo del cuestionario

Aspectos metodológicos

La muestra estuvo integrada por 200 mujeres, que en forma voluntaria y previo consentimiento informado se realizó la aplicación de las escalas.

En la Tabla 2 de las *Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas* se observa que, las edades de las 200 mujeres varían de una mínima de 18 años a una máxima de 50 con una media de 34.88, una mediana de 34 años y una desviación estándar de 8.63.

Tienen hijos 176 mujeres, lo máximo de hijos son 8 y el mínimo 1, una media de 3.38, mediana de 3 y desviación estándar de 1.46.

El promedio y la mediana de escolaridad corresponden a secundaria incompleta (4).

En cuanto al promedio de edad de los hijos se encuentra una mínima de una semana y máxima de 30 años, una media de 13.33, mediana de 12 y desviación estándar de 7.01.

La media de años transcurrido desde el diagnóstico es 3.79 ($DE = 3.17$), la mediana es del 3 años con un máximo de 18 años y un mínimo de 6 meses.

En la Tabla 3 relacionada con la *Distribución de las variables sociodemográficas y el foco de infección* se encuentra que el 43% (86 de 200) de las participantes está casada; continuando las solteras con un 22.5 % (45); en unión libre 14% (28); viudas 9.5% (19); separadas 6% (12) y divorciadas 5% (10).

Predomina con un 88.5% (177) la religión católica, y el 11.5% (23) son cristianas.

En cuanto al foco de infección se encuentra que el 57.5 (115 de 200) fue el cónyuge; continuando con un 21.5% (43) la pareja en unión libre; el 15.5% (31) pareja

ocasional; 2% (4) cliente; 1.5% (3) amante; 1% (2) novio, 0.5% (1) abuso sexual y 0.5% (1) transmisión vertical (madre-hija).

En cuanto al sexo de los hijos se halla que el 53% (93 de 176) tiene tanto hombres como mujeres, el 26% (45) tiene hijas y el 21% (38) varones.

En cuanto al rango de edad de los hijos, 10% (18 de 176) tienen menores de 5 años, 18% (31) de 6 a 12 años, 10% (17) de 13 a 18 años, 22% (39) mayores de 18 años, 29% (52) de 0 a 18 años y 11% (19) menores y mayores de edad.

Tabla 2|

Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas

Estadísticos	Edad*	Numero de hijos*	Promedio de edad de los hijos**	Escolaridad*	Práctica religiosa*	Tiempo Dx*
<i>N</i>	200	200	176	200	200	200
<i>Min</i>	18	0	0.01	1	1	.06
<i>Max</i>	50	8	30	7	5	18
<i>M</i>	34.88	2.28	13.33	3.66	2.71	3.79
<i>Mdn</i>	34	2	12	4	3	3
<i>Mo</i>	30	2	9	3	2	2
<i>DE</i>	8.63	1.45	7.01	1.15	0.93	3.17
<i>Sk</i>	0.08	0.60	0.33	0.20	0.27	1.29
<i>K</i>	-0.92	0.92	-0.75	0.01	-0.28	1.96

* *EE* de *Sk* = .17 y *EE* de *K* = .34.

** *EE* de *Sk* = .18 y *EE* de *K* = .36.

Tabla 3

Distribución de las variables sociodemográficas y el foco de infección

Variables sociodemográficas y foco de infección		<i>F</i>	%	%*
Estado Civil	Soltera	45	22.5	
	Casada	86	43.0	
	Viuda	19	9.5	
	Divorciada	10	5.0	
	Separada	12	6.0	
	Unión libre	28	14.0	
	Total	200	100	
Sexo de los hijos	No tiene hijos	24	12.0	
	Femenino	45	22.5	25.6
	Masculino	38	19.0	21.6
	De ambos sexos	93	46.5	52.8
Total	200	100	100	
Edad de los hijos	No tiene hijos	24	12.0	

	Menores de 5 años	18	9.0	10.2
	De 6 a 12 años	31	15.5	17.6
	De 13 a 18 años	17	8.5	9.7
	Mayores de 18 años	39	19.5	22.2
	De 0 a 18 años	52	26.0	29.5
	Menores y mayores de edad	19	9.5	10.8
	Total	200	100	100
Religión	Católica	177	88.5	
	Cristiana	23	11.5	
	Total	200	100	
Foco de la infección	Cónyuge	115	57.5	
	Pareja en unión libre	43	21.5	
	Amante	3	1.5	
	Novio	2	1	
	Pareja ocasional	31	15.5	
	Cliente	4	2.0	
	Abuso sexual	1	0.5	
	Transmisión vertical	1	0.5	
	Total	200	100	

%* Sin los valores perdidos (no tiene hijos).

Generados los ítems se procede al estudio de las propiedades psicométricas de los mismos y de composición final de la escala.

Como propiedades de los ítems se estudiaron: la forma de la distribución con base en la tabla de frecuencias y el diagrama de barras, la capacidad para discriminar a los sujetos con puntuaciones más altas en la escala (suma simple de todos los reactivos) de aquellos con puntuaciones más bajas (centiles 27 y 73) con base en la *t* de Student para muestras independientes, así como la correlación con la suma del resto de los elementos con base en la correlación producto momento de Pearson.

De forma previa a la factorización se eliminaron ítems por malas propiedades psicométricas (al menos una):

Distribución con todos los valores en un extremo o un perfil muy distinto al de la mayoría,

Incapacidad de discriminar a los grupos de puntuaciones altas y bajas ($p > .05$),

Correlaciones no significativas con la suma de los restantes reactivos.

Se explora las dimensiones que integran la escala a través de Componentes Principales con una rotación no ortogonal (Oblimín).

Se fija el número de factores, considerando tres criterios: Kaiser (autovalores mayores a 1), Cattell (punto de inflexión de la curva de sedimentación de los autovalores) e interpretación.

A su vez, se contrasta un modelo propuesto inicialmente en el diseño de la escala por análisis factorial confirmatorio, empleando el Método de Máxima Verosimilitud.

Se tienen dos factores correlacionados (discriminación esperada y percibida) y tres anidados al de discriminación percibida (lugar, persona y momento).

Además, con los datos exploratorios, se buscan soluciones que optimicen el ajuste a los datos.

Se acude a Máxima Verosimilitud si el valor de Kurtosis Multivariada de Mardia es menores a 70 y la suma de ítems se ajusta a una curva normal.

En caso contrario se opta por Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS) que es un método más robusto a la violación del supuesto de normalidad multivariada (Moral, 2006; Rodríguez y Ruiz, 2008).

Para valorar el ajuste de los dos modelos estructurales se manejaron 14 índices de bondad de ajuste: 4 descriptivos básicos: función de discrepancia (FD), chi-cuadrada de Pearson (χ^2), cociente de chi-cuadrada por sus grados de libertad (χ^2/df) y residuo estandarizado cuadrático medio (RMSSR), 4 poblacionales basados en la no centralidad: parámetro de no centralidad poblacional (PNCP), error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), índice gamma poblacional (PGI) e índice gamma poblacional ajustado (APGI) y 6 comparativos diseñados para una sola muestra: índice de ajuste de Jorekog (GFI), índice de ajuste corregido de Joreskog (AGFI), índice de ajuste normado de Bentler-Bonnet (NFI), índice de ajuste no normado de Bentler-Bonnett (NNFI), índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI) y coeficiente delta de Bollen (Δ).

En la Tabla 4 se indican los valores que reflejan buen o mal ajuste de cada uno de estos índices. Entre ambos se hallarían los valores aceptables (Moral, 2006).

Tabla 4.

Índice de ajustes considerados como buenos y ajustes malos

Índices de ajuste	Ajuste	
	Malo	Bueno
Descriptivos básicos		
<i>FD</i>	>3	Ö2
2		
<i>g.l.</i>		
<i>P</i>	>.099	Ö.05
2/ <i>g.l.</i>	>3	Ö2
<i>RMSSR</i>	>.075	×.050
Poblacionales basados en la no centralidad		
<i>PNCP</i>	>2	Ö1
<i>RMSEA</i>	>.075	×.050
<i>PGI</i>	<.85	×.95
<i>APGI</i>	<.80	×.90
Comparativos para una sola muestra		
<i>GFI</i>	<.85	×.95
<i>AGFI</i>	<.80	×.90
<i>NFI</i>	<.80	×.90
<i>NNFI</i>	<.85	×.95
<i>CFI</i>	<.85	×.95
	<.85	×.95

Para verificar el ajuste de la distribución de los ítems y la escala a una curva normal se utilizó la prueba de Kolgomorov-Smirnov, asimismo se calculan los índices de asimetría y curtosis para observar desviaciones de la normalidad.

La consistencia interna se establece con el coeficiente alfa de Cronbach.

Se estudia la relación de la escala con las variables sociodemográficas: edad, escolaridad, número de hijos, convicción y práctica religiosas (correlación producto-momento de Pearson), asimismo estado civil, ocupación y adscripción religiosa (chi-cuadrado y coeficiente de contingencia).

La muestra de esta fase del estudio de 200 participantes femeninas se encuentra descrita en el punto de método, al igual que los detalles de procedimiento muestral.

Propiedades de los ítems

La distribución de la Escala de Discriminación Temida y Percibida de 48 ítems tiene un rango de 48 a 202 puntos y su perfil se ajusta a un curva normal ($Z = 0.80$, $p = .54$).

La media es 103.25 y la desviación estándar es 29.17 (véase Figura 1).

El primer cuartil corresponde a 78 y el tercero a 122, con los que se definen los grupos de puntuación alta ($n = 51$) y baja ($n = 50$) en la escala para el contraste de la capacidad discriminativa de cada ítem.

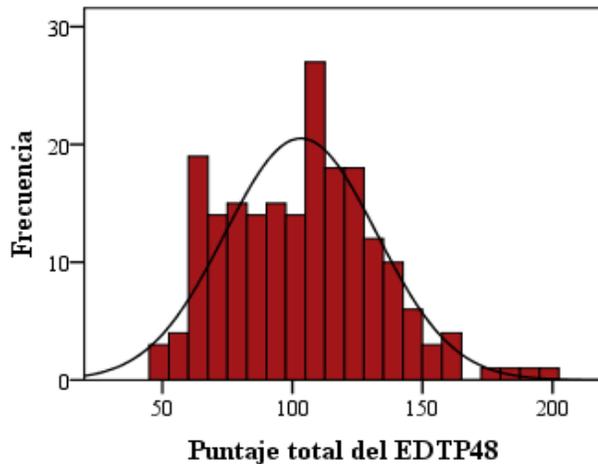


Figura 1. Histograma de la distribución de la Escala de Discriminación Temida y Percibida de 48 ítems.

La consistencia interna de los 48 ítems es muy alta ($\alpha = .922$).

Sólo se incrementa con la eliminación del ítem 33 ($\alpha = .923$) y con la eliminación de los ítems 30, 32 y 37 no disminuye.

La eliminación del resto de los ítems sí genera disminución del valor del coeficiente.

Los ítems 20, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 37, 38 y 39 presentan una correlación corregida (eliminado el ítem) con el sumatorio del conjunto menor o igual a .30, siendo mayor a .30 para el resto.

De los 48 ítems sólo 3 no diferencian entre el grupo de puntuaciones altas en la escala (Öcuartil 1 = 78) y el grupo de puntuaciones altas (\times cuartil 3 = 122): 30, 32 y 33.

Estos 3 ítems también tienen problemas de consistencia interna, como se menciona en este mismo párrafo (véase Tabla 5).

Tabla 5.

Consistencia y capacidad de discriminación de los 48 ítems iniciales

Ítems	Cons*		Discriminación**			
	r_c		DM	t	gl	p
<i>Discriminación temida</i>						
1. Temo que me dejen de querer	.54	.919	2.50	10.78	89.99	.00
2. Temo que se enteren	.53	.919	2.45	11.43	99	.00
3. Temo que se lo cuenten a otras personas	.54	.919	2.29	11.12	87.06	.00
4. Temo al rechazo de mi familia	.62	.918	3.11	18.45	99	.00
5. Temo que me corran del trabajo	.60	.918	2.81	12.79	69.83	.00
6. Temo que chismeen de mí	.51	.919	2.35	10.04	99	.00
7. Temo que rechacen a mis hijos o si los tuviera	.48	.920	2.45	9.83	99	.00
8. Temo que me corra de mi casa	.63	.918	3.41	21.48	95.59	.00
9. Temo que me deje mi pareja	.43	.920	1.96	7.55	51.17	.00
10. Temo que se entere mi mamá	.57	.919	3.09	16.87	59.72	.00
11. Temo no encontrar trabajo	.51	.919	2.57	10.03	99	.00
<i>Percepción: Cómo saben que son discriminados</i>						
12. No comparten cosas conmigo	.37	.921	1.06	4.76	66.25	.00
13. Me dejan de hablar	.33	.921	1.45	6.59	62.32	.00
14. Me critican los vecinos	.37	.921	1.46	6.17	86.69	.00
15. Me corrieron del trabajo	.44	.920	1.72	6.91	62.55	.00
16. No se quieren acercar a mi	.45	.920	1.43	6.88	57.47	.00
17. Se retiran	.42	.920	1.29	6.24	58.20	.00
18. En mi casa separan todo lo mío	.46	.920	0.92	4.44	50.94	.00
19. Ya no me hacen caso	.38	.921	0.84	3.85	82.91	.00
20. Me tratan mal cuando acudo a consultar	.29	.921	0.90	3.28	84.84	.00
21. No me atienden	.28	.921	.846	3.23	85.71	.00
22. No atienden a mis familiares	.25	.921	0.72	3.35	70.32	.00
23. Me miran feo mis compañeros	.49	.920	1.59	6.75	50.73	.00
24. Me corrieron de mi casa	.43	.920	0.84	4.74	50.00	.00
<i>Percepción: Agente de discriminación</i>						
25. Quien te discrimina más mis papás	.49	.920	1.25	5.62	50.81	.00
26. Mi pareja	.37	.921	1.25	5.13	63.17	.00
27. Otros familiares	.46	.920	1.15	5.65	60.74	.00
28. Mis vecinos	.46	.920	1.90	8.20	52.88	.00
29. Mis compañeros de trabajo	.52	.919	1.94	7.77	50.65	.00
30. CAPACITS: el médico que me atiende	.11	.922	0.12	0.60	92.35	.54
31. CAPACITS: la enfermera que me atiende	.27	.921	0.60	2.97	66.11	.00
32. CAPACITS: la psicóloga que me atiende	.19	.922	0.27	1.57	73.46	.12
33. CAPACITS: el personal de salud que me atiende	.13	.923	0.33	1.12	88.14	.26
<i>Percepción: Lugar de discriminación</i>						
34. En mi casa	.45	.920	1.13	5.00	57.88	.00
35. En mi colonia donde vivo	.41	.920	1.45	6.54	53.87	.00
36. En mi trabajo	.51	.919	1.78	7.19	50.65	.00
37. En la clínica donde consulto	.25	.922	0.77	2.97	82.66	.00
38. En el hospital	.30	.921	1.04	3.59	80.15	.00
39. En el CAPACITS	.29	.921	0.73	3.17	65.88	.00
40. En la casa de mis papás	.49	.920	1.23	5.29	50.74	.00
<i>Percepción: Cuándo te discriminan más</i>						
41. En el lugar donde se enteran	.46	.920	1.93	7.67	62.83	.00

42. Cuando estoy en la casa de un familiar	.42	.920	1.31	6.07	55.99	.00
43. Cuando me ven más delgada	.40	.920	1.48	5.81	72.59	.00
44. Cuando estuve embarazada	.33	.921	0.88	4.46	51.03	.00
45. Cuando ven el expediente	.53	.919	1.94	7.50	99	.00
46. Cuando consulto y se dan cuenta	.46	.920	1.64	6.11	99	.00
47. Cuando estoy en la casa de mis papás	.52	.920	1.27	5.78	50.00	.00
48. Cuando hay convivios	.55	.919	1.74	7.43	51.44	.00

* Calculados eliminado el ítem

** Comparación de medias por la *t* de Student entre el grupo de puntuaciones superiores en la escala (cuartil 3 = 122) y el grupo de puntuaciones inferiores (cuartil 1 = 78).

Los ítems de discriminación temida se sesgan hacia los valores superiores (asimetría negativa) o son simétricos y los ítems de percepción de discriminación se sesgan hacia los valores inferiores (asimetría positiva).

Este patrón no se cumple en el ítem 8 de discriminación temida con asimetría positiva y en los ítems 45 y 46 de percepción de momento que tienen un perfil simétrico.

El perfil es aplanado en los ítems de discriminación temida y domina el apuntado en los ítems de percepción seguido del mesocúrtico, salvo en los ítems 37, 38, 41, 45 y 46 de percepción cuyos perfiles son aplanados.

A nivel de distribución los ítems 45 y 46 son los que se desvían más de la expectativa (véase Tabla 6).

Tabla 6.
Descriptivos de la distribución de los ítems

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>S</i>	<i>C</i>
Discriminación temida					
1. Temo que me dejen de querer	3.18	3	1.55	-0.19	-1.48
2. Temo que se enteren	3.54	4	1.46	-0.69	-0.92
3. Temo que se lo cuenten a otras personas	3.61	4	1.42	-0.73	-0.78
4. Temo al rechazo de mi familia	3.22	4	1.64	-0.28	-1.55
5. Temo que me corran del trabajo	3.32	4	1.68	-0.40	-1.52
6. Temo que chismeen de mí	3.54	4	1.49	-0.64	-1.01
7. Temo que rechacen a mis hijos o si los tuviera	3.32	4	1.66	-0.33	-1.55
8. Temo que me corra de mi casa	2.97	3	1.77	-0.00	-1.80
9. Temo que me deje mi pareja	2.14	1	1.63	0.93	-0.91
10. Temo que se entere mi mamá	3.10	4	1.74	-0.13	-1.75
11. Temo no encontrar trabajo	3.26	4	1.73	-0.30	-1.68
Percepción: Cómo saben que son discriminados					
12. No comparten cosas conmigo	1.47	1	1.03	2.42	5.08
13. Me dejan de hablar	1.88	1	1.36	2.49	10.04
14. Me critican los vecinos	2.08	1	1.37	0.96	-0.41
15. Me corrieron del trabajo	1.97	1	1.46	1.15	-0.28
16. No se quieren acercar a mí	1.78	1	1.09	1.44	1.34

17. Se retiran	1.74	1	1.10	1.53	1.48
18. En mi casa separan todo lo mío	1.30	1	0.87	3.33	10.50
19. Ya no me hacen caso	1.46	1	0.97	2.56	6.16
20. Me tratan mal cuando acudo a consultar	2.30	2	1.31	0.58	-0.83
21. No me atienden	2.20	2	1.27	0.71	-0.58
22. No atienden a mis familiares	1.48	1	1.02	2.33	4.59
23. Me miran feo mis compañeros	1.78	1	1.35	1.45	0.55
24. Me corrieron de mi casa	1.28	1	0.83	3.41	11.32
Percepción: Agente de discriminación					
25. Quien te discrimina más mis papás	1.40	1	0.99	2.76	6.80
26. Mi pareja	1.49	1	1.15	2.32	4.03
27. Otros familiares	1.63	1	1.04	1.73	2.30
28. Mis vecinos	1.98	1	1.43	1.12	-0.28
29. Mis compañeros de trabajo	1.92	1	1.46	1.24	-0.11
30. CAPACITS: el médico que me atiende	1.61	1	0.88	1.97	4.73
31. CAPACITS: la enfermera que me atiende	1.59	1	0.86	1.94	4.54
32. CAPACITS: la psicóloga que me atiende	1.50	1	0.73	1.82	4.61
33. CAPACITS: el personal de salud que me atiende	2.14	1	1.39	0.87	-0.63
Percepción: Lugar de discriminación					
34. En mi casa	1.44	1	1.07	2.38	4.39
35. En mi colonia donde vivo	1.94	1	1.40	1.15	-0.22
36. En mi trabajo	1.90	1	1.45	1.24	-0.09
37. En la clínica donde consulto	2.30	2	1.29	0.57	-0.83
38. En el hospital	2.48	2	1.43	0.45	-1.13
39. En el CAPACITS	1.74	1	1.04	1.78	3.04
40. En la casa de mis papás	1.40	1	1.09	2.73	6.00
Percepción: Cuándo te discriminan más					
41. En el lugar donde se enteran	2.43	2	1.51	0.61	-1.09
42. Cuando estoy en la casa de un familiar	1.62	1	1.17	1.97	2.75
43. Cuando me ven más delgada	1.93	1	1.43	1.27	0.06
44. Cuando estuve embarazada	1.46	1	1.06	2.40	4.71
45. Cuando ven el expediente	3.28	3	1.41	-0.32	-1.11
46. Cuando consulto y se dan cuenta	3.16	3	1.41	-0.21	-1.20
47. Cuando estoy en la casa de mis papás	1.40	1	1.06	2.71	6.00
48. Cuando hay convivios	1.62	1	1.23	2.01	2.69

Mín = 1 y *Máx.* = 5 para los 47 ítems. *EE* de *S* = 0.17 y *EE* de *C* = 0.34.

Estructura factorial

Se eliminan los tres ítems con problemas de discriminatividad y consistencia interna: 30, 32 y 33. Por el criterio de Kaiser (autovalores iniciales mayores a 1) se definen 8 factores que explican el 72.39% de la varianza total.

Tras la rotación oblicua por el método Promax. El primer componente está integrado por 11 ítems (del 1 al 11) que presentan consistencia interna alta ($\alpha = .94$) y corresponden a los elaborados para el factor de *discriminación temida*.

El segundo componente está definido por 10 ítems (14, 15, 16, 17, 23, 28, 29, 35, 36 y 41) que presentan consistencia interna ($\alpha = .93$) y agrupan contenidos relacionados con la *discriminación en el trabajo y el vecindario*.

El tercero está integrado por 8 ítems (24, 34, 40, 42, 43, 44, 47 y 48) que tienen una consistencia interna alta ($\alpha = .88$) y corresponde al contenido de *discriminación en la casa*.

El cuarto está conformado por 4 ítems (21, 37, 38 y 39) que tienen una consistencia interna alta ($\alpha = .89$) y corresponden a contenidos de *discriminación en el lugar clínico donde atienden a la paciente*.

El quinto está definido por 4 ítems (18, 25, 26 y 27) que tienen consistencia interna alta ($\alpha = .77$) y corresponden a *familiares como personas discriminadoras*.

El sexto está formado por 3 ítems (31, 45 y 46) que tienen una consistencia interna alta ($\alpha = .79$) y agrupan contenidos relacionados con la *discriminación en ámbito de atención clínica de enfermería*.

El séptimo está formado por 3 ítems (19, 20 y 22) con consistencia interna baja ($\alpha = .59$) y corresponden a *modos de discriminación por ignorar o no hacer caso*.

El octavo está definido por 2 ítems (12 y 13) con consistencia interna baja ($\alpha = .58$) y corresponde a contenidos de *modos de discriminación por menosprecio* (véase Tabla 7).

Tabla 7
Matriz de componentes de 8 factores y 45 ítems

Exp	Ítems	Componentes							
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
DT	2 Temo que se enteren	.89	-.04	.00	.08	-.01	-.01	-.20	.03
DT	6 Temo que chismeen de mí	.88	-.07	-.09	-.09	.06	-.01	.00	.02
DT	4 Temo al rechazo de mi familia	.86	-.07	.01	.08	-.00	.02	.02	.11
DT	5 Temo que me corran del trabajo	.85	-.04	.04	-.08	.13	-.03	.03	-.07
DT	3 Temo que se lo cuenten a otras Personas	.84	-.03	-.03	.07	-.02	.05	-.13	.09
DT	1 Temo que me dejen de querer	.79	.12	.00	.19	-.25	-.11	.03	.06
DT	11 Temo no encontrar trabajo	.78	.12	-.07	-.18	.13	-.10	.10	-.24
DT	7 Temo que rechacen a mis hijos o temería si no tiene	.78	.02	.07	-.10	-.07	-.02	-.05	-.03
DT	8 Temo que me corra de mi casa	.74	.04	.03	.10	.07	.08	.04	.01
DT	10 Temo que se entere mi mamá	.73	.00	-.13	.03	.12	.10	.16	-.01
DT	9 Temo que me deje mi pareja	.51	-.15	.10	-.09	-.04	.17	.18	.17
PAD	29 Mis compañeros de trabajo	.00	.90	-.10	-.11	.16	.09	.03	-.07

PAD	_28 Mis vecinos	-.01	.82	-.05	-.14	.17	.10	-.07	-.05
PLD	36 En mi trabajo	-.06	.76	.28	.25	.00	-.04	-.20	.01
PMD	15 Me corrieron del trabajo	.02	.75	-.10	-.14	.12	.11	-.06	.14
PMD	14 Me critican los vecinos	-.10	.73	-.01	-.15	-.02	.09	-.01	.26
PMD	17 Se retiran	.05	.72	-.21	.11	.33	-.17	-.11	.13
PMD	23 Me miran feo mis compañeros	-.03	.68	.21	-.04	-.08	-.10	.40	-.13
PLD	35 En mi colonia donde vivo	-.00	.62	.38	.16	-.16	-.12	-.19	.04
PMD	16 No se quieren acercar a mí	.02	.59	-.13	-.08	.29	-.00	.06	.26
PTD	41 Cuando se enteran	.02	.41	.34	-.21	-.08	.28	.05	.10
PTD	47 Cuando estoy en la casa de mis papás	-.03	-.13	.75	-.02	.42	.29	.03	-.13
PTD	42 Cuando estoy en la casa de un familiar	-.08	-.03	.73	.13	.01	-.04	.17	.22
PTD	48 Cuando hay convivios	-.03	-.01	.66	-.10	.24	.47	-.02	.12
PLD	40 En la casa de mis papás	-.02	.02	.64	.36	.30	-.12	.05	-.05
PMD	24 Me corrieron de mi casa	-.03	-.13	.64	-.01	-.03	-.08	.57	.20
PLD	34 En mi casa	.04	-.04	.63	.17	.54	-.14	-.09	-.13
PTD	44 Cuando estuve embarazada	.05	.26	.61	-.21	-.09	-.05	.11	-.33
PTD	43 Cuando me ven más delgada	.09	.10	.60	-.32	-.09	.18	-.02	.19
PLD	37 En la clínica donde consulto	.03	-.08	.00	.93	-.03	.22	-.11	.08
PLD	38 En el hospital	.01	-.01	-.05	.93	.03	.22	-.04	.04
PLD	39 En el CAPASITS	-.02	-.13	.28	.77	.16	.07	-.09	-.03
PMD	21 No me atienden	-.04	-.06	-.13	.50	.01	.33	.49	-.07
PMD	18 En mi casa separan todo lo mío	.10	.02	.26	.03	.69	-.17	.14	-.10
PAD	26 Mi pareja	.02	.05	.09	-.22	.66	.34	-.13	-.01
PAD	25 Mis papás	.00	.20	.15	.26	.62	-.09	-.03	.16
PAD	27 Otros familiares	-.04	.43	-.05	.13	.58	.02	.01	-.06
PAD	31 La enfermera que me atiende	-.01	-.18	-.06	.24	.14	.75	-.07	.10
PTD	46 Cuando consulto y se dan cuenta	.04	.23	.12	.28	-.14	.70	.06	-.19
PTD	45 Cuando ven el expediente	.09	.34	.11	.30	-.27	.70	.02	-.05
PMD	22 No atienden a mis familiares	.06	-.18	.20	-.04	-.11	.01	.76	.02
PMD	19 Ya no me hacen caso	-.05	.16	.16	-.19	.30	-.19	.66	.053
PMD	20 Me tratan mal cuando acudo a Consultar	-.01	-.04	-.22	.48	.08	.24	.51	-.02
PMD	13 Me dejan de hablar	.02	.23	.01	.00	-.05	.09	-.038	.78
PMD	12 Al saber que soy pivi no comparto cosas conmigo	.06	.07	.24	.11	.01	-.29	.27	.62
Número de ítems		11	10	8	4	4	3	3	2
		.94	.93	.88	.89	.77	.79	.59	.58

Método: Componentes Principales; Rotación: Promax. Convergió en 17 iteraciones.

Expectativa: DT = Discriminación temida, PAD = Percepción de agente de discriminación, PMD = Percepción de modo de discriminación, PLD = Percepción de lugar de discriminación y PTD = Percepción de tiempo de discriminación.

Con base en el criterio de Cattell (punto de inflexión de la curva de sedimentación) se podrían definir 4 factores que explican el 58.60% de la varianza total (véase Figura 2).

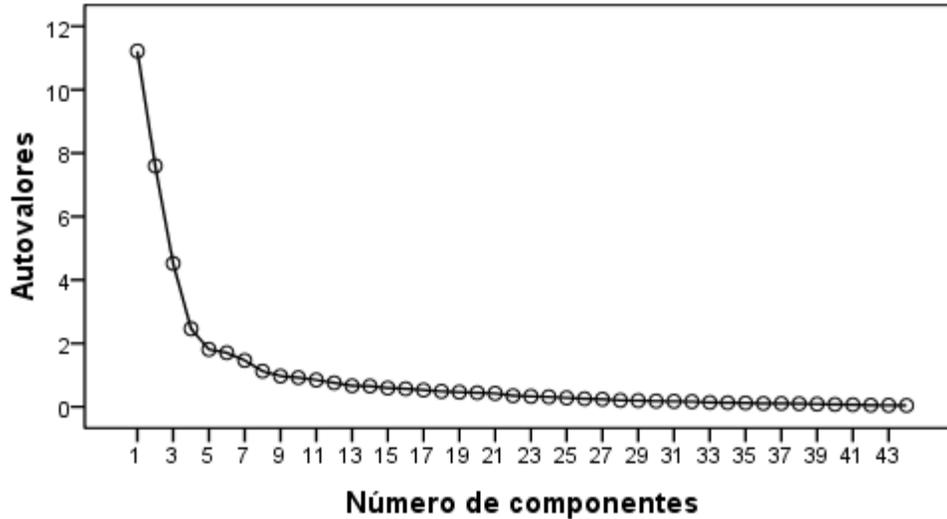


Figura 2. Curva de sedimentación de los 48 autovalores.

Tras la rotación oblicua por el método Promax, el primer componente está constituido por 12 ítems (14, 15, 23, 28, 29, 35, 36, 41, 43, 44, 45, 47 y 48).

La consistencia interna alta de los 12 ítems es alta ($\alpha = .92$).

El ítem 13 tiene su saturación más alta en este componente, pero es menor de .30 y su inclusión disminuye la consistencia interna.

Los contenidos del componente reflejan percepción de discriminación en el trabajo y vecindario.

El segundo componente está conformado por 11 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11) con consistencia interna alta ($\alpha = .94$) y corresponde a contenidos de discriminación temida.

El tercer componente está definido por 12 ítems con cargas mayores .35 (12, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 34, 40 y 42), posee una consistencia interna alta ($\alpha = .89$) y refleja contenidos relacionados con la percepción de discriminación en el ámbito familiar. El ítem 26 tiene su carga más alta en este factor, pero es baja (.30). Su inclusión en el cálculo de la consistencia interna disminuye ligeramente la misma.

El cuarto está conformado por 8 ítems (20, 21, 22, 31, 37, 38, 39 y 46) con consistencia interna alta ($\alpha = .87$) y su contenido se refiere a la percepción de discriminación en el ámbito clínico. Por lo tanto, los ítems 13 y 26 quedan mal definidos dentro de esta solución de 4 factores (véase Tabla 8).

Tabla 8.
Matriz de patrones con 4 componentes y 45 ítems

Exp.	Ítems	Componentes			
		C1	C2	C3	C4
PTD	41 Cuando se enteran	.79	.02	-.06	-.06
PLD	36 En mi trabajo	.75	-.08	.16	-.05
PAD	29 Mis compañeros de trabajo	.73	.13	.08	-.25
PAD	28 Mis vecinos	.73	.10	.05	-.30
PLD	35 En mi colonia donde vivo	.72	-.10	.09	-.09
PMD	14 Me critican los vecinos	.71	.00	.06	-.33
PTD	43 Cuando me ven más delgada	.71	-.03	.02	-.11
PTD	48 Cuando hay convivios	.67	-.06	.18	.21
PTD	44 Cuando estuve embarazada	.66	-.16	.00	.05
PTD	45 Cuando ven el expediente	.66	.17	-.48	.54
PMD	15 Me corrieron del trabajo	.65	.16	.08	-.33
PMD	23 Me miran feo mis compañeros	.62	-.05	.20	.07
PTD	47 Cuando estoy en la casa de mis papás	.48	-.13	.37	.32
PMD	13 Me dejan de hablar	.29	.15	.28	-.23
DT	6 Temo que chismeen de mí	-.11	.88	.02	-.03
DT	2 Temo que se enteren	-.03	.86	-.04	.02
DT	4 Temo al rechazo de mi familia	-.06	.85	.08	.14
DT	3 Temo que se lo cuenten a otras personas	-.02	.83	-.03	.04
DT	5 Temo que me corran del trabajo	-.03	.82	.10	.04
DT	10 Temo que se entere mi mamá	-.08	.79	.08	.18
DT	11 Temo no encontrar trabajo	.02	.75	.04	-.05
DT	8 Temo que me corra de mi casa	.04	.75	.08	.19
DT	1 Temo que me dejen de querer	.02	.73	-.04	.15
DT	7 Temo que rechacen a mis hijos o temería si no tiene	.11	.71	-.08	-.03
DT	9 Temo que me deje mi pareja	.05	.52	.03	.15
PMD	18 En mi casa separan todo lo mío	-.04	.11	.78	.06
PAD	25 Mis papás	.05	.10	.77	.04
PLD	34 En mi casa	.18	-.07	.68	.17
PMD	12 Al saber que soy pivi no comparten cosas conmigo	.01	.06	.67	-.02
PMD	19 Ya no me hacen caso	.07	-.02	.66	.10
PLD	40 En la casa de mis papás	.22	-.14	.61	.39
PMD	24 Me corrieron de mi casa	.21	-.16	.53	.39
PAD	27 Otros familiares	.20	.11	.51	-.02
PTD	42 Cuando estoy en la casa de un familiar	.39	-.22	.46	.27
PMD	17 Se retiran	.31	.19	.41	-.32
PMD	16 No se quieren acercar a mí	.38	.18	.38	-.28
PAD	26 Mi pareja	.25	.16	.30	-.13
PMD	21 No me atienden	-.20	.10	.08	.81
PLD	38 En el hospital	-.23	.11	.14	.78
PLD	37 En la clínica donde consulto	-.23	.09	.09	.77
PMD	20 Me tratan mal cuando acudo a consultar	-.31	.16	.19	.73
PLD	39 En el CAPASITS	-.15	-.04	.33	.67
PTD	46 Cuando consulto y se dan cuenta	.55	.12	-.42	.61
PMD	22 No atienden a mis familiares	-.09	.03	.25	.48
PAD	31 La enfermera que me atiende	.10	.17	-.24	.47
Número de ítems		13	11	12	8
		.92	.94	.89	.87

Método: Componentes Principales; Rotación: Promax. Convergió en 8 iteraciones.

Expectativa: DT = Discriminación temida, PAD = Percepción de agente de discriminación, PMD = Percepción de modo de discriminación, PLD = Percepción de lugar de discriminación y PTD = Percepción de tiempo de discriminación.

El primer componente está correlacionado con el tercero ($r = .41, p < .01$) y segundo ($r = .21, p < .01$). El segundo está correlacionado con el cuarto ($r = .21, p < .01$).

El cuarto componente es independiente del primero y tercero.

Así la percepción de la discriminación en el ámbito clínico es independiente de la percepción en los otros ámbitos y sólo se relaciona con el temor de discriminación, podría ser consecuencia de que fuera del ámbito clínico se desconoce su condición de VIH positivo (véase Tabla 9).

Tabla 9
Correlaciones entre los componentes

Componentes	C1	C2	C3	C4
C1	1			
C2	.21	1		
C3	.41	.05	1	
C4	-.01	.21	-.01	1

C1: Discriminación percibida en el trabajo y vecindario, C2: Discriminación temida, C3: Discriminación percibida en el ámbito familiar y C4: Discriminación percibida en el ámbito clínico.

Si se corre un análisis factorial de segundo orden con las puntuaciones obtenidas por el método de regresión, por el criterio de Kaiser, resultan dos componentes que explican el 66.57% de la varianza total.

El primer componente es de discriminación percibida en los ámbitos laboral, vecindario y familiar.

El segundo componente está definido por la discriminación temida y la percepción de discriminación en el ámbito clínico (véase Tabla 10).

Los dos factores son independientes ($r = .09, p = .20$).

Estos dos factores probablemente reflejan la situación de conocimiento forzado o no voluntario.

Tabla 10

Análisis de componentes de segundo orden: Matriz de patrones

Puntuaciones de los componentes de 1er orden (obtenidas por el método de Regresión)	Componentes	
	I	II
C1: Discriminación percibida en el trabajo y vecindario	.84	.08
C3: Discriminación percibida en el ámbito familiar	.82	-.09
C4: Discriminación percibida en el ámbito clínico	-.18	.80
C2: Discriminación temida	.19	.74

Método: Componentes Principales; Rotación: Promax. Convergió en 3 iteraciones.

Si se eliminan los ítems 13 y 26 que resultaron mal definidos en la solución de 4 factores el resultado es el mismo, siendo las saturaciones en los cuatro factores mayores o iguales a .40 y se explica el 60.11% de la varianza total.

El número de cuatro componentes se justifica por el criterio de Cattell o punto de inflexión de la curva de sedimentación que se ubica en el quinto autovalor (véase Figura 3).

Por el criterio de Kaiser serían 7 factores que explican el 71.17% de la varianza total.

El ítem 16 aparece con saturación alta en dos factores primero y tercero, cuando en la solución anterior sólo la tenía en el tercero (véase Tabla 11).

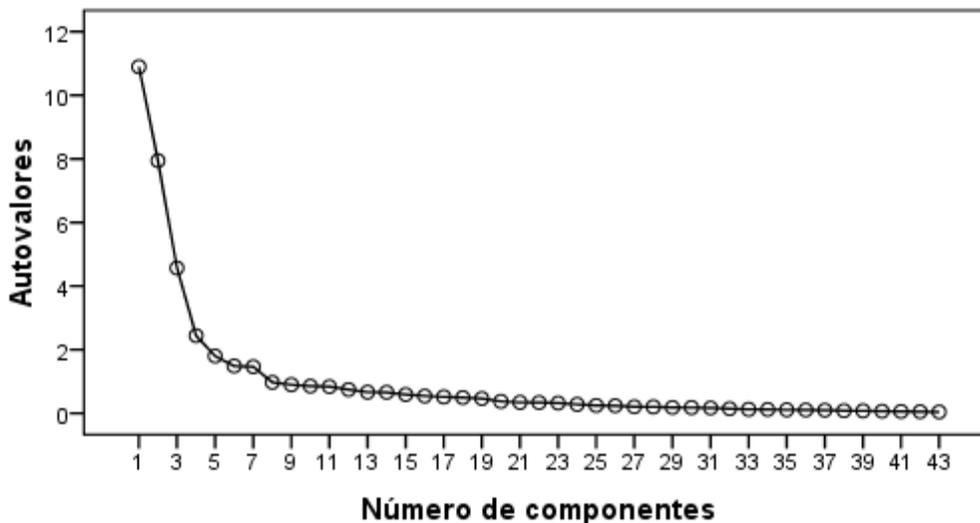


Figura 3. Curva de sedimentación de los autovalores

Tabla 11
Matriz de patrones con 4 factores y 43 ítems

Exp	Ítems	Componentes				
		C1	C2	C3	C4	
PTD	41 Cuando se enteran	.79	.01	-.06	-.03	
PLD	36 En mi trabajo	.74	-.06	.19	-.06	
PAD	29 Mis compañeros de trabajo	.74	.14	.09	-.25	
PAD	28 Mis vecinos	.73	.11	.05	-.29	
PMD	14 Me critican los vecinos	.72	.00	.06	-.32	
PTD	43 Cuando me ven más delgada	.71	-.03	.01	-.09	
PLD	35 En mi colonia donde vivo	.70	-.09	.12	-.10	
PTD	48 Cuando hay convivios	.68	-.08	.16	.24	
PMD	15 Me corrieron del trabajo	.66	.16	.07	-.32	
PTD	44 Cuando estuve embarazada	.64	-.13	.05	.04	
PTD	45 Cuando ven el expediente	.64	.15	-.45	.59	
PMD	23 Me miran feo mis compañeros	.60	-.03	.25	.04	
PTD	47 Cuando estoy en la casa de mis papás	.48	-.13	.37	.31	
PMD	16 No se quieren acercar a mí	.40	.19	.36	-.29	
DT	6 Temo que chismeen de mí	-.09	.88	.00	-.03	
DT	2 Temo que se enteren	-.02	.85	-.05	.02	
DT	4 Temo al rechazo de mi familia	-.05	.85	.07	.13	
DT	3 Temo que se lo cuenten a otras personas	.00	.83	-.04	.05	
DT	5 Temo que me corran del trabajo	-.02	.83	.10	.02	
DT	10 Temo que se entere mi mamá	-.07	.79	.08	.17	
DT	11 Temo no encontrar trabajo	.02	.76	.05	-.07	
DT	8 Temo que me corra de mi casa	.04	.75	.09	.18	
DT	1 Temo que me dejen de querer	.01	.74	-.02	.13	
DT	7 Temo que rechacen a mis hijos o temería si no tiene	.11	.71	-.08	-.03	
DT	9 Temo que me deje mi pareja	.05	.51	.02	.16	
PMD	18 En mi casa separan todo lo mío	-.02	.13	.77	.01	
PAD	25 Mis papás	.07	.11	.74	.00	
PLD	34 En mi casa	.18	-.06	.68	.13	
PMD	12 Al saber que soy pivi no comparten cosas conmigo	.03	.08	.66	-.05	
PMD	19 Ya no me hacen caso	.07	.00	.66	.05	
PLD	40 En la casa de mis papás	.21	-.13	.64	.34	
PMD	24 Me corrieron de mi casa	.20	-.14	.56	.35	
PAD	27 Otros familiares	.22	.12	.50	-.04	
PTD	42 Cuando estoy en la casa de un familiar	.38	-.21	.48	.25	
PMD	17 Se retiran	.32	.21	.40	-.34	
PMD	21 No me atienden	-.22	.08	.10	.80	
PLD	38 En el hospital	-.24	.09	.16	.77	
PLD	37 En la clínica donde consulto	-.25	.08	.11	.76	
PMD	20 Me tratan mal cuando acudo a consultar	-.32	.14	.20	.71	
PTD	46 Cuando consulto y se dan cuenta	.53	.10	-.40	.65	
PLD	39 En el CAPASITS	-.17	-.04	.35	.64	
PAD	31 La enfermera que me atiende	.11	.13	-.27	.53	
PMD	22 No atienden a mis familiares	-.10	.03	.27	.46	
Número de ítems			14	11	11	8
			.92	.94	.89	.87

Método: Componentes Principales: Rotación: Promax. Convergió en 7 iteraciones.

Expectativa: DT = Discriminación temida, PAD = Percepción de agente de discriminación, PMD = Percepción de modo de discriminación, PLD = Percepción de lugar de discriminación y PTD = Percepción de tiempo de discriminación.

El primer componente está correlacionado con el tercero ($r = .38, p < .01$) y segundo ($r = .20, p < .01$).

El segundo está correlacionado con el cuarto ($r = .23, p < .01$).

El cuarto componente es independiente del primero y tercero, como en la solución anterior (véase Tabla 12).

Tabla 12
Matriz de correlaciones

Componentes	1	2	3	4
1	1			
2	.20	1		
3	.38	.04	1	
4	-.02	.23	.04	1

C1: Discriminación percibida en el trabajo y vecindario, C2: Discriminación temida, C3: Discriminación percibida en el ámbito familiar y C4: Discriminación percibida en el ámbito clínico.

Si se corre un análisis factorial de segundo orden con las puntuaciones obtenidas por el método de regresión, por el criterio de Kaiser, resultan dos componentes que explican el 66.03% de la varianza total.

El primer componente es de discriminación percibida en los ámbitos laboral, vecindario y familiar.

El segundo componente está definido por la discriminación temida y la percepción de discriminación en el ámbito clínico (véase Tabla 13).

Los dos factores son independientes ($r = .10, p = .16$).

Tabla 13
Análisis de segundo orden: Matriz de patrones de las puntuaciones factoriales

Puntuaciones de los componentes de 1er orden (obtenidas por el método de regresión)	Componentes	
	I	II
C1: Discriminación percibida en el trabajo y vecindario	.83	.05
C3: Discriminación percibida en la familia	.81	-.06
C4: Discriminación percibida en el ámbito clínico	-.15	.81
C2: Discriminación temida	.16	.76

Método: Componentes Principales; Rotación: Promax. Convergió en 3 iteraciones.

Si se elimina el ítem 16, se explica el 60.41% de la varianza total.

La integración de los componentes no varía, salvo el ítem 45 que tiene su saturación más alta en el cuarto factor que corresponde mejor a su contenido de ámbito clínico; no obstante su carga sigue siendo alta en el primero (véase Tabla 14).

El número de 4 componentes de nuevo se justifica por el criterio de Cattell (véase Figura 4).

Por el criterio de Kaiser se definen 7 componentes que explican el 71.45%.

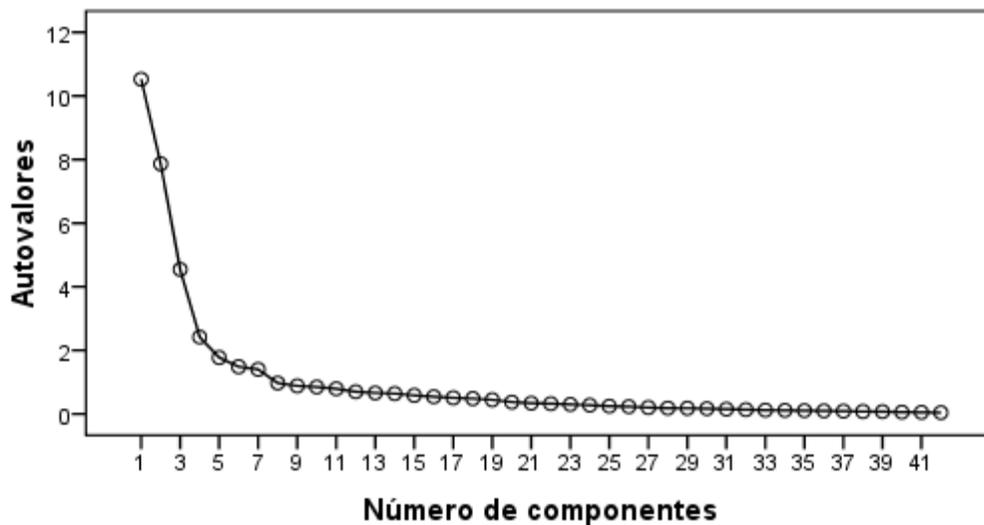


Figura 4. Curva de sedimentación de los 42 ítems autovalores

Tabla 14
Matriz de patrones con 4 factores y 42 ítems

Exp.	Ítems	Componentes			
		C1	C2	C3	C4
PTD	41 Cuando se enteran	.78	.02	-.04	-.02
PAD	29 Mis compañeros de trabajo	.75	.14	.09	-.23
PAD	28 Mis vecinos	.75	.11	.05	-.28
PLD	36 En mi trabajo	.75	-.05	.20	-.06
PMD	14 Me critican los vecinos	.73	.01	.05	-.30
PLD	35 En mi colonia donde vivo	.70	-.07	.14	-.11
PTD	43 Cuando me ven más delgada	.70	-.02	.03	-.09
PMD	15 Me corrieron del trabajo	.68	.16	.06	-.30
PTD	48 Cuando hay convivios	.67	-.08	.17	.24
PTD	44 Cuando estuve embarazada	.63	-.12	.08	.02
PMD	23 Me miran feo mis compañeros	.60	-.02	.26	.03
PTD	47 Cuando estoy en la casa de mis papás	.47	-.13	.38	.30
DT	6 Temo que chismeen de mí	-.08	.89	.01	-.04

DT	2	Temo que se enteren	-.02	.86	-.05	.01
DT	4	Temo al rechazo de mi familia	-.05	.85	.07	.12
DT	5	Temo que me corran del trabajo	-.01	.83	.10	.00
DT	3	Temo que se lo cuenten a otras personas	.00	.83	-.04	.04
DT	10	Temo que se entere mi mamá	-.07	.78	.07	.17
DT	11	Temo no encontrar trabajo	.03	.77	.05	-.09
DT	8	Temo que me corra de mi casa	.05	.74	.09	.17
DT	1	Temo que me dejen de querer	.01	.74	-.01	.13
DT	7	Temo que rechacen a mis hijos o temería si no tiene	.12	.72	-.06	-.05
DT	9	Temo que me deje mi pareja	.05	.50	.02	.16
PMD	18	En mi casa separan todo lo mío	-.01	.14	.76	-.03
PAD	25	Mis papás	.09	.12	.73	-.03
PLD	34	En mi casa	.19	-.04	.69	.08
PMD	12	Al saber que soy pivi no comparten cosas conmigo	.04	.09	.67	-.10
PMD	19	Ya no me hacen caso	.08	.01	.66	.01
PLD	40	En la casa de mis papás	.20	-.11	.65	.30
PMD	24	Me corrieron de mi casa	.19	-.13	.58	.31
PTD	42	Cuando estoy en la casa de un familiar	.37	-.20	.49	.22
PAD	27	Otros familiares	.23	.12	.49	-.05
PMD	17	Se retiran	.35	.21	.37	-.33
PMD	21	No me atienden	-.24	.06	.10	.81
PLD	38	En el hospital	-.26	.07	.16	.77
PLD	37	En la clínica donde consulto	-.27	.06	.11	.76
PMD	20	Me tratan mal cuando acudo a consultar	-.33	.13	.19	.71
PTD	46	Cuando consulto y se dan cuenta	.50	.08	-.39	.69
PTD	45	Cuando ven el expediente	.61	.13	-.44	.63
PLD	39	En el CAPASITS	-.18	-.05	.35	.62
PAD	31	La enfermera que me atiende	.09	.10	-.28	.57
PMD	22	No atienden a mis familiares	-.12	.03	.28	.43
Número de ítems			12	11	10	9
			.93	.94	.89	.87

Método: Componentes Principales: Rotación: Promax. Convergió en 9 iteraciones. Expectativa: DT = Discriminación temida,

PAD = Percepción de agente de discriminación, PMD = Percepción de modo de discriminación, PLD = Percepción de lugar de discriminación y PTD = Percepción de tiempo de discriminación.

El primer componente está correlacionado con el tercero ($r = .35, p < .01$) y segundo ($r = .18, p = .01$).

El segundo está correlacionado con el cuarto ($r = .27, p < .01$).

El cuarto componente es independiente del primero y tercero (véase Tabla 15).

Tabla 15
Matriz de correlaciones

Componentes	1	2	3	4
1	1			
2	.18	1		
3	.35	.03	1	
4	.00	.27	.10	1

C1: Discriminación percibida en el trabajo y vecindario, C2: Discriminación temida, C3: Discriminación percibida en el ámbito familiar y C4: Discriminación percibida en el ámbito clínico

Si se corre un análisis factorial de segundo orden con las puntuaciones obtenidas por el método de regresión, por el criterio de Kaiser, resultan dos componentes que explican el 65.58% de la varianza total.

El primer componente es de discriminación percibida en los ámbitos laboral, vecindario y familiar.

El segundo componente está definido por la discriminación temida y la percepción de discriminación en el ámbito clínico (véase Tabla 16).

Los dos factores son independientes ($r = .12, p = .09$)

Tabla 16
Análisis de componentes segundo: matriz de componentes

Puntuaciones factoriales en los componentes de 1er orden	Componentes	
	I	II
C1: Discriminación percibida en el trabajo y vecindario	.83	.03
C3: Discriminación percibida en el ámbito familiar	.81	-.03
C4: Discriminación percibida en el ámbito clínico	-.08	.82
C2: Discriminación temida	.09	.78

Método: Componentes Principales; Rotación: Promax. Convergió en 3 iteraciones.

Los siete componentes que se definen por el criterio de Kaiser, tras la rotación oblicua, serían: El primero de 11 ítems correspondientes a discriminación temida (del 1 al 11) ($\alpha = .94$).

El segundo de 9 ítems correspondientes a percepción de discriminación en el trabajo y vecindario (14, 15, 17, 23, 28, 29, 35, 36 y 41) ($\alpha = .93$).

El tercero de 8 ítems correspondientes a percepción de discriminación en casa y momentos con la familia (24, 34, 40, 42, 43, 44, 47 y 48) ($\alpha = .88$).

El cuarto de tres ítems correspondientes a percepción de discriminación en el lugar de atención clínica (37, 38 y 39) ($\alpha = .89$).

El quinto de 4 ítems correspondientes a percepción de discriminación por agentes familiares con actos de separación o exclusión (12, 18, 25 y 27) ($r = .79$).

El sexto de 3 ítems correspondientes a percepción de discriminación en el ámbito de atención clínica de enfermería (31, 45 y 46) ($r = .79$).

Y el séptimo corresponde a percepción de modos de discriminación en el ámbito clínico (19, 20, 21 y 22) ($r = .76$).

En esta solución de 7 factores correlacionados todos ellos poseen valores de consistencia interna altos (véase Tabla 17).

El factor de discriminación en el ámbito de la enfermería es independiente de los demás, salvo la percepción de discriminación (véase Tabla 18).

Tabla 17
Matriz de patrones de 7 factores y 42 ítems

Exp	Ítems	Componentes						
		1	2	3	4	5	6	7
DT	2 Temo que se enteren	.89	-.04	-.00	.08	-.01	-.01	-.19
DT	6 Temo que chismeen de mí	.88	-.08	-.08	-.10	.07	.00	-.00
DT	4 Temo al rechazo de mi familia	.88	-.08	.05	.06	.03	.01	.01
DT	3 Temo que se lo cuenten a otras personas	.85	-.04	-.01	.05	.01	.05	-.13
DT	5 Temo que me corran del trabajo	.84	-.01	.01	-.04	.08	-.03	.04
DT	1 Temo que me dejen de querer	.80	.14	-.02	.20	-.19	-.13	.05
DT	7 Temo que rechacen a mis hijos o temería si no tiene	.77	.07	.04	-.07	-.11	-.03	-.02
DT	11 Temo no encontrar trabajo	.75	.16	-.15	-.09	.02	-.10	.13
DT	8 Temo que me corra de mi casa	.73	.02	.03	.08	.09	.11	.03
DT	10 Temo que se entere mi mamá	.72	-.04	-.10	.00	.14	.14	.13
DT	9 Temo que me deje mi pareja	.53	-.17	.18	-.14	.00	.17	.14
PAD	29 Mis compañeros de trabajo	.00	.91	-.17	-.11	.19	.08	.05
PAD	28 Mis vecinos	.00	.85	-.11	-.13	.16	.08	-.05
PLD	36 En mi trabajo	-.06	.82	.18	.27	.06	-.06	-.17
PMD	23 Me miran feo mis compañeros	-.04	.73	.10	.01	-.04	-.10	.42
PLD	35 En mi colonia donde vivo	.01	.73	.28	.21	-.13	-.19	-.13
PMD	14 Me critican los vecinos	-.06	.69	.03	-.24	.14	.09	-.04
PMD	15 Me corrieron del trabajo	.04	.69	-.08	-.22	.26	.14	-.10
PMD	17 Se retiran	.07	.61	-.18	.04	.49	-.13	-.15
PTD	41 Cuando se enteran	.04	.45	.34	-.24	-.06	.27	.04
PTD	42 Cuando estoy en la casa de un familiar	-.05	.00	.77	.10	.07	-.05	.14
PTD	47 Cuando estoy en la casa de mis papás	-.06	-.10	.75	-.01	.28	.34	-.01
PTD	48 Cuando hay convivios	-.03	-.00	.73	-.16	.19	.50	-.07
PMD	24 Me corrieron de mi casa	-.01	-.09	.67	-.03	.07	-.09	.54
PTD	43 Cuando me ven más delgada	.11	.17	.64	-.33	-.11	.15	-.04
PLD	40 En la casa de mis papás	-.04	.07	.58	.40	.27	-.11	.06
PLD	34 En mi casa	.01	.00	.55	.22	.47	-.10	-.09
PTD	44 Cuando estuve embarazada	.01	.41	.47	-.06	-.28	-.07	.16
PLD	38 En el hospital	.02	-.03	-.06	.88	.09	.19	-.02
PLD	37 En la clínica donde consulto	.03	-.09	-.01	.88	.05	.19	-.09

PLD	39 En el CAPASITS	-.02	-.10	.23	.78	.15	.03	-.06
PAD	25 Mis papás	.01	.13	.17	.17	.76	-.03	-.08
PMD	18 En mi casa separan todo lo mío	.08	.01	.23	.05	.66	-.13	.12
PAD	27 Otros familiares	-.05	.36	-.07	.09	.63	.09	-.02
PMD	12 Al saber que soy pivi no comparten cosas Conmigo	.13	.01	.35	-.04	.37	-.29	.21
PAD	31 La enfermera que me atiende	.01	-.23	.05	.15	.07	.74	-.11
PTD	46 Cuando consulto y se dan cuenta	.02	.25	.09	.26	-.22	.73	.06
PTD	45 Cuando ven el expediente	.08	.36	.09	.25	-.29	.70	.02
PMD	22 No atienden a mis familiares	.07	-.12	.20	-.02	-.12	-.03	.77
PMD	19 Ya no me hacen caso	-.05	.17	.16	-.19	.35	-.19	.65
PMD	20 Me tratan mal cuando acudo a consultar	.00	-.08	-.21	.44	.12	.23	.51
PMD	21 No me atienden	-.04	-.08	-.13	.47	.01	.32	.49
Número de ítems		11	9	8	3	4	3	4
		.94	.93	.88	.89	.79	.79	.76

Método: Componentes Principales: Rotación: Promax. Convergíó en 3 iteraciones.

Expectativa: DT = Discriminación temida, PAD = Percepción de agente de discriminación, PMD = Percepción de modo de discriminación, PLD = Percepción de lugar de discriminación y PTD = Percepción de tiempo de discriminación

Tabla 18
Matriz de correlaciones

Componentes	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
C1	1						
C2	.16*	1					
C3	.03	.51**	1				
C4	.19**	-.19**	.00	1			
C5	.13	.21**	.26**	.02	1		
C6	.35**	.02	-.04	.13	.04	1	
C7	.19**	-.04	.07	.35**	.18*	.21**	1

* $p < .05$. ** $p < .01$

C1: Discriminación temida, C2: Percepción de discriminación en el trabajo y vecindario, C3: Percepción de discriminación en casa y momentos con la familia, C4: Percepción de discriminación en el lugar de atención clínica, C5: Percepción de discriminación por agentes familiares con actos de separación o exclusión, C6: Percepción de discriminación en el ámbito de atención clínica de enfermería, C7: Percepción de modos de discriminación en el ámbito clínico.

Al factorizar las puntuaciones de los 7 componentes se definen tres de segundo orden por el criterio de Kaiser. Explican el 64.51% de la varianza total.

El primero agrupa percepción de discriminación en el ámbito familiar, laboral y de vecindario.

El segundo percepción de discriminación en el ámbito clínico.

Y la tercera percepción de discriminación en el ámbito de enfermería junto con discriminación temida (véase Tabla 19).

Los dos componentes clínicos tienen una correlación débil ($r = .17$, $p = .02$), siendo las otras dos correlaciones no significativas.

Tabla 19

Análisis de componentes de segundo orden: matriz de patrones

Puntuaciones de los componentes de 1er orden (obtenidas por el método de regresión)	Componentes		
	I	II	III
C3: Percepción de discriminación en casa y momentos con la familia	.839	.057	.132
C2: Percepción de discriminación en el trabajo y vecindario	.758	.310	.174
C5: Percepción de discriminación por agentes familiares con actos de separación o exclusión	.616	.308	.057
C4: Percepción de discriminación en el lugar de atención clínica	.079	.795	.015
C7: Percepción de modos de discriminación en el ámbito clínico	.150	.773	.092
C6: Percepción de discriminación en el ámbito de atención clínica de enfermería	.134	.029	.830
C1: Discriminación temida	.077	.077	.785

Método: Componentes Principales: Rotación: Promax. Convergió en 5 iteraciones.

Análisis factorial confirmatorio

Con los 42 ítems seleccionados se contrastan 4 modelos:

- 4 factores correlacionados (4F-42-Cor.).
- 4 factores subordinados a dos factores de orden superior independientes (4F-42-2J).
- 7 factores correlacionados (7F-42-Cor).
- 7 factores subordinados a tres factores de orden superior correlacionados (7F-42-3J).

Los 4 factores de orden inferior de los dos primeros modelos son:

- Discriminación temida (DT) con 11 indicadores: del 1 al 11 ($r = .94$).
- Discriminación percibida en el trabajo y vecindario (PTV) con 13 indicadores: 14, 15, 23, 28, 29, 35, 36, 41, 43, 44, 45, 47 y 48 ($r = .93$).
- Discriminación percibida en el ámbito familiar (PAF) con 10 indicadores: 12, 17, 18, 19, 24, 25, 27, 34, 40 y 42) ($r = .89$).
- Discriminación percibida en el ámbito clínico (PAC) con 8 indicadores: 20, 21, 22, 31, 37, 38, 39 y 46 ($r = .87$).

Los dos factores de orden superior del segundo modelo son:

- Percepción de discriminación en el ámbito clínico y discriminación temida.
- Percepción de discriminación en los ámbitos familiares, laboral y vecindario.

Los 7 factores de orden inferior de los dos últimos modelos son:

- Discriminación temida (DT) con 11 indicadores: del 1 al 11 ($r = .94$).
- Percepción de discriminación por agentes familiares con actos de separación o exclusión (AMF) con 4 indicadores: 12, 18, 25 y 27 ($r = .79$).
- Percepción de discriminación en el trabajo y vecindario (PTV) con 9 indicadores: 14, 15, 17, 23, 28, 29, 35, 36 y 41 ($r = .93$).
- Percepción de modos de discriminación en el ámbito clínico (PMC) con 4 indicadores: 19, 20, 21 y 22 ($r = .76$).
- Percepción de discriminación en casa y momentos con la familia (LTF) con 8 indicadores: 24, 34, 40, 42, 43, 44, 47 y 48 ($r = .88$).
- Percepción de discriminación en el ámbito de atención clínica de enfermería (PCE) con 3 indicadores: 31, 45 y 46 ($r = .79$).
- Percepción de discriminación en el lugar de atención clínica (PLC) con 3 indicadores: 37, 38 y 39 ($r = .89$).

Los tres factores de orden superior del cuarto modelo son:

- Percepción de discriminación en el ámbito clínico de enfermería y discriminación temida: PCE y DT.
- Percepción de formas de discriminación en lugares clínicos: PMC y PLC.
- Percepción de discriminación en los ámbitos familiares, laboral y vecindario: PTV, AMF, LTF.

El primer modelo de 4 factores correlacionados presenta dos indicadores de factor de discriminación Percibida en el Ámbito Clínico (PAC) (31 y 46) no significativos y uno muy débil (39), así como dos correlaciones no significativas (PAF-PAC y DT-PAC).

Al eliminarlos, todas las vías de predicción y las correlaciones son significativas, las varianzas explicadas de los indicadores varían de 18 al 95% y los valores de consistencia interna son altos (de .89 a .94); no obstante, los índices de ajuste son malos en términos generales: $\chi^2(698, N = 200) = 1352.21, p < .01, \chi^2/df = 1.94, GFI = .65, AGFI = .61, FD = 6.79, PNCP = 3.29$ y $RMSEA = .07$ (véase Figura 5).

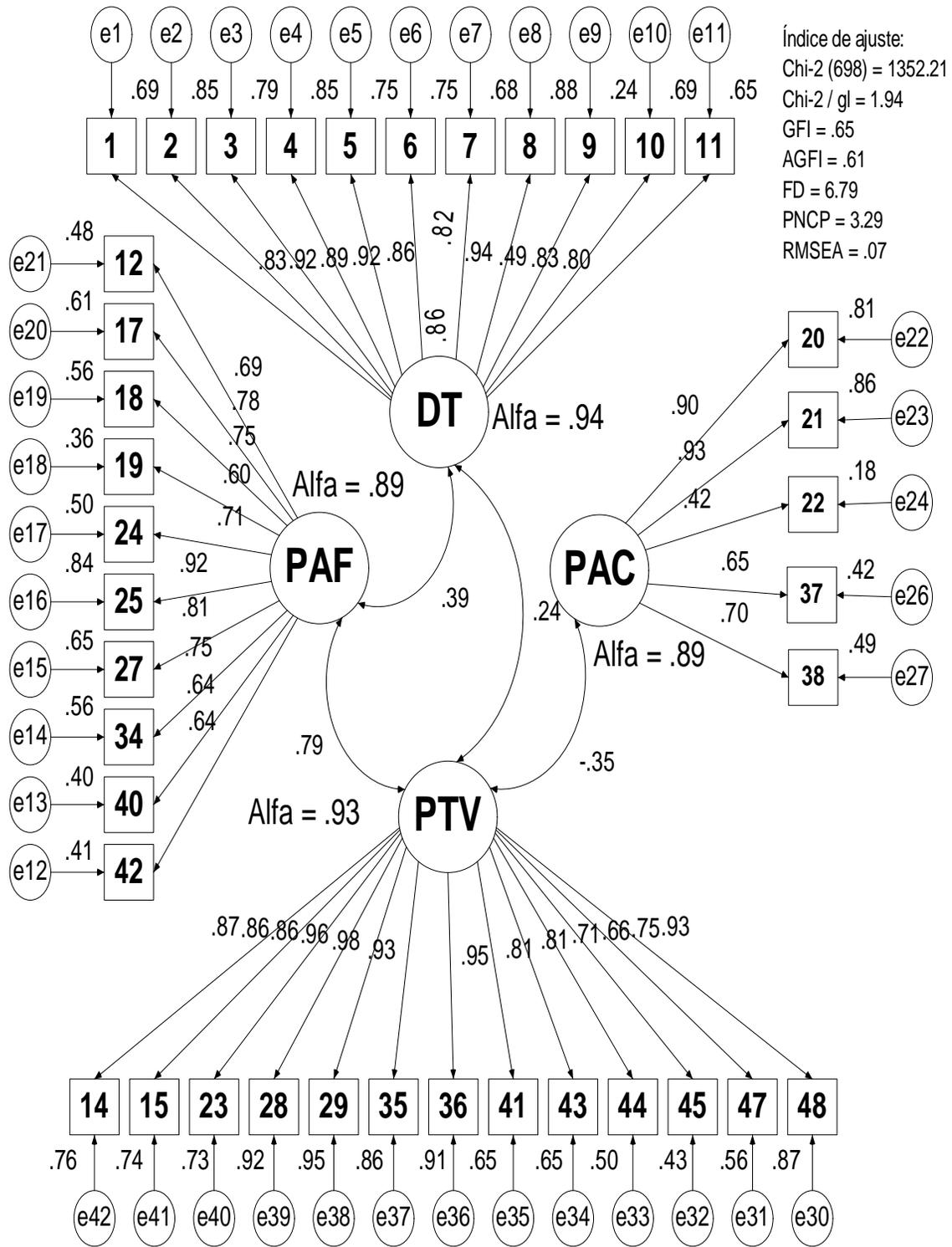


Figura 5. Modelo estandarizado de 4 factores correlacionados con 39 ítems estimado por GLS.

El modelo jerarquizado de 2 factores de orden superior y 4 de orden inferior arrojó una solución inadmisibles ya sea con 42 ó 39 ítems tanto por mínimos cuadrados

generalizados como por máxima verosimilitud.

El modelo de 7 factores correlacionados si se estima por el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS) presenta un residuo con varianza negativa y la solución no resulta admisible.

Si se estima por el método de Máxima Verosimilitud (ML) no aparece este problema.

Al ejecutar el cálculo se observa que el ítem 19 determinado por el factor de modos de discriminación en el ámbito clínico (PMC) presenta una varianza explicada de 3% cuando el ítem 40 determinado por este mismo factor tiene una varianza explicada del 95% y un residuo no significativo.

Si se elimina el ítem 19, lo que mejora la consistencia interna del factor (de .76 a .84), ya no aparecen residuos negativos y la solución es admisible por GLS. De las 21 correlaciones posibles entre los 7 factores 9 no son significativas y se eliminan, con lo que restan 12.

Al ser nuevamente estimado por GLS el modelo resulta con todos sus parámetros significativos, las varianzas explicadas de los residuos varían de 22 a 91% y los valores de consistencia interna de los factores son altos (de .79 a .94); no obstante, los índices de ajuste son malos en términos generales: $\chi^2(767, N = 200) = 1375.21, p < .01, \chi^2/df = 1.79, GFI = .66, AGFI = .62, FD = 6.91, PNCP = 3.06$ y $RMSEA = .06$ (véase Figura 6).

Por la prueba de la diferencia de los estadísticos chi-cuadrado no hay diferencia de bondad de ajuste significativa entre los modelos de 4 y 7 factores correlacionados ($\chi^2 [69, N = 200] = 23, p = 1$).

El modelo jerarquizado de 3 factores de orden superior y 7 de orden inferior, incluyendo o no el ítem 19 como indicador del factor de formas de discriminación en el ámbito clínico, proporcionó una solución inadmisibles por tanto por GLS como por ML.

Debe señalarse que con la reducción de indicadores (1 ó 2 por factor) no se logra mejorar el ajuste.

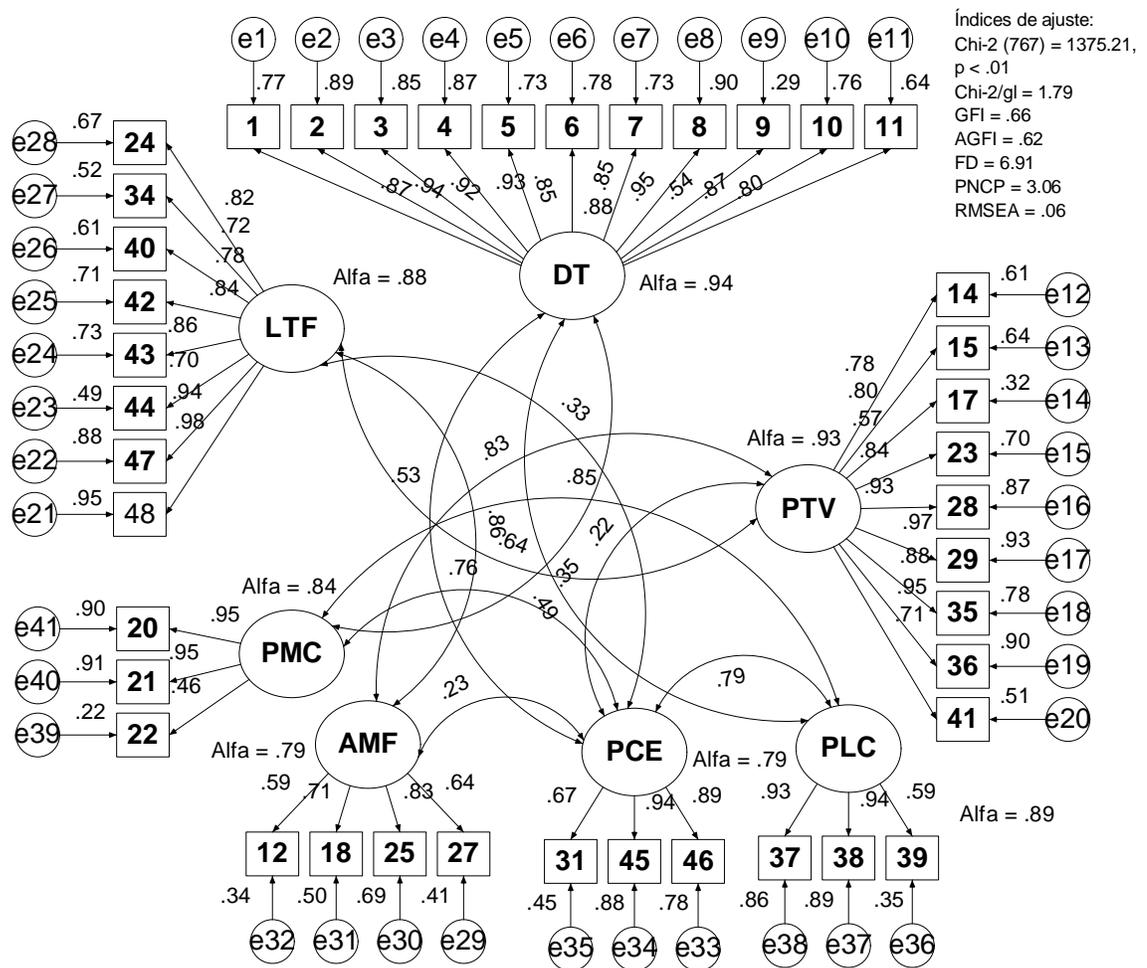


Figura 6. Modelo estandarizado de 7 factores correlacionados con 41 ítems, estimado por GLS.

Por tanto, se opta manejar el modelo de 4 factores correlacionados con 39 ítems.

- Discriminación temida (DT) con 11 indicadores: del 1 al 11 ($\alpha = .94$).
- Discriminación percibida en el trabajo y vecindario (PTV) con 13 indicadores: 14, 15, 23, 28, 29, 35, 36, 41, 43, 44, 45, 47 y 48 ($\alpha = .93$).
- Discriminación percibida en el ámbito familiar (PAF) con 10 indicadores: 12, 17, 18, 19, 24, 25, 27, 34, 40 y 42) ($\alpha = .89$).
- Discriminación percibida en el ámbito clínico (PAC) con 5 indicadores: 20, 21, 22, 37 y 38 ($\alpha = .89$).

Los 39 ítems finalmente seleccionados presentan una consistencia interna alta ($\alpha = .92$). Al aplicar a estos 39 ítems análisis de componentes principales, se definen 4 por el criterio de Cattell con 61.36% de la varianza total explicada, tras una rotación Oblimin coincidieron con los de la Figura 6; por el criterio de Kaiser fueron 7 con

72.37% de la varianza total explicada y también coinciden con los de la Figura 5.

Estimación de las correlaciones de la Escala de Discriminación Temida y Percibida con Depresión

Al calcular por el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, la asociación lineal es significativa sobre todo en el factor de discriminación percibida en el ámbito clínico, seguido de discriminación en el trabajo y vecindario.

La discriminación temida es independiente de la depresión.

Los síntomas cognitivo-afectivos de depresión son los que más correlacionan con discriminación (véase Tabla 20).

Tabla 20
Correlaciones de discriminación y depresión

Discriminación	Depresión					
	Puntaje total		Cognitivo-afectivo		Somático-Motivacional	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
Temida	.06	.40	.08	.27	.01	.91
<i>Percibida en el ámbito clínico</i>	-.27	.00	-.29	.00	-.17	.02

Estimación de las correlaciones de la Escala de Discriminación Temida y Percibida con Ira

A mayor control externo de la ira se puntúa menos en la escala de 39 ítems ($r = -.27, p < .01$), se teme menos discriminación ($r = -.25, p < .01$) y se percibe menos discriminación en el ámbito clínico ($r = -.27, p < .01$).

A mayor control interno también se puntúa menos en la escala de 39 ítems ($r = -.14, p = .04$). A mayor manifestación de la ira se percibe más discriminación en el ámbito clínico ($r = .31, p < .01$) y se teme más discriminación ($r = .20, p < .01$).

Finalmente el puntaje total de ira correlaciona de forma directa con discriminación percibida en el ámbito clínico ($r = .32, p < .01$), discriminación temida ($r = .22, p < .01$) y el puntaje total de discriminación ($r = .22, p < .01$) (véase Tabla 21).

Tabla 21
Correlaciones entre discriminación e ira

Discriminación	Ira			
	Puntaje total	Manifes- tación	Control interno	Control externo
Temida	.22 **	.20** **	-.04 .48	-.25** **
Percibida en el ámbito clínico	.32 **	.31** **	-.14 .06	-.27** **

r = coeficiente producto-momento de Pearson.

Asociación con variables sociodemográficas

El puntaje total de discriminación temida y percibe correlaciona de forma inversa con la edad ($r = -.27, p < .01$), promedio de edad de los hijos ($r = -.35, p < .01$), frecuencia de asistencia a las ceremonias religiosas ($r = -.20, p < .01$) y número de hijos ($r = -.17, p = .01$).

A mayor discriminación temida, menor frecuencia de asistencia a los ceremonias religiosas ($r = -.31, p < .01$), menor promedio de edad de los hijos ($r = -.20, p < .01$) y menor edad ($r = -.18, p = .01$).

A mayor percepción de discriminación en el trabajo y vecindario menor promedio de edad de los hijos ($r = -.28, p = .01$) y menor edad ($r = -.16, p = .02$). A mayor percepción de discriminación en el ámbito familiar menor número de hijos ($r = -.27, p < .01$), menor edad ($r = -.26, p < .01$) y menor promedio de edad de los hijos ($r = -.35, p < .01$).

La percepción de discriminación en el ámbito clínico es independiente de las 5 variables sociodemográficas.

La escolaridad es independiente de la discriminación temida y percibida.

El promedio de edad de los hijos y la edad del encuestado son las variables más relacionadas con la discriminación.

Los más jóvenes y quienes no tienen hijos o éstos son más pequeños perciben y temen más discriminación (véase Tabla 22).

Tabla 22

Correlación entre discriminación y cinco variables sociodemográficas

Discriminación		Edad	Número de hijos	Promedio edad hijos	Escolaridad	Práctica religiosa
Puntaje Total	<i>r</i>	-.27	-.17	-.35	-.05	-.20
	<i>p</i>	.00	.01	.00	.52	.00
Temida	<i>r</i>	-.18	-.12	-.20	-.04	-.31
	<i>p</i>	.01	.08	.00	.59	.00
Percibida en trabajo y vecindario	<i>r</i>	-.16	-.02	-.28	-.02	-.00
	<i>p</i>	.02	.74	.00	.82	.94
Percibida en el ámbito familiar	<i>r</i>	-.26	-.27	-.35	-.05	-.00
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.47	.97
Percibida en el ámbito clínico	<i>r</i>	-.12	-.11	-.07	-.02	-.13
	<i>p</i>	.10	.11	.31	.82	.07

N = 200. *r* = coeficiente producto-momento de Pearson.

El puntaje total y el factor de discriminación temida se asocian con el estado civil ($r = .39, p < .01$ y $r = .45, p < .01$, respectivamente), ocupación ($r = .24, p = .02$ y $r = .30, p < .01$, respectivamente) y religión ($r_{bp} = -.16, p = .02$ y $r_{bp} = -.20, p < .01$, respectivamente).

La percepción de discriminación en el ámbito clínico se asocia con la ocupación ($r = .22, p = .04$) (véase Tabla 23).

Las mujeres solteras, separadas y divorciadas son las que promedian más alto en la escala y el factor de discriminación temida frente a las mujeres viudas, casadas y en unión libre que promedian más bajo.

En el factor de discriminación percibida en el ámbito clínico se observa la misma tendencia, salvo que en las mujeres divorciadas el promedio es bajo (véase Tabla 24).

Las mujeres que se dedican al sexo comercial y el grupo de trabajadoras manuales (domésticas, obreras e intendentes) son las que promedian más alto en el puntaje total y el factor de discriminación temida y las mujeres profesionista las que promedian más bajo.

Las amas de casa y empleadas de oficina ocuparían un lugar intermedio en el puntaje total y en el factor de discriminación temida el promedio de las amas de casa es bajo (véase Tabla 25).

Los católicos presentan los promedios más altos en el puntaje total y el factor de discriminación temida frente a los cristianos (véase Tabla 26).

Tabla 23

Asociación de la discriminación con estado civil, ocupación y práctica religiosa

Discriminación		Estado civil	Ocupación		Religión
Puntaje Total		.39	.24	r_{bp}	-.16
	<i>P</i>	.00	.02	<i>P</i>	.02
	<i>N</i>	200	199	<i>N</i>	200
		.45	.30	r_{bp}	-.20
Temida	<i>P</i>	.01	.00	<i>P</i>	.00
	<i>N</i>	200	199	<i>N</i>	200
Percibida en el trabajo y vecindario		.14	.21	r_{bp}	-.06
	<i>P</i>	.53	.06	<i>P</i>	.36
	<i>N</i>	200	199	<i>N</i>	200
		.23	.16	r_{bp}	-.00
Percibida en el ámbito familiar	<i>P</i>	.05	.28	<i>P</i>	.98
	<i>N</i>	200	199	<i>N</i>	200
Percibida en el ámbito clínico		.23	.22	r_{bp}	-.10
	<i>P</i>	.05	.04	<i>P</i>	.14
	<i>N</i>	200	199	<i>N</i>	200

= coeficiente eta y r_{bp} = coeficiente biserial-puntual.

Tabla 24 *Contraste de medias de discriminación entre los seis grupos de estado civil*

Estado civil		Puntaje total	Temida	Trabajo y vecindario	Ámbito familiar	Ámbito clínico
Soltera	<i>N</i>	45	45	45	45	45
	<i>M</i>	98.60	42.91	27.22	16.91	11.56
	<i>DE</i>	26.58	12.90	13.36	9.30	5.73
Casada	<i>N</i>	86	86	86	86	86
	<i>M</i>	84.47	33.93	26.29	13.57	10.67
	<i>DE</i>	22.82	14.06	12.21	5.38	5.33
Viuda	<i>N</i>	19	19	19	19	19
	<i>M</i>	62.68	21.68	20.47	12.05	8.47
	<i>DE</i>	21.23	12.20	10.33	3.53	2.91
Divorciada	<i>N</i>	10	10	10	10	10
	<i>M</i>	88.60	39.90	26.00	13.90	8.80
	<i>DE</i>	20.67	10.51	14.74	5.74	4.94
Separada	<i>N</i>	12	12	12	12	12
	<i>M</i>	99.58	44.50	24.83	16.17	14.08
	<i>DE</i>	26.33	10.82	12.71	7.68	5.18
Unión libre	<i>N</i>	28	28	28	28	28
	<i>M</i>	82.18	30.25	25.25	16.25	10.43
	<i>DE</i>	27.68	9.55	13.84	9.11	5.21
Total	<i>N</i>	200	200	200	200	200
	<i>M</i>	86.37	35.21	25.70	14.73	10.74
	<i>DE</i>	26.14	14.14	12.69	7.174	5.29
Contraste de medias	<i>F</i>	6.83	10.12	0.83	2.25	2.23
	<i>gl</i>			(5, 194)		
	<i>P</i>	.00	.00	.53	.05	.05

Tabla 25

Contraste de medias de discriminación entre los cinco grupos de ocupación

Ocupación		Puntaje total	Temida	Trabajo y vecindario	Ámbito familiar	Ámbito clínico
Hogar	<i>N</i>	132	132	132	132	132
	<i>M</i>	84.19	32.55	26.98	14.71	9.95
	<i>DE</i>	26.88	14.19	13.30	7.21	5.40
Sexo Comercial	<i>N</i>	26	26	26	26	26
	<i>M</i>	100.77	44.27	26.81	16.85	12.85
	<i>DE</i>	27.45	11.15	13.89	9.48	4.90
Oficina y Ventas	<i>N</i>	29	29	29	29	29
	<i>M</i>	82.62	37.31	20.00	13.00	12.31
	<i>DE</i>	16.97	12.47	6.41	4.37	4.51
Trabajadora Manual	<i>N</i>	9	9	9	9	9
	<i>M</i>	93.22	41.56	24.56	15.67	11.44
	<i>DE</i>	25.87	12.76	13.11	7.00	5.61
Profesionista	<i>N</i>	3	3	3	3	3
	<i>M</i>	68.33	31.67	16.33	10.67	9.67
	<i>DE</i>	22.48	22.12	1.15	1.15	4.16
Total	<i>N</i>	199	199	199	199	199
	<i>M</i>	86.30	35.17	25.67	14.72	10.73
	<i>DE</i>	26.18	14.16	12.71	7.19	5.30
Contraste de medias	<i>F</i>	2.97	4.83	2.33	1.27	2.55
	<i>Gl</i>			(4, 194)		
	<i>P</i>	.02	.00	.06	.28	.04

Tabla 26

Contraste de medias de discriminación entre los dos grupos de confesión religiosa

Religión		Puntaje total	Temida	Trabajo y vecindario	Ámbito familiar	Ámbito clínico
Católica	<i>N</i>	177	177	177	177	177
	<i>M</i>	87.86	36.20	25.99	14.73	10.94
	<i>DE</i>	25.86	14.32	12.60	7.09	5.34
Cristiana	<i>N</i>	23	23	23	23	23
	<i>M</i>	74.87	27.52	23.43	14.70	9.22
	<i>DE</i>	25.96	9.93	13.41	7.99	4.72
Total	<i>N</i>	200	200	200	200	200
	<i>M</i>	86.37	35.21	25.70	14.73	10.74
	<i>DE</i>	26.14	14.14	12.69	7.17	5.29
Contraste de medias	<i>T</i>	2.27	3.72	0.91	0.21	1.47
	<i>Gl</i>	198	35.17	198	198	198
	<i>P</i>	.02	.00	.36	.98	.14

gl = 198 (asumiendo igualdad de varianzas) y *gl* < 198 (sin asumir igualdad de varianzas) con base en la prueba de Levene.

Predicción de la discriminación con depresión, ira y variables socio-demográficos

Se pronostica el puntaje total de la escala EDTP con sus correlatos significativos: edad, número de hijos, promedio de edad de los hijos, frecuencia de práctica religiosa, puntaje total, control interno y externo de ira y factor cognitivo-afectivo de depresión.

Al realizar el cálculo por el método *Stepwise* se retienen 4 de las 7 variables. Se explica el 20% de la varianza del criterio.

El modelo de predicción es significativo ($F(4, 195) = 13.31, p < .01$).

Las correlaciones con el criterio se mantienen al ser parcializado el efecto de las otras variables predictoras y los valores de tolerancia e inflación de la varianza se aproximan a 1, lo que refleja baja colinealidad entre los cuatro predictores.

La distribución de los residuos se ajusta a una curva normal ($Z_{K.S} = 0.48, p = .98$) (véase Figura 7) y no se observa tendencia lineal entre los mismos dentro del diagrama de dispersión formado por los residuos estandarizados y los valores pronosticados por el modelo (véase Figura 8).

El modelo, que cumple bien con los supuestos, indica que la discriminación temida y percibida es mayor cuanto menor es el promedio de edad de los hijos (hijos pequeños), menor es el control externo de la expresión de la ira, mayores los síntomas cognitivo-afectivos de depresión reportados y menor la frecuencia de asistencia a los servicios religiosos (véase Tabla 27).

Tabla 27

Modelo de regresión lineal para predecir el puntaje total de EDTP

Modelo	Coeficientes			Significación		Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>		<i>T</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>VIF</i>
Constante	123.23	7.75		15.90	.00					
Promedio edad hijos	-0.91	0.22	-.27	-4.15	.00	-.35	-.28	-.26	.93	1.08
Control externo	-1.41	0.41	-.23	-3.47	.00	-.27	-.24	-.22	.90	1.11
Cognitivo-afectivo	0.61	0.20	.20	3.07	.00	.17	.21	.19	.94	1.06
Práctica religiosa	-10.84	5.23	-.13	-2.07	.04	-.16	-.15	-.13	.98	1.01

$R = .46, R^2 = .21, R^2_{aj} = .20$ y $EEE = 23.40$.

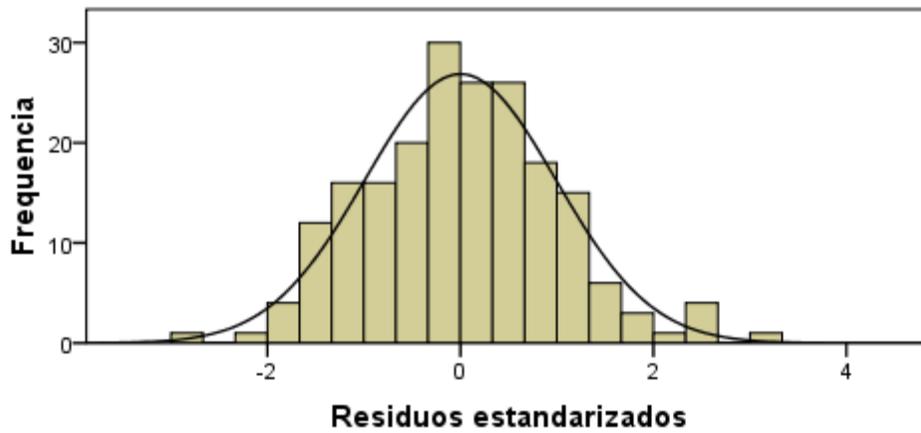


Figura 7. Histograma de los residuos estandarizados y valores pronosticados, discriminación con depresión, ira y variables socio-demográficas.

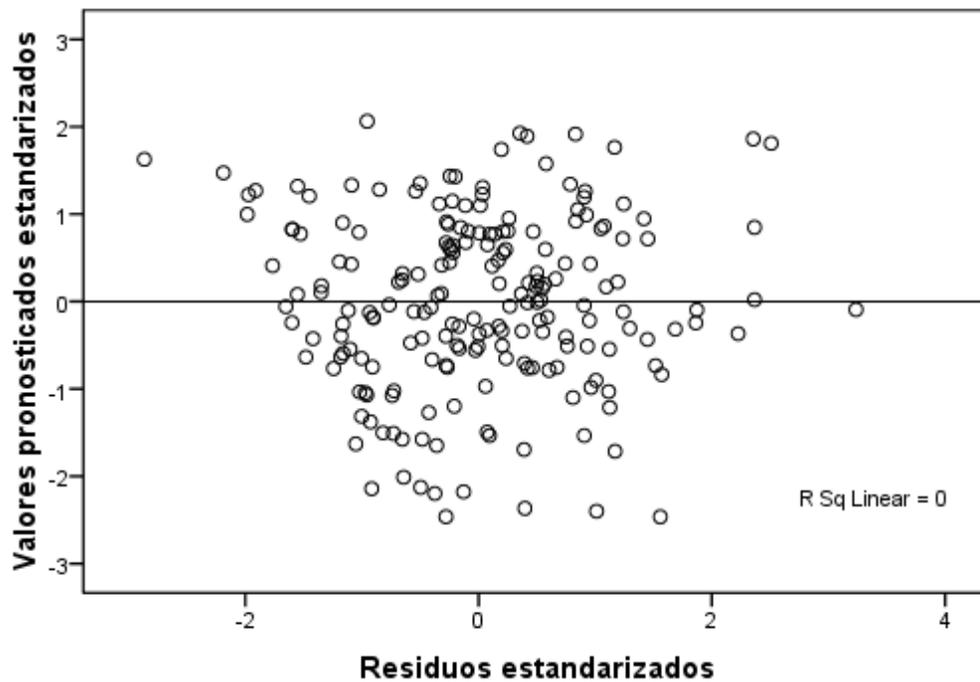


Figura 8. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y valores pronosticados con depresión, ira y variables socio-demográficas.

Se pronostica el factor de discriminación temida con sus correlatos significativos: edad, promedio de edad de los hijos, frecuencia de práctica religiosa, puntaje total de ira, factor de manifestación de la ira y factor de control externo de ira.

Al realizar el cálculo por el método *Stepwise* se retienen 2 de las 5 variables. Se explica el 12% de la varianza del criterio.

El modelo de predicción es significativo ($F(2, 196) = 15.18, p < .01$).

Las correlaciones con el criterio se mantienen al ser parcializado el efecto de las otras variables predictoras y los valores de tolerancia e inflación de la varianza se aproximan a 1, lo que refleja baja colinealidad entre los dos predictores.

La distribución de los residuos se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.16, p = .13$) (véase Figura 9) y no se observa tendencia lineal entre los mismos dentro del diagrama de dispersión (véase Figura 10).

El modelo, que cumple bien con los supuestos, indica que la discriminación temida es mayor cuanto menor es la frecuencia de asistencia a los servicios religiosos y menor es el control externo de la expresión de la ira (véase Tabla 28).

Tabla 28

Modelo de regresión lineal para predecir discriminación temida

Modelo	Coeficientes		Significación		Correlación			Colinealidad		
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>VIF</i>	
Constante	55.08	3.79	14.53	.00						
Práctica religiosa	-4.10	1.03	-.27	-3.99	.00	-.31	-.27	-.26	.95	1.05
Control externo	-0.64	0.22	-.19	-2.86	.00	-.25	-.20	-.19	.95	1.05

$R = .36, R^2 = .13, R^2_{aj} = .12$ y $EEE = 13.27$.

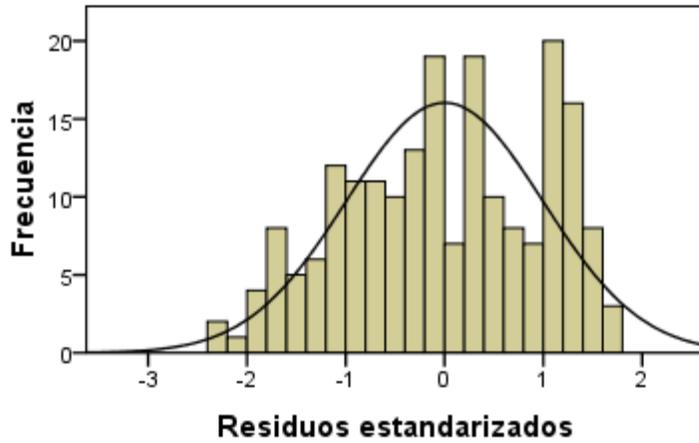


Figura 9. Histograma de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados, discriminación temida variables socio-demográficas e ira

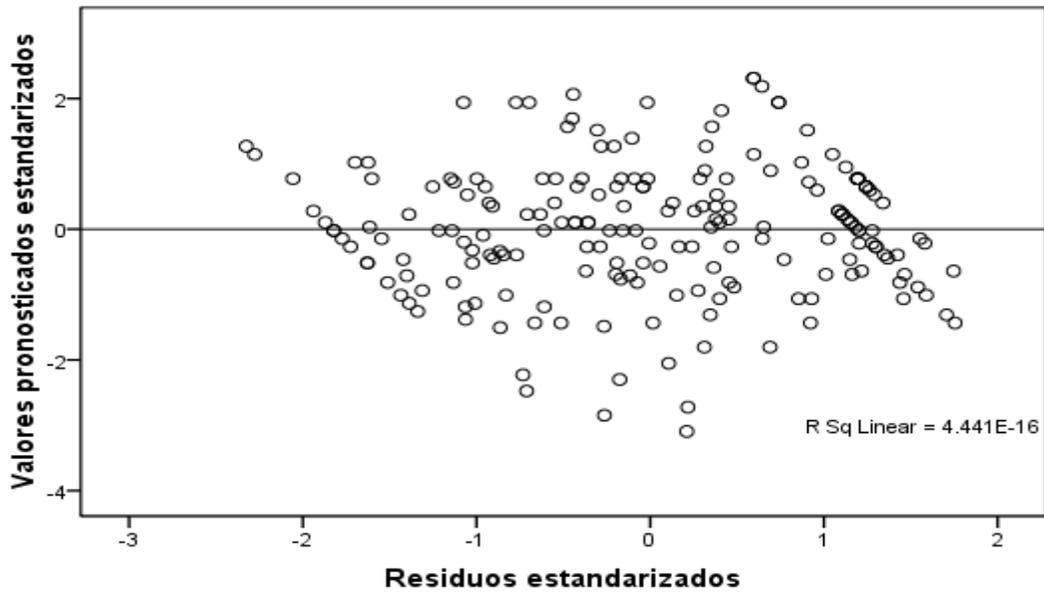


Figura 10. Diagrama de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación temida variables socio-demográficas e ira.

Se pronostica el factor de discriminación percibida en el ámbito laboral y de vecindario con sus correlatos significativos: edad, edad promedio de los hijos, puntaje total del BDI y factor de síntomas cognitivo-afectivos.

Al realizar el cálculo por el método *Stepwise* se retienen las 3 variables (promedio de edad de los hijos, síntomas cognitivo-afectivos de depresión y puntaje total de depresión) y se explica el 15% de varianza del criterio, pero existe mucha colinealidad entre los dos últimos predictores.

Así se opta por repetir el cálculo sólo con síntomas cognitivo-afectivos de depresión y promedio de edad de los hijos.

Se retienen ambos predictores. Se explica el 14% de la varianza del criterio.

El modelo de predicción es significativo ($F(2, 197) = 17.10, p < .01$).

Las correlaciones con el criterio se mantienen al ser parcializado el efecto de las otras variables predictoras y los valores de tolerancia e inflación de la varianza se aproximan a 1, lo que refleja baja colinealidad entre los dos predictores.

La distribución de los residuos es asimétrica positiva, no ajustándose a una curva normal ($Z_{K-S} = 2.02, p < .01$) (véase Figura 11).

No se observa tendencia lineal entre los mismos dentro del diagrama de dispersión entre los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 12).

El modelo, que cumple parcialmente con los supuestos, indica que la discriminación percibida en el ámbito laboral y de vecindario es mayor cuanto mayor es la frecuencia de síntomas cognitivo-afectivos de depresión y menor es el promedio de edad de los hijos (véase Tabla 29).

Tabla 29

Modelo de regresión lineal para predecir discriminación percibida en el ámbito laboral y de vecindario

Modelo	Coeficientes			Significación		Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>		<i>T</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>VIF</i>
Constante	27.08	1.77		15.31	.00					
Cognitivo-afectivo	0.40	0.10	.27	4.06	.00	.29	.28	.27	.99	1.01
Promedio edad hijos	-0.04	0.11	-.25	-3.83	.00	-.28	-.26	-.25	.99	1.01

$R = .38, R^2 = .15, R^2_{aj} = .14$ y $EEE = 11.77$.

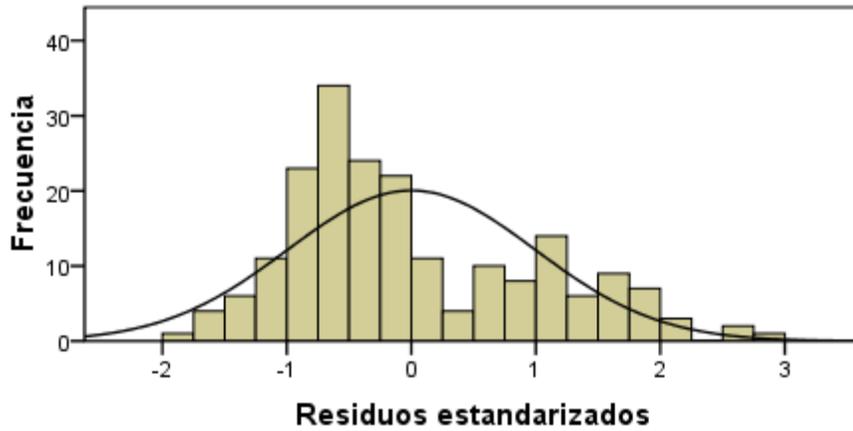


Figura 11. Histograma de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida ámbito laboral y vecindario con depresión ira y variables socio-demográficas.

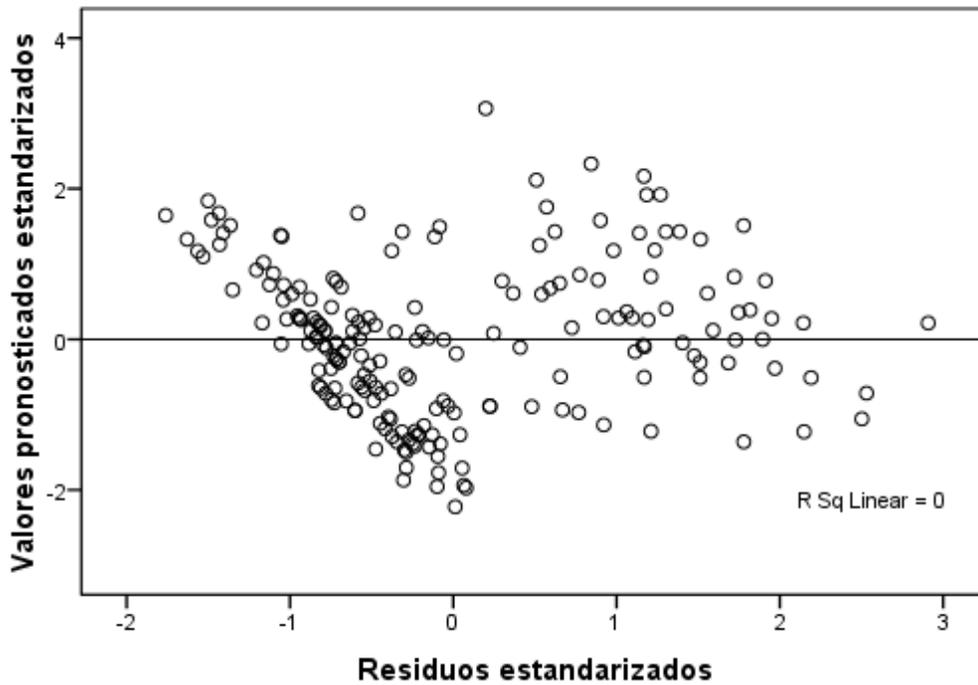


Figura 12. Diagrama de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida ámbito laboral y vecindario con depresión ira y variables socio-demográficas.

Se pronostica el factor de discriminación percibida en el ámbito familiar con sus correlatos significativos: edad, número de hijos, edad promedio de los hijos y factor de síntomas cognitivo-afectivos de depresión.

Al realizar el cálculo por el método *Stepwise* se retienen las 2 variables: promedio de edad de los hijos y síntomas cognitivo-afectivos de depresión. Se explica el 13% de varianza del criterio.

El modelo de predicción es significativo ($F(2, 197) = 15.82, p < .01$).

Las correlaciones con el criterio se mantienen al ser parcializado el efecto de las otras variables predictoras y los valores de tolerancia e inflación de la varianza se aproximan a 1, lo que refleja baja colinealidad entre los dos predictores.

La distribución de los residuos es asimétrica positiva, no ajustándose a una curva normal ($Z_{K-S} = 2.53, p < .01$) (véase Figura 13).

No se observa tendencia lineal entre los mismos dentro del diagrama de dispersión entre los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 14).

El modelo, que cumple parcialmente con los supuestos, indica que la discriminación percibida en el ámbito familiar es mayor cuanto menor es el promedio de edad de los hijos y mayor es la frecuencia de síntomas cognitivo-afectivos de depresión (véase Tabla 30).

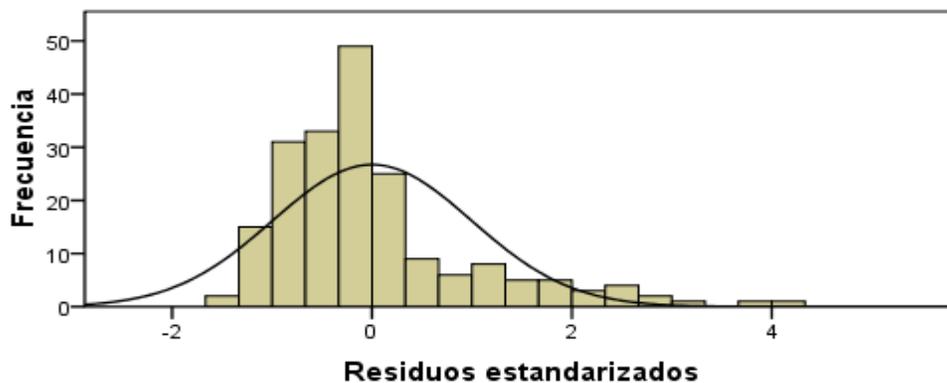


Figura 13. Histograma de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida en el ámbito familiar con depresión ira y variables socio-demográficas.

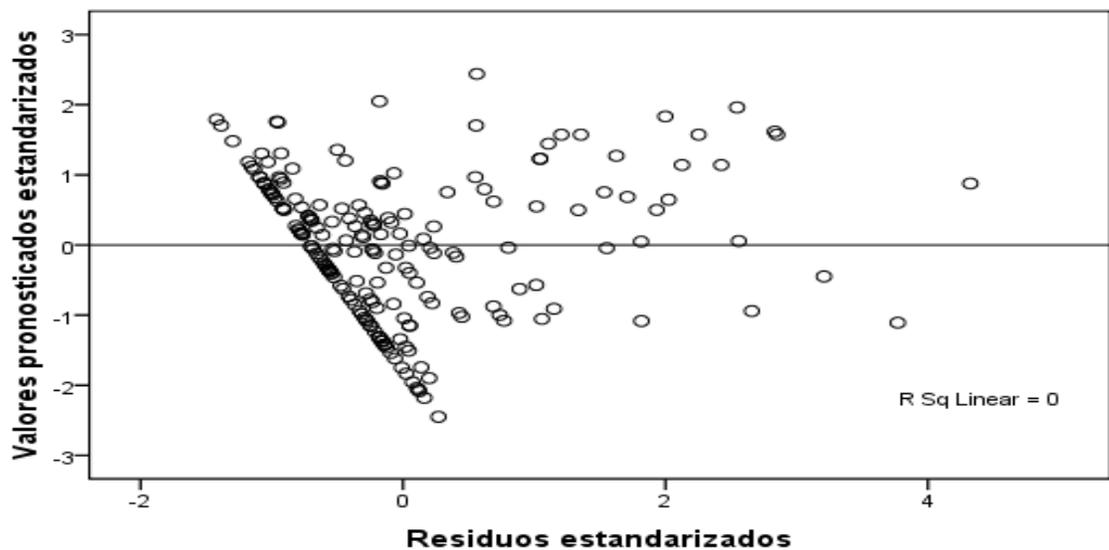


Figura 14. Diagrama de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida en el ámbito familiar con depresión Ira y variables socio-demográficas.

Tabla 30

Modelo de regresión lineal para predecir discriminación percibida en el ámbito familiar

Modelo	Coeficientes		Significación		Correlación			Colinealidad		
	B	EE	T	P	r	r _p	r _{sp}	Tol	VIF	
Constante	17.31	1.01	17.21	.00						
Promedio edad hijos	-0.30	0.06	-.33	-5.03	.00	-.35	-.34	-.33	.99	1.01
Cognitivo-afectivo	0.11	0.06	.14	2.07	.04	.17	.15	.14	.99	1.01

$R = .37$, $R^2 = .14$, $R^2_{aj} = .13$ y $EEE = 6.69$.

Se pronostica el factor de discriminación percibida en el ámbito clínico con sus correlatos significativos: puntaje total del BDI y sus dos factores, expresión de la ira y sus factores de manifestación de la ira y control externo de la ira.

Al realizar el cálculo por el método *Stepwise* se retienen las 2 variables: expresión de la ira y síntomas cognitivo-afectivos de depresión. Se explica el 15% de varianza del criterio.

El modelo de predicción es significativo ($F(2, 197) = 18.92$, $p < .01$).

Las correlaciones con el criterio se mantienen al ser parcializado el efecto de las otras variables predictoras y los valores de tolerancia e inflación de la varianza se aproximan a 1, lo que refleja baja colinealidad entre los dos predictores.

La distribución de los residuos se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.26$, $p = .08$) (véase Figura 15).

No se observa tendencia lineal entre los residuos dentro del diagrama de dispersión entre los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 16).

El modelo, que cumple con los supuestos, indica que la discriminación percibida en el ámbito clínico es mayor cuanto mayor es la expresión de la ira y menor es la frecuencia de síntomas cognitivo-afectivos de depresión (véase Tabla 31).

Tabla 31

Modelo de regresión lineal para predecir discriminación percibida en el ámbito clínico

Modelo	Coeficientes		Significación		Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>VIF</i>
Constante	8.01	1.10	7.25	.00					
Expresión de la ira	0.12	0.03	.28	4.28	.00	.32	.29	.28	.97
Cognitivo-afectivo	-0.15	0.04	-.24	-3.67	.00	-.29	-.25	-.24	.97

$R = .40$, $R^2 = .16$, $R^2_{aj} = .15$ y $EEE = 4.87$.

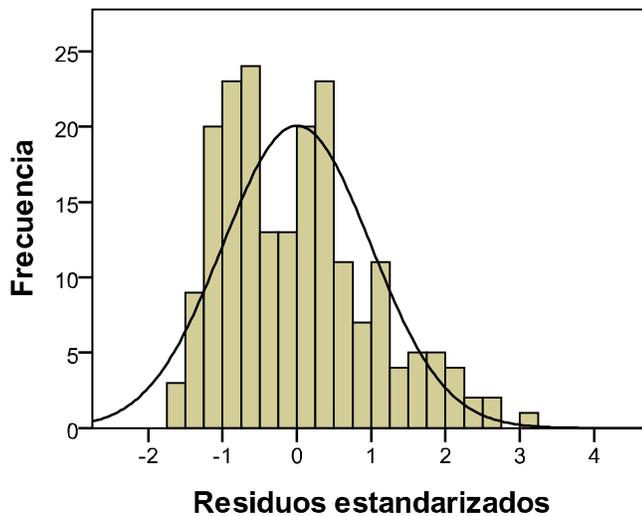


Figura 15. Histograma de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida en el ámbito clínico con depresión e ira.

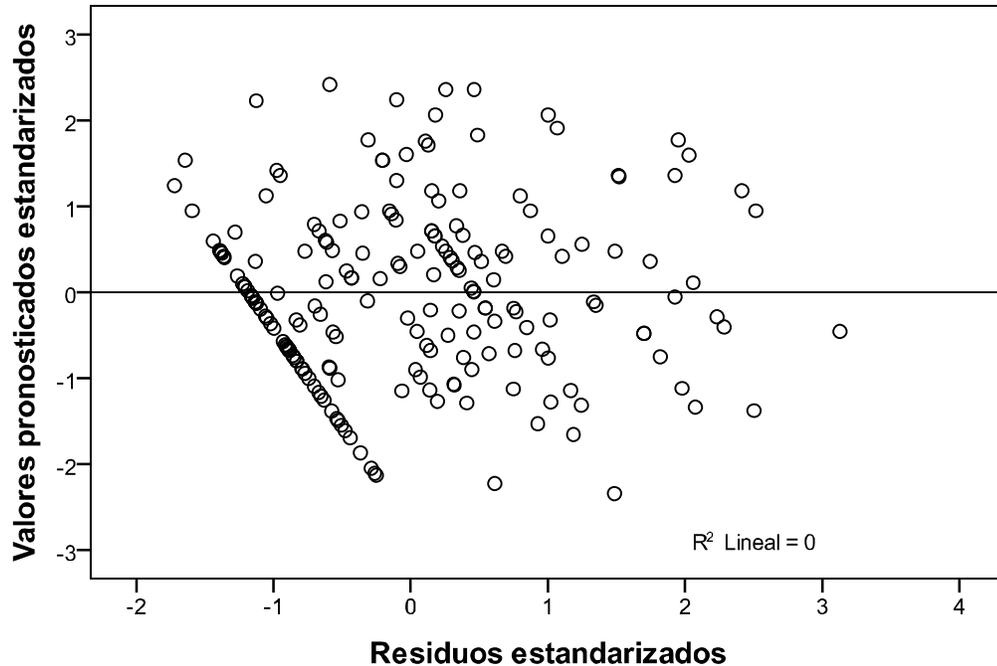


Figura 16. Diagrama de los residuos estandarizados y los valores pronosticados estandarizados discriminación percibida en el ámbito clínico con depresión e ira.

En resumen (véase Tabla 32), las variables con mayor poder predictivo son los síntomas cognitivo-afectivos de depresión y el promedio de edad de los hijos. Los modelos predictivos tienen baja potencia explicativa, del 20% al 12% de la varianza.

La discriminación temida es independiente de la depresión y se asocia con menor control externo de ira.

La percepción de discriminación es independiente de la ira, salvo en el ámbito clínico y se asocia con depresión.

La depresión es un correlato directo, salvo en el ámbito clínico.

A más depresión, más sensibilidad a la discriminación. Por el contrario, en el ámbito clínico, a mayor depresión, menos reactividad.

Precisamente, en el ámbito clínico actúa la manifestación de la ira que requiere bajo nivel de síntomas cognitivo-afectivos de depresión.

De las variables sociodemográficas la escolaridad es independiente de la discriminación tanto temida como percibida.

El menor promedio de edad de los hijos predice discriminación temida y percibida en los ámbitos laborales, de vecindario y familiares.

La baja frecuencia a asistencia a los servicios religiosos predice sobre todo discriminación temida.

La discriminación en los ámbitos de trabajo y vecindario y en la familia se asemeja más en sus patrones de correlaciones.

La discriminación temida y percibida en el ámbito clínico se asemejan más los patrones de correlación.

Precisamente, en el análisis factorial de segundo orden aparece esta agrupación.

Tabla 32

Resumen de correlatos y predictores significativos de discriminación

	PT		DT		PATV		PAF		PAC	
	<i>R</i>		<i>R</i>		<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>	
BDI					.23					-.27
CA	.17	.20			.29	.27	.17	.14		-.29 -.24
SM										-.17
EI	.22		.22							.32 .28
MI			.20							.31
CE	-.27	-.23	-.25	-.19						-.27
CI	-.14									
Edad	-.27		-.18		-.16		-.26			
Hijos	-.17						-.27			
Promedio	-.35	-.27	.20		-.28	-.25	-.35	-.33		
Escolaridad										
PR	-.20	-.13	-.31	-.27						
S² explicada	20%		12%		14%		13%		13%	
Variables cualitativas										
EC	= .39		= .45							
Religión	<i>r_{bp}</i> = -.16		<i>r_{bp}</i> = -.20							
Ocupación	= .24		= .30						= .22	

Modelos predictivos integradores

Se contrastan tres modelos en los que se predice la discriminación percibida (en los ámbitos laboral-vecindario, en el ámbito familiar y en el ámbito clínico) con la discriminación temida, control de la ira y variables sociodemográficas como antecedentes y los síntomas cognitivo-afectivos de depresión como consecuencia, siendo la manifestación de la ira una consecuencia en uno de ellos (ámbito clínico).

Desde los resultados previos de correlaciones y modelos de regresión lineal se hace la selección de variables; aquellas con correlaciones más altas y coeficientes de determinación significativos en los ámbitos o factores de la discriminación: práctica

religiosa y promedio de edad de los hijos como variables sociodemográficas, control externo de la ira y síntomas cognitivo-afectivos de depresión. En el ámbito clínico no se contempla el promedio de edad de los hijos, pero se añade la manifestación de la ira.

La propuesta de estos tres modelos se realiza desde la hipótesis de que la expectativa de discriminación será afectada por variables sociodemográficas y rasgos de control de la ira. A menos rasgos de control, más expectativa de discriminación, pues la persona pronostica que es rechazada por su falta de control.

La expectativa de discriminación, los problemas de control de la ira (rasgo) y variables sociodemográficas afectarán a la percepción de la discriminación.

La percepción de discriminación generará mayor manifestación de ira y menos síntomas depresivos (variables estado), al ser activadora en estas mujeres con niveles bajos de discriminación. No obstante, la percepción de discriminación podría incrementar los pensamientos depresivos desde la vivencia de indefensión y desesperanza. Debe señalarse que la correlación entre percepción de discriminación y síntomas cognitivo-afectivos de depresión fue negativa en el ámbito clínico (activante), pero positiva en los ámbitos familiar y laboral/vecindario.

El temor de discriminación también podría ser un predictor de estos estados, pero las correlaciones de este estudio (previamente reportadas) muestran la independencia de la depresión con la expectativa de discriminación.

En los tres modelos la discriminación temida, la discriminación percibida y los síntomas cognitivo-afectivos de depresión son variables endógenas, es decir, son predichas por otras variables, de ahí que se estime un porcentaje de varianza explicado. En uno de ellos (ámbito clínico) también aparece la manifestación de la ira como variable endógena.

Las variables sociodemográficas (práctica religiosa en los tres y promedio de edad de los hijos en dos) son variables exógenas, al igual que el control externo de la ira (en los tres), esto es, son variables predictoras. Las variables exógenas aparecen correlacionadas entre sí.

En los tres modelos la práctica religiosa y control externo de la ira predicen discriminación temida.

La discriminación percibida es pronosticada por la discriminación temida en los tres modelos, por el control externo de la ira sólo en el modelo del ámbito clínico, y por los el promedio de edad de los hijos en los modelos del ámbito laboral y vecindario y en el ámbito familiar.

Los síntomas cognitivo-afectivos de depresión son pronosticados por la discriminación percibida en los tres modelos y el control de la ira (en el ámbito laboral y vecindario y en el ámbito familiar) o manifestación de la ira (en el ámbito clínico). Sólo en el ámbito clínico la discriminación temida es un predictor de los síntomas cognitivo-afectivos.

La manifestación de la ira, que aparece como variable endógena en el modelo para el ámbito clínico, es pronosticada por el control externo de la ira, por la discriminación percibida y por la discriminación temida.

Modelo para el ámbito laboral y de vecindario

El control externo de la ira como predictor de discriminación percibida no se contempla al no existir correlación lineal entre estas dos variables. Además, si se añade esta vía en el modelo, no resulta significativa. Lo mismo ocurre con la discriminación temida como antecedente de síntomas cognitivo-afectivos de depresión. No existe correlación y al ser incluida la vía en el modelo ésta no es significativa.

En este modelo, la práctica religiosa y control externo de la ira predicen discriminación temida. Discriminación temida y promedio de edad de los hijos predicen discriminación percibida. Discriminación percibida y control externo de la ira predicen síntomas cognitivo-afectivos de depresión. Las tres variables exógenas están correlacionadas.

Los parámetros de todas las seis vías direccionales y las tres correlaciones del modelo son significativos por Mínimos Cuadrados Generalizados.

Se explica el 14% de la varianza de la discriminación temida, 9% de la percibida y 13% de los síntomas cognitivo-afectivos de depresión.

El ajuste del modelo a los datos es bueno: $\chi^2(6, N = 200) = 6.40, p = .38, 2/_{gl} = 1.07, GFI = .99, AGFI = .96, NFI = .91, CFI = .99, FD = 0.03, PNCP < 0.01$ y $RMSEA = .02$ (véase Figura 17).

Índices de ajuste:
 $2(6, N = 200) = 6.40, p = .38, 2/gl = 1.07$
 $GFI = .99, AGFI = .96, NFI = .91, CFI = .99$
 $FD = 0.03, PNCP < 0.01$ y $RMSEA = .02$

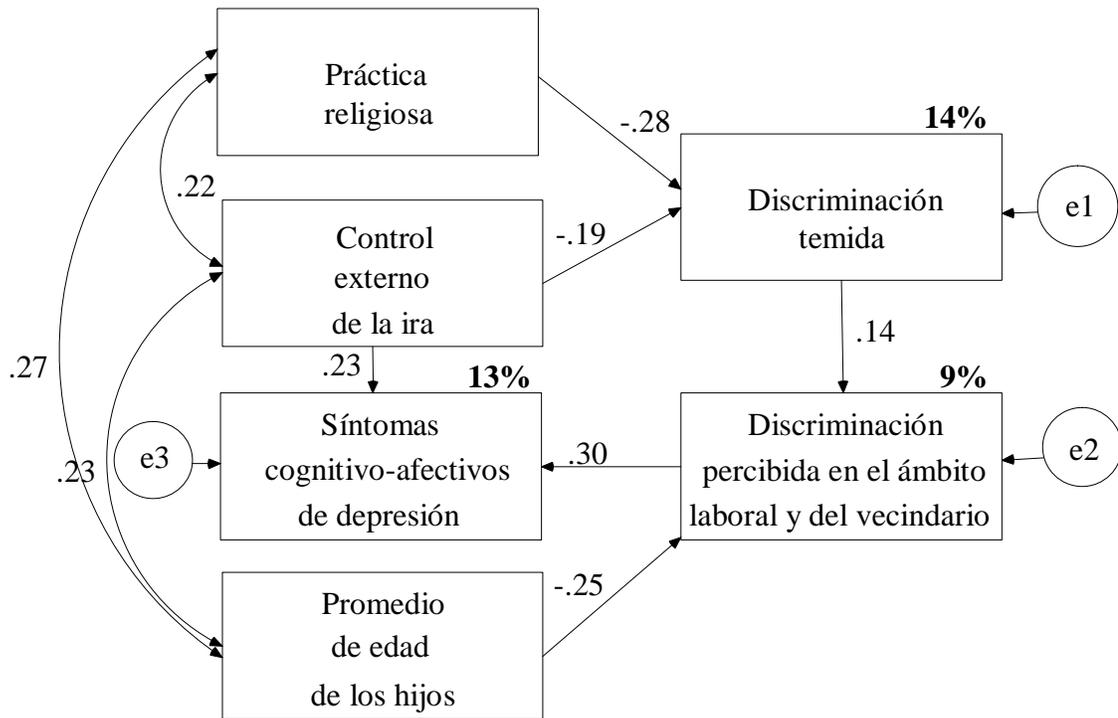


Figura 17. Modelo estandarizado estimado por GLS de discriminación percibida en el ámbito laboral y vecindario.

Modelo para el ámbito familiar

Como en el modelo anterior, el control externo de la ira como predictor de discriminación percibida no se contempla al no existir correlación lineal entre estas dos variables. Además, si se añade esta vía en el modelo, no resulta significativa. Lo mismo ocurre con la discriminación temida como antecedente de síntomas cognitivo-afectivos de depresión. No existe correlación y al ser incluida la vía en el modelo ésta no es significativa.

En este modelo, la práctica religiosa y control externo de la ira predicen discriminación temida. Discriminación temida y promedio de edad de los hijos predicen discriminación percibida. Discriminación percibida y control externo de la ira predicen síntomas cognitivo-afectivos de depresión.

Las tres variables exógenas están correlacionadas.

La predicción de la discriminación percibida por la discriminación temida no es significativa ($\chi^2 = .09$, $B = 0.04$, $EE = 0.03$, $RC = 1.25$, $p = .21$), por lo que se elimina esta vía.

Al calcularse de nuevo el modelo, los parámetros de las cinco vías direccionales y las tres correlaciones entre las variables exógenas son significativos por Mínimos Cuadrados Generalizados.

El modelo explica el 15% de la varianza de la discriminación temida, 11% de la percibida y 7% de la varianza de los síntomas cognitivo-afectivos de depresión.

El ajuste del modelo a los datos es bueno: $\chi^2(7, N = 200) = 9.75$, $p = .20$, $2/igl = 1.39$, $GFI = .99$, $AGFI = .95$, $NFI = .87$, $CFI = .95$, $FD = 0.05$, $PNCP = 0.01$ y $RMSEA = .04$ (véase Figura 18).

Si se eliminan las dos vías no significativas, se explica el 14% de la varianza de la discriminación temida y 11% de la percibida y el ajuste sigue siendo bueno: $\chi^2(4, N = 200) = 6.50$, $p = .16$, $2/igl = 1.63$, $GFI = .99$, $AGFI = .95$, $NFI = .88$, $CFI = .95$, $FD = 0.03$, $PNCP = 0.01$ y $RMSEA = .06$ (véase Figura 19)

Índices de ajuste:
 $2(7, N = 200) = 9.75, p = .20, 2/gl = 1.39$
 $GFI = .99, AGFI = .95, NFI = .87, CFI = .95$
 $FD = 0.05, PNCP = 0.01$ y $RMSEA = .04$

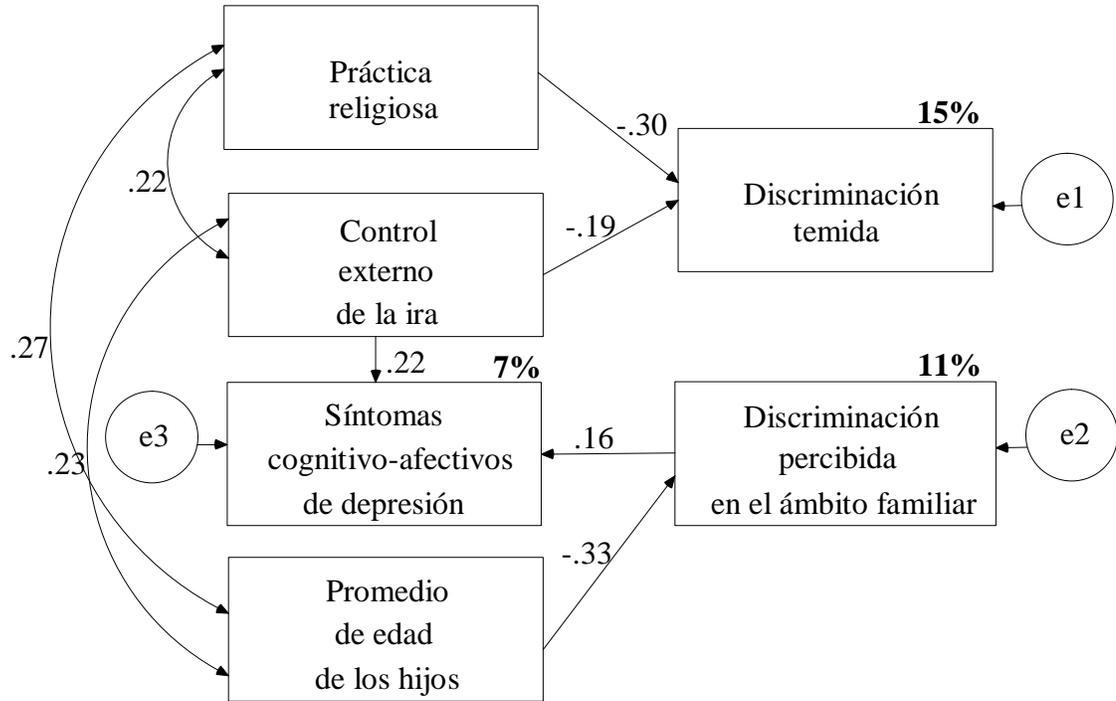


Figura 18. Modelo estandarizado estimado por GLS de percepción de discriminación en el ámbito familiar.

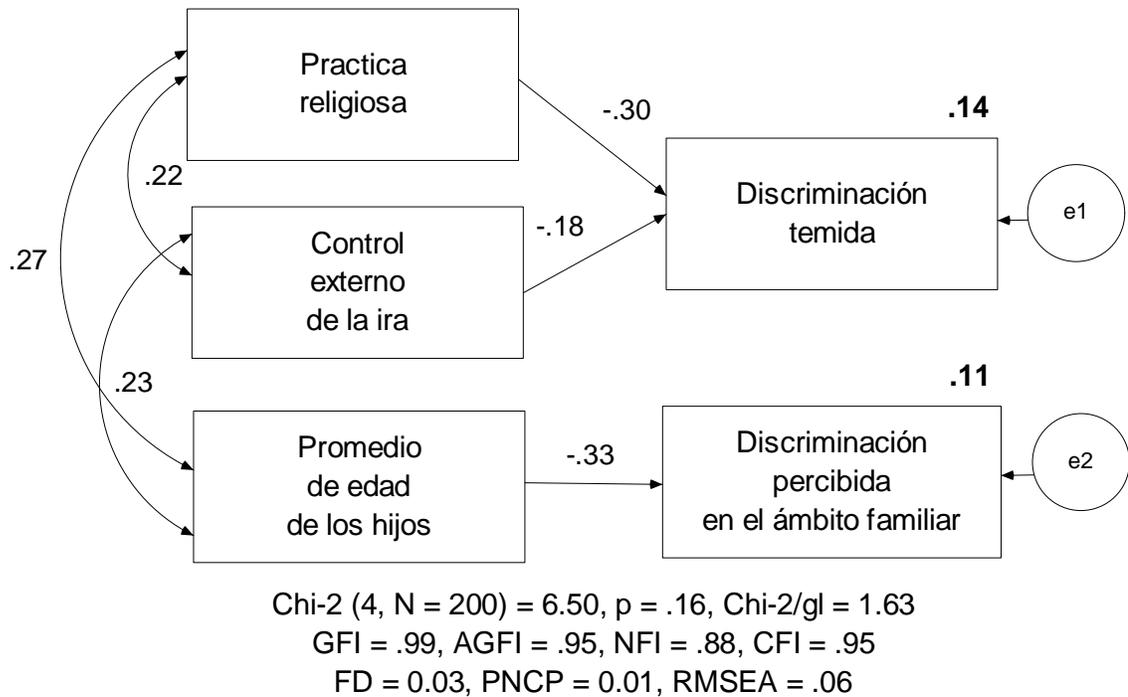


Figura 19. Modelo revisado estandarizado estimado por GLS de percepción de discriminación en el ámbito familiar.

Modelo para el ámbito clínico

En este modelo no se contempla el promedio de edad de los hijos al no ser una variable correlacionada con discriminación percibida, pero se añade el factor de manifestación de la ira al tener correlación de .31 que es la segunda más alta. La correlación de la expresión de la ira que es la más alta tiene un valor de .32. Si en el modelo de regresión no se incluye la puntuación total de la ira quedaría como predictor el factor de manifestación de la ira ($\beta = .26$) junto con síntomas cognitivo-afectivos de depresión ($\beta = -.23$), explicando el 15% de la varianza de la discriminación percibida en el ámbito clínico. Se opta por el factor en lugar de la puntuación total porque en el modelo ya está contemplando un factor de ira que es control externo. Si se incluyese la puntuación total de ira se tendría una correlación inflada, por eso se escoge mejor el factor de manifestación de la ira que además tiene un significado semejante, reflejando vivencias y muestras de ira.

Frente a los otros dos modelos anteriores la discriminación temida sí resulta un predictor significativo de síntomas cognitivo-afectivos ($\beta = .20$, $B = 0.12$, $EE = 0.04$, $RC = 2.84$, $p < .01$), aunque la correlación bivariada no es significativa ($r = .08$, $p = .27$), así

se incluye esta vía. Esto refleja que se trata de una relación mediada por la discriminación percibida, así la correlación es significativa al parcializar el efecto discriminación percibida en el ámbito clínico ($r_p = .18$, $p = .01$). Sin embargo, la discriminación temida no predice la manifestación de la ira ($\beta = .03$, $B = 0.01$, $EE = 0.03$, $RC = 0.45$, $p = .66$), a pesar de la correlación bivariada significativa ($r = .20$, $p < .01$), por lo que se excluye.

En este modelo, la práctica religiosa y control externo de la ira predicen discriminación temida. Discriminación temida y promedio de edad de los hijos predicen discriminación percibida. Discriminación percibida y control externo de la ira predicen manifestación de la ira. Discriminación percibida, discriminación temida y manifestación de la ira predicen síntomas cognitivo-afectivos de depresión. Las dos variables exógenas (práctica religiosa y control externo de la ira) están correlacionadas.

Los parámetros de las nueve vías direccionales y la correlación del modelo son significativos por Mínimos Cuadrados Generalizados.

Se explica el 14% de la varianza de la discriminación temida, el 13% de la percibida, 31% de la manifestación de la ira y 14% de los síntomas cognitivo-afectivos de depresión.

El ajuste del modelo a los datos es bueno: $\chi^2(5, N = 200) = 2.56$, $p = .77$, $\chi^2/df = 0.51$, $GFI = 1$, $AGFI = .98$, $NFI = .97$, $CFI = 1$, $FD = 0.01$, $PNCP < 0.01$ y $RMSEA < .01$ (véase Figura 20)

Índices de ajuste
 $2(5, N = 200) = 2.56, p = .77, 2/gl = 0.51$
 $GFI = 1, AGFI = .98, NFI = .97, CFI = 1$
 $FD = 0.01, PNCP < 0.01, RMSEA < .01$

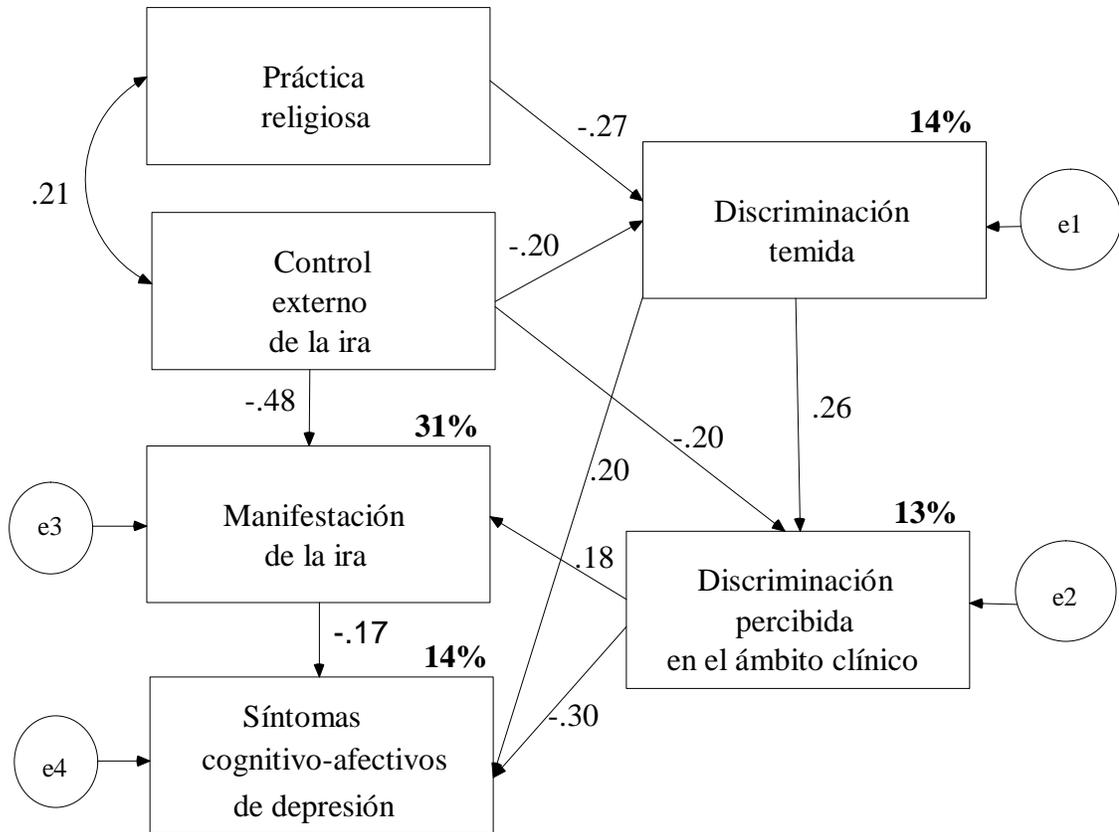


Figura 20. Modelo estandarizado estimado por GLS de discriminación percibida en el ámbito clínico.

El mejor modelo en relación con su interpretación y porcentajes de varianza explicada es el del ámbito clínico y el peor es el del ámbito familiar.

En el ámbito clínico ira (manifestación) y depresión (síntomas cognitivo-afectivos) aparecen como consecuencia de la percepción de discriminación; no obstante, en todos los casos los índices estadísticos de ajuste son buenos. Los porcentajes de varianza explicada de discriminación son bajos: del 14% para la discriminación temida, 13% para la discriminación percibida en el ámbito clínico, 11% discriminación percibida en el ámbito familiar y 9% discriminación percibida en el ámbito laboral y del vecindario. La varianza explicada de los síntomas depresivos varía de 7 a 14%. Sólo la manifestación de la ira alcanza una varianza explicada mayor a un cuarto (31%)

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En primer lugar se discuten datos del estudio cualitativo, partiendo de la vivencia de discriminación en las mujeres infectadas por VIH y siguiendo con la relación de estas vivencias con las variables sociodemográficas de edad, ocupación, estado civil, tener o no hijos y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

En segundo lugar se discuten los datos psicométricos de la Escala de Discriminación Temida y Percibida y el nivel de discriminación que reflejan.

En tercer lugar se discuten los datos de correlación entre discriminación e ira

En cuarto lugar se discuten los datos de correlación entre discriminación y depresión

En quinto se discuten los datos de los modelos de regresión y análisis de senderos que integran la relación de las facetas de la discriminación con las variables sociodemográficas y las emociones de ira y depresión.

Finalmente se extraen las conclusiones del estudio, se hablan de las limitaciones de los datos y se hacen propuestas de investigación e intervención.

La discriminación en el estudio cualitativo: nivel de discriminación y relación con variables sociodemográficas

Se tenía una expectativa de reporte de discriminación en la mayoría de las mujeres que viven con VIH/SIDA (Bayés et al., 1998; Desclaux, 2003; Kendal y Pérez, 2004; Uribe et al., 2003). El porcentaje de mujeres participantes en el estudio que señalan discriminación es mayoritario, con un promedio de 65%, variando de 77 a 57%. Se puede afirmar que sí se cumple la expectativa en esta muestra intencional, integrada sobre todo por mujeres separadas, casadas o solteras, donde la mitad se dedica a su hogar, de unos 36 años y con 4 años desde el diagnóstico de VIH, que son las características que representan al perfil sociodemográfico de la participante promedio.

Ante la pregunta quién te discrimina más se observa que desciende el porcentaje de personas que dicen nunca haber sido discriminadas a favor de la categoría de cuando se enteran, sabiendo que la mayoría de ellas evitan comentar su situación de

seropositivas. Indican ser discriminadas con más frecuencia en relación con los servicios de salud, donde se revela o está registrada su condición, lo cual confirma los datos publicados sobre percepción de discriminación en la atención sanitaria por la condición de ser mujer seropositiva (SEDESOL, 2006).

La mayor sensibilidad al rechazo que genera la pregunta cuándo te discriminan más (77%) podría ser explicada por su ubicación contextual dentro de la entrevista. Es la pregunta que cierra y se realiza tras otra semejante (¿dónde te discriminan más?). Las dos preguntas indagan sobre los contextos concretos de discriminación que facilitan el recuerdo. Así la primera pregunta (dónde) hace más accesible la información y la ubicación de la pregunta cuándo como cierre de la entrevista incentiva que salga lo aún no dicho. Además, lo concreto de la información solicitada facilita más la expresión de aspectos negativos que evaluaciones globales que suelen estar más teñidas de deseabilidad social o el cumplimiento de las expectativas del evaluador que la persona encuestada tiene en mente (Ortega & Moral, 2008), lo cual se ha señalado como un rasgo en la psicología del mexicano (Díaz-Guerrero, 2003). También puede estar influyendo la mayor fiabilidad interjuez de las subcategorías de esta pregunta, $r = ,95$.

Poco más de un tercio de estas mujeres afirman no recibir discriminación (promedio de 35%), que es un porcentaje importante, además llama la atención que un cuarto de las mujeres no alberga ningún temor ante la situación de discriminación. Pudiera que los mecanismos sociales de discriminación se estén suavizando o que realmente la aceptación se esté incrementando, cuando los estudios de sexualidad en México reflejan actitudes condenatorias (Díaz-Guerrero, 2003; Lagarde, 1997; Moral, 2010; Urzúa & Zúñiga, 2008; Vázquez & Chávez, 2008). En gran parte lo atribuimos al hecho de que el promedio de tiempo con la enfermedad es de 4 años, probablemente en personas recién infectadas los temores serían mayores, como se halla en otros estudios (Desclaux, 2003; Kendal & Pérez, 2004). Por lo tanto, estas mujeres que consultan y están en tratamiento parecen haberse acomodado a un ambiente que las respeta, siendo esta adaptación temprana, ya que el tiempo de diagnóstico más bien es independiente. Sólo se asocia con la pregunta más sensible a la discriminación, pero en una relación mediada por la edad.

Las mujeres amas de casa son las que reportan menos discriminación. Todas ellas atribuyen el origen del contagio a su pareja, lo cual las posiciona ante la sociedad como víctimas, evita las consecuencias más negativas del rechazo y la exclusión y motiva una conducta de expiación de culpa en la pareja. Por el contrario, las sexo-servidoras son las que reportan más discriminación, sobre cuando la gente con quien interactúan se entera. Estos resultados se ajustan a lo esperado en función de los estereotipos existentes sobre la sexualidad femenina (Lagarde, 1997). No obstante, estas últimas mujeres reportan menos discriminación en los servicios de salud, lo cual probablemente se debe a sus expectativas no confirmadas de rechazo, es decir, el trato es más respetuoso que el inicialmente esperado, no así para las mujeres casadas que esperan más atención y respeto del que reciben. El estado civil no se relaciona con los aspectos de discriminación estudiados, a pesar de que entre las amas de casa la mayoría son casadas o viudas.

El hecho de tener hijos parece dar más coraje o valor a estas mujeres, niegan más los temores o simplemente temen al desempleo, cuando las mujeres sin hijos están temerosas del rechazo social en un porcentaje mucho mayor.

La relación con la edad es clara, resultando la asociación más fuerte, como también se señala en otros estudios (Bayés et al., 1998). Las mujeres jóvenes tienen mayor percepción y temores de discriminación frente a las mujeres con mayor promedio de edad. Estas diferencias y asociaciones con la edad se podrían atribuir a la mayor sensibilidad de las adolescentes y jóvenes a la evaluación y rechazo sociales frente a la mayor independencia de campo de las personas más maduras (Erikson, 2000). En este estudio la edad más alta fue 50 años, lo que corresponde a la etapa de madurez. Por otra parte, se podría considerar prejuicios sexuales motivadores de mayor rechazo (promiscuidad y prostitución) que pueden afectar más a las jóvenes. Precisamente las mujeres más jóvenes se encuentran en el grupo de las sexo-servidoras y las solteras. Las que se dedican al hogar, viudas y separadas son las más mayores.

El tiempo de diagnóstico en un principio resulta diferencial en relación con las situaciones cuando se percibe más discriminación; no obstante, la edad y el tiempo de diagnóstico están correlacionados y al parcializar el efecto de la edad, el tiempo de diagnóstico ya no es diferencial, por el contrario la edad sigue siendo diferencial al

parcializar el efecto del tiempo de diagnóstico. Así se trataría de una relación mediada por la edad. Precisamente la diferencia de medias en ambas variables numéricas es paralela entre las tres categorías de situaciones de tiempo. Los promedios de edad y tiempo desde el diagnóstico más altos aparecen entre las mujeres que perciben más discriminación cuando consultan, los más bajos se encuentran entre las participantes que indican más discriminación cuando se enteran los demás e intermedios entre aquellas mujeres que señalan que no las discriminan. No obstante, estas diferencias también remarcan la mayor discriminación que las participantes perciben en la situación de atención clínica (SEDESOL, 2006). Los cuadros con más años de evolución pueden ser situaciones de SIDA, generando este estadio terminal más temor entre el personal sanitario y administrativo de los hospitales por la concurrencia de enfermedades oportunistas que aumentan la probabilidad de infección (CENSIDA, 2008).

Escala de discriminación y el nivel de discriminación en la muestra

Desde los resultados del estudio cualitativo se crea una escala con 48 ítems tipo likert con un rango de respuesta de 1 *“nada”* a 5 *“totalmente”*. Para su aplicación se solicita a la persona encuestada indicar qué tanto describen sus expectativas y vivencias una serie de situaciones de discriminación por la condición de ser seropositiva de VIH o padecer SIDA, esto es, se le pide valorar el grado de conformidad. Todos los ítems son directos y la puntuación total de discriminación se obtiene por la suma simple de los mismos. Mide discriminación en sus aspectos de expectativa y percepción a causa de ser VIH positivo o padecer SIDA como se observa al analizar su contenido. Se la denomina Escala de Discriminación Temida y Percibida y es abreviada como escala DTP-48. Está diseñada para su aplicación en mujeres seropositivas de VIH.

De los 45 ítems de partida finalmente se seleccionan 39. La selección inicialmente se realiza desde las propiedades de discriminación y consistencia interna de los ítems, eliminándose 3 (ítems 30, 32 y 33), posteriormente desde la definición de una estructura de 4 componentes correlacionados en el análisis factorial exploratorio, eliminándose también 3 (ítems 13, 16 y 26) y finalmente desde el ajuste de un modelo de 4 factores correlacionados en el análisis factorial confirmatorio, eliminándose 3 más (ítems 31, 39 y 46), lo que da un total de 9 ítems eliminados.

Ni con los 45 ítems iniciales ni con los 39 seleccionados se halla la estructura hipotetizada de dos factores correlacionados de discriminación temida y percibida pronosticada, ya sea en la extracción de componentes de primer orden o en la extracción de segundo orden. Esto podría deberse a que el número de ítems de discriminación percibida es cuatro veces mayor que el de discriminación temida, y al contenido más limitado de este último factor.

El diseño de esta escala partió de un estudio empírico cualitativo y no de un diseño teórico o con un grupo de expertos (Borsboom, 2005). Los 11 ítems del factor de discriminación temida agotaban el contenido referido por las mujeres entrevistadas, cuyos temores y pensamientos aparecen centrarse en la familia y las relaciones personales, lo cual es consonante con su construcción de género (Chong, 2005). Si la pretensión final fuese tener dos factores, la mejor estrategia sería formular la misma pregunta para su valoración (grado de conformidad) en términos de temores y en términos de vivencia. Esta estrategia no se siguió, ya que lo que finalmente se pretendía era reflejar el campo fenomenológico de estas mujeres.

La estructura factorial que proporciona el análisis exploratorio de 4 factores, explica una proporción importante de varianza (aproximadamente dos tercios) y es de interpretación clara. Agrupa discriminación percibida en el vecindario y en el trabajo y la distingue de la discriminación percibida en el ámbito clínico (que fue la más frecuente en esta muestra) y en el ámbito familiar.

Finalmente aparece muy claro el factor de discriminación temida, cuyos contenidos hacen referencia a las relaciones personales en la familia, el trabajo y vecindario, sin ningún contenido específico a la atención clínica. No obstante, el factor de discriminación temida se asocia esencialmente con la percepción de discriminación en el ámbito clínico y especialmente con la atención clínica de enfermería (recepción y consulta de expediente). De ahí se interpreta que el factor de percepción de discriminación en el ámbito de atención clínica de enfermería de la solución de 7 factores, refleja un aspecto mixto entre la expectativa y la vivencia factual de discriminación por médicos, enfermeras y otros integrantes del personal clínico.

En el análisis factorial confirmatorio se observan malos índices de ajuste, ya sea con 4 factores o más, como los 7 factores proporcionados por el análisis factorial

exploratorio al considerar el criterio de Kaiser.

La reducción del número de indicadores no logra mejorar el ajuste. Incluso simplificando el modelo a dos factores correlacionados, el de discriminación temida y el de discriminación percibida en el trabajo y el vecindario, que son los más consistentes y constantes al definir distinto número de factores, sigue siendo el ajuste malo. Dentro de estos índices malos, el mejor modelo, más parsimonioso, claro de interpretar y que conserva un mayor número de ítems fue el de 4 factores correlacionados, de ahí que se opta por el mismo.

La distribución de la puntuación total en la escala DTP-39 se ajusta a una curva normal en esta muestra clínica femenina. Esta variabilidad es propia de rasgo o características adaptativas dentro de una población (Sartori, 2006). No obstante, los tres factores de discriminación percibida muestran asimetría positiva, siendo el de discriminación temida el que se aproxima más a la normalidad.

Las mujeres tienden a reportar poca discriminación percibida, siendo la percepción de discriminación más alta en el ámbito clínico, que es cuando las otras personas acceden al expediente de la paciente, el cual incluso puede tener señales que indican su estatus clínico de VIH positivo, como reportan otros estudios (Infante et al., 2006; Stuber et al., 2008). Si nos reducimos exclusivamente a la discriminación percibida, la distribución de la suma de los tres factores no se ajustaría a una curva normal. Por lo tanto, la participación de la discriminación temida es esencial para la normalidad del conjunto de la escala. Es el aspecto basado en la fantasía, experiencias previas y representaciones sociales (expectativa) el que determina esencialmente la normalidad en esta escala de discriminación; de ahí la afirmación de que su distribución se asemeja al comportamiento de la distribución de una escala de actitud.

Aunque el estudio cualitativo nos mostró que sí existe percepción de discriminación, la escala psicométrica refleja que el nivel de percepción temida y percibida finalmente es bajo en estas mujeres que llevan viviendo por más de 3 años con un diagnóstico de VIH.

Niveles de afecto negativo: ira y depresión

Los promedios de ira y depresión en estas mujeres infectadas por VIH son bajos. La depresión claramente se halla fuera de rango clínico. Así estas mujeres que recibieron su diagnóstico entre 3 ó 4 años antes de la encuesta se han adaptado bien a su ambiente, no padeciendo niveles altos de ira ni depresión, ni temiendo o quejándose de discriminación frecuente.

Discriminación e ira

La mayoría de las correlaciones significativas halladas entre discriminación e ira son bajas en esta muestra, lo cual es consonante con otros estudios (Vance et al., 2008; Zukoski & Thorburn, 2009). Esto se puede explicar por la generalidad del contenido de la escala de expresión de la ira frente a la especificidad de la escala de discriminación ante la condición clínica de seropositividad al VIH. Con una escala que evaluase la ira de una forma más específica ante la misma situación clínica probablemente los valores de correlación serían más altos (moderados).

La discriminación temida y la discriminación percibida en el ámbito clínico son los dos aspectos que explican la correlación con la ira. La discriminación temida correlaciona más con el control externo, aunque también con manifestación de la ira. La percepción de discriminación en el ámbito clínico correlaciona más con la manifestación de la ira, aunque también con control externo. Esto refleja que estas mujeres ante la expectativa de discriminación en el hogar requieren controlarse más para no manifestar ira, y que se manifiestan más agresivas ante la discriminación en el ámbito clínico.

Al percibir discriminación en la casa, el trabajo o el vecindario no hay una tendencia en relación con la ira dentro de la muestra. Probablemente se deba a las consecuencias de la conducta iracunda dentro de los significados y valores compartidos. La atención sanitaria sin discriminación es un derecho que se puede exigir y el personal sanitario ante una reacción agresiva por parte de la paciente seguramente se asuste y conceda lo que se solicita. Por el contrario, en los otros ámbitos, la persona se siente más vulnerable y obtiene reacciones diversas, unas positivas, otras negativas y otras neutras, por lo que no se define tal tendencia.

Aunque el controlarse ante la expectativa, incluso ser agresiva, antes de que las situaciones de discriminación aparezcan, parece tener un efecto preventivo en el hogar, lo cual podría asentarse en los lazos afectivos familiares.

El ver mayor irritabilidad e intentos de controlarse ante el miedo al rechazo despiertan respeto, consideración y compasión en los miembros de la familia.

Discriminación y depresión

Dentro de la depresión, el factor de síntomas cognitivo-afectivos es el más relacionado con la discriminación, lo que es explicable por la mayor afinidad de contenidos evaluados en comparación con el factor de síntomas somático-motivacionales.

Dentro de la discriminación los tres factores de discriminación percibida son los relacionados con la depresión.

La depresión, en un principio, parece independiente de la discriminación temida, pero al parcializar el efecto de la discriminación percibida en el ámbito clínico o al considerarse a ésta como una variable intermedia, la relación sí es significativa, esto es, la percepción de discriminación tiene un efecto mediador. Debe señalarse que ambos factores de discriminación actúan en sentido opuesto.

El sentirse discriminado en el ámbito clínico como un hecho disminuye los pensamientos y sentimientos depresivos y aumenta la manifestación de ira, pero el temor de ser discriminado en el contexto clínico y fuera del mismo los acentúa los sentimientos depresivos. Considerando que un mayor control de la expresión externa de la ira (callarse) acentúa más la reacción depresiva, probable la discriminación en ámbito clínico esté acentuando la emoción de la ira. Precisamente la correlación entre manifestación de la ira y discriminación temida deja de ser significativa al parcializar el efecto del control externo de la ira ($r_p = .10$, $p = .15$) y en el modelo de análisis de senderos la predicción de la manifestación de la ira por la discriminación temida no se incluyó por no ser significativa debido al efecto del control externo de la ira.

Las correlaciones con depresión fueron bajas y menores con las obtenidas con ira, lo cual es congruente con los bajos niveles de discriminación reportado por esta mujeres que no viven situaciones de indefensión y desesperanza por el hostigamiento

social.

En el ámbito clínico la correlación de la percepción de discriminación con la depresión es negativa, reflejando un fondo de irritación o emoción activadora.

Por el contrario en los ámbitos familiar y laboral/vecindario es positiva, reflejando vivencia de cansancio, indefensión y desesperanza

Modelos de relación entre discriminación, ira, depresión y variables sociodemográficas

El modelo hipotetizado tiene buen ajuste en los distintos ámbitos de percepción de la discriminación, aunque eliminado ciertas vías. Como se propuso, en los tres ámbitos la expectativa de discriminación es afectada de forma inversa por la variable de práctica religiosa (frecuencia de asistencia a los servicios religiosos) y rasgos de control de la ira. Las personas reportan menos expectativas cuantos más practicantes de su religión son y tienen mayor control externo sobre la ira. Se hipotetizó que la expectativa de discriminación, los problemas de control de la ira (rasgo) y la variable sociodemográfica de número de hijos afectarían a la percepción de la discriminación.

En el ámbito clínico se cumple, salvo por el número de hijos; en el ámbito laboral y del vecindario, salvo por el control externo de la ira; y en el ámbito familiar sólo la edad de los hijos predice la discriminación percibida.

Cuantos más pequeños son los hijos más discriminación se percibe en la familia probablemente por el temor en los familiares a que se contagien los menores y la condena moral por la irresponsabilidad de la persona que se infectó. Se hipotetizó que la expectativa y percepción de discriminación generarían mayor manifestación de ira y afectarían a los síntomas depresivos (variables estado).

Se cumple en el modelo del ámbito clínico, salvo que la discriminación temida no predice manifestación de la ira. En los otros dos modelos la discriminación temida no influye sobre el afecto negativo.

Por lo tanto es la percepción de ser discriminado lo que realmente tiene un efecto sobre los pensamientos depresivos, disminuyendo los mismos. Los pensamientos depresivos son disminuidos por manifestación de la ira e incrementados por el control externo de la ira, lo que sugiere como vía de intervención la asertividad.

La percepción de discriminación disminuye los pensamientos depresivos en el ámbito clínico, aumentando la manifestación de ira, pero la percepción de discriminación aumenta los pensamientos depresivos en los otros dos ámbitos. Debe considerarse que la atención sanitaria sin discriminación es un derecho que proclama con fuerza, así el personal sanitario ante una reacción agresiva por parte de la paciente seguramente se asuste y conceda lo que se solicita. Por el contrario, en los otros ámbitos, la persona se siente más vulnerable y obtiene reacciones diversas, unas positivas, otras negativas y otras neutras. Esto es, en el ámbito clínico, la persona percibe más efecto y control por medio de la irritación ante la discriminación; en la familia, trabajo o vecindario no mucho menor esta percepción de efecto y control.

El modelo más completo y con más varianza explicada es el del ámbito clínico que es donde mayor es la discriminación reportada. El modelo más incompleto y con menos varianza explicada, pero igualmente buen ajuste a los datos, es el del ámbito familiar, que es donde menor es la discriminación reportada. Por lo tanto la complejidad del modelo tiene relación con la vivencia más frecuente de discriminación.

Limitaciones

Como limitaciones del estudio cualitativo debe señalarse el carácter intencional de la muestra, de ahí que las conclusiones deben manejarse como conjeturas en otros estudios con la misma población, que vendría a ser mujeres mexicanas que viven con VIH/SIDA y acuden a tratamiento a centros de salud públicos, o en poblaciones afines, como otros países latinos. El tamaño reducido de la muestra dificulta hallar relaciones y diferencias significativas, obligando a eliminar o conjuntar categorías de respuesta. Finalmente se carece de un diseño multimétodo para cruzar y validar los datos, aunque los valores de fiabilidad para los sistemas de categorías elaborados fueron elevados entre dos evaluadores, kappa promedio de .87.

Como limitaciones del estudio cuantitativo debe señalarse que se empleó una muestra integrada exclusivamente por mujeres. Por el tamaño grande de la misma, con una fracción de muestreo de un tercio de las mujeres atendidas en Nuevo León, es representativa de dicha población (5% de error absoluto con 95% de intervalo de confianza). La extrapolación a poblaciones semejantes debe realizarse a modo de

hipótesis. Finalmente los datos del estudio son de autorreporte, por lo que las conclusiones podrían diferir de las derivadas de datos observacionales, proyectivos o entrevistas abiertas.

Conclusiones

En la muestra intencional de mujeres que viven con VIH/SIDA y acuden a tratamiento en el CAPASITS de Nuevo León del estudio cualitativo, se observa que la mayoría reporta discriminación, siendo la pregunta que más elicitaba sensibilidad al rechazo la referente a cuándo te discriminan más, lo cual se atribuye a su contexto dentro de la entrevista y lo específico de la información solicitada.

La edad es la variable más diferencial. Las mujeres más jóvenes perciben más discriminación y las maduras reportan menos.

El tiempo desde el diagnóstico sólo es diferencial en la pregunta más sensible a la discriminación (cuándo), pero su efecto diferencial está mediado por la edad.

Le sigue como diferencial la ocupación laboral. Las amas de casa perciben menos discriminación y las sexo-servidoras más, excepto en los servicios de salud, donde la relación se invierte, probablemente por las expectativas con las que acuden a la asistencia sanitaria. El tener hijos genera menores temores de rechazo.

Derivada del estudio cualitativo con cinco preguntas abiertas aplicadas a 30 mujeres que viven con VIH/SIDA, se propuso una escala tipo Likert de 48 ítems, divididos en 5 campos semánticos: discriminación temida; momentos, lugares y agentes de los que se recibe más discriminación; y señales por las que uno reconoce que es objeto de discriminación.

De los 48 ítems iniciales 39 fueron seleccionados. A estos 39 ítems subyacen cuatro factores correlacionados (discriminación temida, discriminación percibida en el trabajo y vecindario, discriminación percibida en el ámbito familiar y discriminación percibida en el ámbito clínico), los cuales son fáciles de definir por análisis factorial exploratorio, aunque los índices de ajuste son malos por análisis factorial confirmatorio.

La consistencia interna es alta, como se esperaba, asimismo la distribución de la puntuación total de discriminación se ajusta a un modelo normal, a lo que contribuye

esencialmente la discriminación temida, así esto refleja una naturaleza actitudinal-valorativa.

La escala muestra evidencia de validez con la ira y depresión por sus correlaciones significativas.

El control externo de la ira es el factor del STAXI más correlacionado con discriminación, siendo la discriminación temida y la percibida en el ámbito clínico la que dan cuenta de la relación entre la escala DTM y el STAXI.

Los síntomas cognitivo-afectivos de depresión son los que más correlacionan con los tres ámbitos de percepción de discriminación, pero la expectativa de discriminación es independiente de la depresión, salvo en el ámbito clínico y siempre que medie (se sume) la percepción de discriminación.

Debe señalarse que la percepción de discriminación en los tres ámbitos genera una reacción activadora que disminuye los pensamientos y sentimientos depresivos, pero la percepción de discriminación incrementa los pensamientos depresivos probablemente al generar más indefensión.

Una mayor religiosidad junto con un mayor control de la ira, estando ambos correlacionados, disminuyen las expectativas de discriminación. Esta última relación podría atribuirse al grupo de mujeres menos practicantes que son las solteras, quienes atraen más el estigma social, frente a las casadas y viudas, quienes fueron contagiadas por sus cónyuges, lo que les descarga del estigma, especialmente ante los códigos morales de las religiones practicadas por las participantes en el estudio.

Cuanto menores son las edades de los hijos mayor es la percepción de discriminación sobre todo en el ámbito de la familia probablemente porque los familiares temen el contagio de los menores y condenan moralmente más a la persona que se contagió de VIH.

La discriminación temida predice mayor discriminación percibida, salvo en el ámbito familiar, siendo en el ámbito clínico otro de sus predictores el control externo de la ira.

La discriminación percibida disminuye los síntomas cognitivo-afectivos en los tres ámbitos e incrementa la manifestación de la ira en el ámbito clínico.

El control externo de la ira aumenta los pensamientos depresivos probablemente por falta de asertividad, cuando la manifestación de la ira los disminuye.

Aunque el estudio cualitativo nos muestra que sí existe percepción de discriminación su nivel es bajo, al igual que de afecto negativo (depresión e ira) en estas mujeres que llevan entre 3 ó 4 años viviendo con un diagnóstico positivo de VIH.

Los niveles bajos de discriminación y afecto negativo provocan que las correlaciones sean bajas al limitar la variabilidad de las escalas.

Sugerencias

La escala de discriminación temida y percibida fue diseñada a partir de un estudio con mujeres seropositivas de VIH; no obstante, la forma en que están redactados los ítems seleccionados sí permite su aplicación a hombres en la misma condición clínica, quedando pendiente su validación en esta población o el desarrollo de una forma específica para ellos, sobre todo considerando que el factor de discriminación temida se redujo al ámbito familiar. Si se deseara tener claramente dos factores de discriminación temida y percibida cada ítem de la escala debería ser valorado para los dos procesos.

Del estudio cualitativo se desprende la necesidad de una mayor sensibilidad hacia esta población de mujeres con VIH en una sociedad latina que parece estar cambiando hacia una mayor aceptación y menor crueldad en la condena moral cuando el tema afectado es la sexualidad. Aunque el estudio cuantitativo nos refleja que sí poseen capacidad de adaptarse sin sufrir niveles altos de discriminación, ira y depresión.

A nivel de intervención se puede trabajar el control de la ira como forma de disminuir la expectativa de discriminación, asimismo se puede trabajar en la reducción de las expectativas de discriminación, lo que redundará en una menor percepción de discriminación.

Finalmente para que todo esto conlleve menos pensamientos depresivos se requiere entrenar y fomentar la asertividad en la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ábrego, L. de Caso, L., García, P., Hernández S., López, A., Malagón, N., Méndez, A., Mendoza, G., Morales, A., Moreno, T., Muñoz L., Ortiz, V., Rodríguez, S., Sierra, B., Tovar, P. & Valencia, C. (1998). Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con VIH/SIDA, p: 20,21.
- American Psychological Association [APA] (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060-1073.
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L. & Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional *Universitas Psychologica*, 5(3), 659-668.
- Arrivillaga, M., López, J. & Ossa, A. (2006) Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH-SIDA. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), 55-71.
- Artazcoz, L. (2004). Las desigualdades de género en salud en la agenda de Salud Pública, *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 2), 1-2.
- Bartlett, J G. & Finkbeiner, A. K. (1996). *Guía para vivir con VIH/SIDA*. Santiago de Chile: Editorial Diana.
- Bayés, R., Begoña, S. & Viladrich, C. (1998) Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA. *Psicothema*, 10(001), 127.
- Bedout, A. (2008) El VIH-SIDA: Factores psicosociales y comportamentales. *Revista de la Facultas de Ciencias de la Salud*, 5(2), 129-140.
- Beck A. T. Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Nueva York: Free Press.
- Bijarro, F., Mendiola, S. & Montemayor, M. (2009). Mujeres con VIH/SIDA su Calidad de vida en Cd. Victoria Tamaulipas, México. Contribuciones a las Ciencia Sociales. *Eumed. Net*. Tamaulipas. México. Consultado el 17 de mayo de 2010, eumed net

- Bird, S., T., Bogart, L. M. & Delahanty, D. L. (2004). Health-related correlates of perceived discrimination in HIV care. *AIDS Patient Care, 18*, 19-26.
- Brito, A. (2006) Diagnostico sobre la situación de los derechos humanos en México, personas que viven con VIH. *LETRA*, p: 3
- Borsboom, D. (2005). *Measuring the mind: Conceptual issues in contemporary psychometrics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brondolo, E., Kelly, K. P., Coakley, V., Gordon, T., Thompson, S., Levy, E., Cassells, A., Tobin, J. N., Sweeney, M. & Contrada, R. J. (2005). The perceived ethnic discrimination questionnaire: development and preliminary validation of a community version. *Journal of Applied Social Psychology, 35*(2), 335-365.
- Cabral, J., Cruz, C., Ramos, U. & Ruiz, P (2006). Atlas de ITS. Manifestaciones clínicas, Diagnostico Tratamiento México. p: 7
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA] (2002). En donde estamos. Programa de acción VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS). México, DF: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA] (2006). Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas. CENSIDA, Secretaria de Salud. México.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA] (2011). Vigilancia Epidemiológica de Casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualizado al 31 de diciembre del 2011. 6-12
- Consejo Estatal para la prevención del SIDA [COESIDA-NL] y Servicios de Salud de Nuevo León [SSNL] (2010) Programa Estatal de Prevención y Control de VIH/SIDA e ITS. Monterrey, Nuevo León, MEXICO: COESIDA y SSNL.
- Colin R. (2002). *DISTIMIAS* Guía informática para enfermos familiares y amigos Roche. p: 3, 4.
- Collazos, M., Echeverry, N., Molina, P., Canaval, G & Valencia, C. (2005) Riesgo de VIH/SIDA: No es cuestión de estrato Socioeconómico, *Colombia Médica* v 36 n 3 s 1. Colombia
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] (2005). *Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*. México, DF: CONAPRED.

- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CONASIDA] (1998). *Curso Abierto y a Distancia sobre SIDA e ITS*. MEXICO: Glaxo Wellcome. P 15
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CONASIDA] (2000). *Los caminos de la vida*. México: CONASIDA p 79
- Córdova, JA., Ponce, S. & Valdespino, JL. (2009) 25 años de SIDA en México, Logros, Desaciertos y Retos. Segunda edición. Testimonios, CENSIDA México. 374
- Chong, J. (2005). Biological and social construction of gender differences and similarities: a psychological perspective. *The Review of Communication*, 5(4), 269-271.
- Chong, J., & Kvasny, L. (2007). A disease that ñhas a womanø faceö: The social construction of gender and sexuality in HIV/AIDS discourses. *Intercultural Communication Studies*, 16(3), 53-65.
- Desclaux, A. (2003). Estigma y Discriminación por el VIH/SIDA: un enfoque antropológico Estudios e informes. Serie especial, número 20. París: División de Políticas culturales y dialogo intercultural UNESCO.
- Díaz-Guerrero, R (2003). *Bajo las garras de la cultura. Psicología del mexicano 2*. México, DF: Trillas.
- Dueñas, A. & Martínez, J. (2000). Guía de Derechos Humanos para personas que viven con VIH/SIDA. COESIDA, Jalisco, p: 17,18
- Estrada, J. (2006) Prevention models in the fight against HIV/AIDS Acta bioética v12 n1 Santiago.
- Flores, L., Moreno, F., Torres, I., Treviño, S., Vargas, M.E., Vázquez, M., Xochihua, L. & Zapata, E. (2004), Guía para el uso de medicamentos antirretrovirales en pacientes con infección por el VIH/SIDA, MMVIH, p: 5
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2002) Los niños en situación difícil, Refuerzo de las colaboraciones para luchar contra el VIH/SIDA y la Discriminación p.a.u. P 2 y 5
- Fundación Nuevoleonesa para el desarrollo social [FUNDES, A.C] (2004). Encuentro equidad para mujeres Circulo Ciudadanos A.C. Instituto Estatal de la mujer de Nuevo León, p: 100,101

- García, R. (2006). Derecho a la Diferencia y combate a la Discriminación. México: Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación.
- García, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/SIDA. *Gaceta Sanitaria*, 18(02), 47-54.
- Gaviria, A., Quiceno, J., Vinassia, S., Martínez, L. & Otalvaro, M. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Paciente diagnosticados con VIH-SIDA. *Terapia Psicológica*, 27(1), 5-13.
- Grmek, M. (1992). Historia del SIDA. Madrid: Siglo XXI, p. 75
- González, A. (2008). Poverty and Gender inequalities reduce the quality of life of woman living with HIV/AIDS in Chiapas, Mexico. *Int Conf AIDS 17*; 3-8; Mexico City.
- González, M. T. (2002). Intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés en personas que viven con VIH/SIDA. (Tesis de maestría no publicada). Monterrey, NL, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- González, S., Guadarrama, R., Hernández, O., Sánchez, D. & Villaseñor, H. (2000). Cartilla de Derechos Sexuales de las Jóvenes y los Jóvenes para Prevenir el VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual, México. p: 11
- González, V. (2006) Intervención Psicológica en VIH/SIDA. *UARICHA*, 13(50).Uruguay.
- Hamilton, M (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296
- Hernández, L. (2006) Guía de instrumentos Nacionales e Internacionales de Derechos Humanos en el Contexto del SIDA, LETRAS México, p: 3
- Herrera, C. & Campero, L. (2002) La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema *Salud pública*, 44 (6) Cuernavaca
- Hirsch J. (2008) The Social constructions of sexuality: Marital Infidelity and Sexually Transmitted Disease óHIV Risk in a Mexican Migrant Community. *American Journal of Public Health* 2002; 92(8).
- Infante, C., Zarco. Cuadra., S.M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública México*, 48(2), 141-150.

- Izazola, J. (2003) Situación del VIH/SIDA en America Latina y el Caribe. Una revisión basada en el FORO 2003 México, p: 17
- Karam, D. (2008) El Sistema de Protección Social en Salud y el VIH/SIDA, en Córdova, JA. Ponce, S. & Valdespino, JL. (2009) 25 años de SIDA en México, Logros, Desaciertos y Retos. Segunda edición., CENSIDA México. 306.
- Kendal, T. & Pérez, H. (2004) Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito: médico, familiar y comunitario. México, DF: Colectivo Sol AC
- Kendall, T. (2009) SIDA: Aspectos de Salud Pública, Manual. Mujeres y VIH/SIDA: Una introducción a la Vulnerabilidad Femenina ante el Virus.147 CENSIDA, México.
- Krippendorff, K. (1982). *Content analysis*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Lagarde, M. (1997). *La sexualidad en los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lartigue, T., Casanova, G., Ortiz, J. & Aranda, C. (2004). Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS ó VIH/SIDA. *Perinatología y Reproducción Humana*, 18(2), 73-90.
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, Vishal Aa; Remien, R. H.; Sawires, S. R.; Ortiz, D. J.; Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS, Suppl. 2*, S67-S79.
- Maguis, C., Bravo, E., Gayet, C., Rivera, P., Reyes, M. & De Lucas. (2008). El VIH y el SIDA en México al 2008 Hallazgos, tendencias y reflexiones. México. Centro Nacional para la prevención y control del VIH/sida (censida), colección ángulos del sida numero 9, 59-65.
- Magis, C. & Hernández, M. (2009). 25 años de SIDA en México. Retos, logros y desaciertos. México: CENSIDA.
- Main, J., Moyle, G., Peters, B. & Coker, R. (1997). Lo que todos debemos saber sobre el VIH y el SIDA, México. p. 4

- Marchetti, R., Ortiz, V., Rodríguez, A. & Salinas, H. (1993). Guía de orientación para informadores de VIH/SIDA CONASIDA, Secretaria de Salud. 9 p: 10. México.
- Margarita, E., Del Río, C., Franco, M., Navarrete, S., Uribe, P. & Vallejo, O (1995). Guía para Enfermeras, en la Atención del Paciente con VIH/SIDA, CENSIDA, Secretaria de Salud, p 10, México.
- Massingill, R. (2008) Until AIDS Do Us Part: Social Marketing Campaigns Empower Women At Risk in Uganda, Mexico and the United States. Int Conf AIDS 17; 3-8: México City.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Casado, M. I. & Spielberger, C. D. (2001). Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo, S.T.A.X.I.-2. / State-Trait Anger Expression Inventory. STAXI-2. Madrid: TEA.
- Míreles, MP., Rodríguez, M., López, ML. & Cruz, RM. (2008). intrafamiliar risk for women: maximu mex posure to hiv mínimum protection. Int Conf AIDS 17; 3-8: México City.
- Moral, J. (2008). Sexo seguro, sexo protegido y conducta de riesgo. En J. Moral, R. Landero y M. T. González (Eds), Psicología de la salud en adolescentes y jóvenes (pp. 99-130). México: Universidad Autónoma de Nuevo León
- Moral, J. (2011). Propiedades psicométricas de un formato de aplicación simplificado para el Inventario de Depresión de Beck (BDI-1). *PSICUMEX*, 1(1), 4-18.
- Moral, J. (2012). Validación de un Formato Simplificado de Aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). *Enviado par su arbitraje a la Revista de Psicología Iberoamericana*.
- Moral, J., González, M. T. & Landero, R. (2010). Factor structure of the STAXI-2-AX and its relationship to the burnout in housewives. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 418-430.
- Morales, P.I. (2006) Manual para la atención Jurídica de casos de violación a los derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA. México, LETRAS p: 9 al 13
- Nassar, N.N., Keiser, P. & Gregg, C. R. (2006). Manual Parkland para el cuidado del Paciente con VIH (Edición en español). Houston, TX: AIDS Education and Trainig Center. Consulta el 24 de mayo de 2010, <http://www.aidseducation.org/>

- Noboa, P. & Serrano, G. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual, retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres Puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(001), 21-43.
- Okoror, T. A., Airhihenbuwa, C. O., Zungu, M., Makofani, D., Brown, D. C. & Iwelunmor, J. (2007). My mother told me i must not cook anymore food, culture, and the context of HIV- and aids-related stigma in three communities in South Africa. *International Quarterly of Community Health Education*, 28(3), 201-213.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1994). Pauta para la atención clínica del niño infectado por el VIH. p:v
- Ortega, M. E., y Moral, J. (2008). Precariedad y trayectorias de vida en población de Monterrey y su zona metropolitana. En J. R de Andrés y S. P. Izcarra (Eds.), *Procesos y comportamientos en la construcción de México* 275-301. México: Plaza y Valdés.
- Patrick, D. L. & Erickson, P. (1998). What constitutes quality of life, concepts and dimensions. *Clinical Nutrition*, 7, 53-63.
- Pérez, H., Taracena, R., Magis, C., Gayet, C. & Kendall, T. (2004). Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud. Reconocimiento para mejorar la calidad de la atención, CENSIDA. México. P: 11, 12, 55
- Piña, J A., Dávila, M., Sánchez J. J., Togawa, C. & Cazares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 377-383.
- Portal de Aprendizaje en sexualidad y afectividad [PASA] (2009). Personas viviendo con el VIH/SIDA. Discriminación e integración. Curso el aprendizaje en la escuela de la prevención y no discriminación ante el VIH/SIDA. Gobierno de Chile y Facultad De Ciencias Sociales de la Universidad de Chile Consultado 20 de mayo del 2010,
http://www.lapetus.uchile.cl/lapetus/archivos/1251142546cfgsex2009-tc_pvvihi-vihsida.pdf

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. [ONUSIDA] (1996). El VIH/SIDA y los Derechos Humanos (1996). Directrices Internacionales. Ginebra: ONUSIDA. p 49.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2003). Hoja informativa. Estigma y discriminación. Ginebra, p:2.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2002) Directrices internacionales sobre VIH/SIDA y los derechos humanos Las obligaciones internacionales de derechos humanos y el VIH Ginebra, p: 77.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2001) La respuesta de América Latina contra el SIDA. Panamá. p 18.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2006). Derechos Humanos, salud y VIH guías de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Consultado el 25 de mayo de 2010, <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/5051.pdf>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2008). Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA. La respuesta de América Latina contra el SIDA. Panamá.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2010) Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA, 2011, 9-10, 31.
- Programa Nacional de Adherencia al Tratamiento del VIH, (2005) Adhiérete a la vida Factores que determinan la adherencia. p 9 Roche, México.
- Ramirez, MR. & Rangel, M. (2008). Improving quality of life by increasing the knowledge of women living with HIV/AIDS in Guanajuato, México. Int Conf AIDS 17; 3-8; México City.
- Red Mexicana de personas que viven con VIH SIDA, AC (2009). Código de Ética para consejeros en pruebas de VIH. p: 4 .
- Rico, B., Uribe, P., Panebianco, S. & del Río, C. (1995). El SIDA y los Derechos Humanos. *Salud Pública de México*, 37(006), 667.
- Rintamaki, L. S., Wolf, M. S., Davis, T. C., Skripkauskas, S. & Bennett, C. L. (2006). Social stigma and HIV medication adherence. *AIDS Patient Care*, 20, 359-368.

- Robles, S., Piña, A. & Moreno D. (2006) Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22(002), 200-204.
- Rodríguez-Ayán, M. N. & Ruíz-Díaz, M. A. (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica*, 29(2), 205-227
- Salazar, L. (2005). Democracia y Discriminación, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México p: 16,17 democracia México, p: 7,8
- Sanz, J., Perdígón, L. A. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sartori, R. (2006). The bell curve in psychological research and practice: myth or reality? *Quality and Quantity*, 40(3), 407-418. [doi:10.1007/s11135-005-6104-0](https://doi.org/10.1007/s11135-005-6104-0)
- Secretaría de Salud (2009). Reporte del Departamento de Epidemiología de los Servicios de Salud de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.
- Secretaria de Salud (2004). Modelo integral para la Prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Manual Operativo. p 14, 17
- Secretaria de Salud (1995). Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. NOM-010-SSA2-1993 México.
- Serret, E. (2006). Discriminación de género. Las inconsecuencias de la Democracia Conapred 2 (2) México.
- Spielberger, C.D. (1991). State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2). Professional Manual. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Soberón, G. (1988). SIDA: características generales de un problema de salud pública. *Salud Pública*, 30(4): 505.
- Stuber, J., Meyer, I. & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Sciences and Medicine*, 67, 351-357.
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Hernández, J. & Buela, G (2005) Evaluación de la Depresión, Ansiedad e Ira en Pacientes con VIH/SIDA *Salud Mental*, 28(5) España.
- Torres, M. (2005). Género y discriminación. *El Cotidiano*, 21(134), 77.México.

- Uribe, P., Magis, C., Bravo, G., Gayte, C., Villegas, L. & Hernandez G. (2003). El sida en las mujeres: logros y asignaturas pendientes. *Perinatología y Reproducción Humana*, 17(4), 255-270.
- Urzúa, A. & Zuñiga, P. (2008). Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Saúde Publica*, 42(5).
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C. & Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10, 473-482
- Vance, D., Smith, B., Neidig, J. & Weaver, M. (2008). The effects of Anger on Psychomotor performance in adults with HIV: a pilot study, *Social Work in Mental Health* v.6 n 3 Illinois.
- Vargas, J., Cervantes, R. & Aguilar, J. (2009). Estrategias de afrontamiento del SIDA en pacientes diagnosticadas como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221.
- Vázquez, V. & Chávez, M. E. (2008). Género, sexualidad y el poder. El chisme en la vida estudiantil de la Universidad Autónoma de Chilpancingo, México. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 14, 77-112.
- Vidal, F., Carrasco, M. & Santana, P. (2005). Discriminación por VIH/SIDA en Chile, Cambios y Continuidad 2002-2005. Santiago de Chile: Universidad Arcis y Flacso Chile Vivopositivo.
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2007). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico del VIH- SIDA. *Psicología y Salud*, 16(001), 51-62.
- Zukoski, A. P. & Thorburn, S. (2009). Experiences of stigma and discrimination among adults living with HIV in a low HIV-prevalence context: A qualitative analysis. *Aids Patient Care*, 23(4), 267-276.
- Zung, W.W. (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevista realizada en: _____ Fecha _____

Dada la situación del incremento de casos de VIH/SIDA en la población en general, pero donde se está viendo más la tendencia es hacia mujeres.

Voy a llevar a cabo un estudio sobre discriminación y la relación de esta con la Depresión e Ira en mujeres que viven con VIH/SIDA, de 18 a 55 años, con un diagnóstico de más de tres meses y estén en tratamiento con retrovirales. Como tesis de la Maestría de Ciencias con acentuación en Psicología de la Salud en la Facultad de Psicología de la UANL.

Por lo que le agradezco me permita aplicarle unas encuestas cuyo propósito es diseñar estrategias de intervención en mujeres que viven con VIH/SIDA.

Le agradezco su participación. Toda la información que nos proporcione es confidencial.

Edad _____ Estado civil _____ Ocupación _____

Escolaridad _____ Tienes hijos _____ Sexo y edad. _____

Religión _____ En qué grado es creyente _____ 1 (casi nunca), 2 (con poca frecuencia), 3 (con frecuencia), 4 (con mucha frecuencia), 5 (asiste a todos los servicios).

Foco de infección: _____ 1 (esposo), 2 (pareja en unión libre), 3 (amante); 4 (pareja ocasional), 5 (cliente), 6 (abuso sexual).

Cuándo fue diagnosticada _____ Retrovirales _____

Firma de consentimiento

Firma de testigo uno

Firma de testigo dos

ANEXO 2

Preguntas abiertas con el objetivo de explorar el campo fenomenológico de las vivencias de discriminación y poder generar los ítems de la Escala de Discriminación Temida y Percibida.

Fase Cualitativa

1.- ¿Qué temas al ser discriminada?

2.- ¿Cómo sabes que eres discriminada?

3.- ¿Quién te discrimina más?

4.- ¿Dónde te discriminan más?

5.- ¿Cuándo te discriminan más?

ANEXO 3

Estudio de comprensibilidad de las instrucciones e ítems de Escala de Discriminación Temida y Percibida.

**Señale el grado en que comprende la instrucción del cuestionario:
Discriminación Temida y Percibida en Mujeres que Viven con VIH/SIDA**

COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
Utilizando la escala de abajo como guía, escriba un número al lado de cada frase para indicar qué tan de acuerdo está con ella.

1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6----- 7

No es verdad

Algo de verdad

Muy verdadero

EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE PREGUNTA:

SEÑALE EL GRADO EN QUE COMPRENDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y CÓMO SE DEBE RESPONDER.

___ 1. Temo que me dejen de querer.

COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 2. Temo que se enteren.

COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 3. Temo que se lo cuenten a otras personas.

COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 4. Temo al rechazo de mi familia.

COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 5. Temo que me corran del trabajo.

COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 6. Temo que mis hijos que se sientan menos que otros niños.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 7. Temo que rechacen a mis hijos.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 8. Temo que me corran de mi casa.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 9. Temo que me deje mi pareja.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 10. Temo que se entere mi mamá.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 11. Temo no encontrar trabajo.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN INDIQUE QUE CREE QUE
SE PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER-

_____ 12. No comparten cosas conmigo, como cubiertos.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 13. Me dejan de hablar.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 14. Me critican los véanos.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE
SE PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 15. Me corrieron del trabajo.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 16. No se quieren acercar a mí.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN INDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER;

_____ 17. Se retiran del lugar donde estoy.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 18. En mi casa separan todo lo mío.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN PREGUNTA O CÓMO SE DEBE
RESPONDER.

_____ 19. Ya no me hacen caso.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 20. Me tratan mal cuando acudo a consultar.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 21. No me atienden
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 22. No atienden a mis familiares.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 23. Me miran feo mis compañeros.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 24. Me corrieron de mi casa.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 25. Mis papás.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 26. Mi pareja
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 27. Otros familiares.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 28. Mis vecinos.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 29. El personal de salud
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN PREGUNTA O CÓMO SE DEBE
RESPONDER:

_____ 30. Mis compañeros de trabajo.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 31. El médico.
COMPENSIBLE (), ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

_____ 32. La enfermera.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 33. La psicóloga.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 34. En mi casa
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 35. En mi colonia donde vivo.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 36. En mi trabajo.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 37. En la clínica donde consulto.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 38. En el hospital.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 39. En el CAPASIT.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 40. En la casa de mis papás.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

___ 41. Cuando se enteran, en el lugar donde me encuentro.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

____ 42. Cuando estoy en la casa de un familiar.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

____ 43. Cuando me ven más delgada
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO () EN
CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

____ 44. Cuando estuve embarazada
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

____ 45. Cuando ven el expediente.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

____ 46. Cuando consulto y se dan cuenta
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

____ 47. Cuando estoy en la casa de mis papás.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

____ 48. Cuando hago un convivio.
COMPENSIBLE () ME GENERA DUDAS () NO LA COMPRENDO ()
EN CASO DE DUDAS O NO COMPRENSIÓN ÍNDIQUE QUÉ CREE QUE SE
PREGUNTA O CÓMO SE DEBE RESPONDER:

ANEXO 4

Escala de Discriminación Temida y Percibida en Mujeres que Viven con VIH/SIDA
Encierra en un círculo la respuesta que consideres que describe lo que estás pasando o viviendo.

1	2	3	4	5
<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>	<i>Totalmente</i>

Por tu condición de vivir con VIH/SIDA

Temo que me dejen de querer	1	2	3	4	5
Temo que se enteren	1	2	3	4	5
Temo que se lo cuenten a otras personas	1	2	3	4	5
Temo al rechazo de mi familia	1	2	3	4	5
Temo que me echen del trabajo	1	2	3	4	5
Temo que chismeen de mí	1	2	3	4	5
Temo que rechacen a mis hijos o temería si no tiene	1	2	3	4	5
Temo que me corra de mi casa	1	2	3	4	5
Temo que me deje mi pareja	1	2	3	4	5
Temo que se entere mi mamá	1	2	3	4	5
Temo no encontrar trabajo	1	2	3	4	5

Al saber que eres una Persona que Vive con VIH/SIDA

No comparten cosas conmigo, como cubiertos	1	2	3	4	5
Me dejan de hablar	1	2	3	4	5
Me critican los vecinos	1	2	3	4	5
Me corrieron del trabajo	1	2	3	4	5
No se quieren acercar a mí	1	2	3	4	5
Se retiran	1	2	3	4	5
En mi casa separan todo lo mío	1	2	3	4	5
Ya no me hacen caso	1	2	3	4	5
Me tratan mal cuando acudo a consultar	1	2	3	4	5
No me atienden	1	2	3	4	5
No atienden a mis familiares	1	2	3	4	5
Me miran feo mis compañeros	1	2	3	4	5
Me corrieron de mi casa	1	2	3	4	5

Quién te discrimina más

Mis papás	1	2	3	4	5
Mi pareja	1	2	3	4	5
Otros familiares	1	2	3	4	5
Mis vecinos	1	2	3	4	5
Mis compañeros de trabajo	1	2	3	4	5

Indica la situación específica donde más discriminación recibe:

El médico que me atiende en _____	1	2	3	4	5
La enfermera que me atiende en _____	1	2	3	4	5
La psicóloga que me atiende en _____	1	2	3	4	5
El personal de salud que me atiende en _____	1	2	3	4	5

Dónde te discriminan más

En mi casa	1	2	3	4	5
En mi colonia donde vivo	1	2	3	4	5
En mi trabajo	1	2	3	4	5
En la clínica donde consulto	1	2	3	4	5
En el hospital	1	2	3	4	5
En el CAPASITS	1	2	3	4	5
En la casa de mis papás	1	2	3	4	5

Cuándo te discriminan más

Cuando se enteran, en el lugar donde me encuentro	1	2	3	4	5
Cuando estoy en la casa de un familiar	1	2	3	4	5
Cuando me ven más delgada	1	2	3	4	5
Cuando estuve embarazada	1	2	3	4	5
Cuando ven el expediente	1	2	3	4	5
Cuando consulto y se dan cuenta	1	2	3	4	5
Cuando estoy en la casa de mis papás	1	2	3	4	5
Cuando hay convivios	1	2	3	4	5

ANEXO 5

Escala de Depresión

BDI-II	FECHA:
---------------	--------

Nombre:.....Edad:.....Sexo:í í í í í .
 Estado Civil:.....Profesión:.....Estudios:í í í í í í í í í ...

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste continuamente.</p> <p>3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2 No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de Fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable</p> <p>1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo.</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusta.</p> <p>8. Auto-Críticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 Critico todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
---	--

Puntuación Página 1

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Copyright © por Aaron Beck y The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M.E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el Patrón de Sueño.</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. 1a Duermo algo más de lo habitual 1b Duermo algo menos de lo habitual 2a Duermo mucho más de lo habitual. 2b Duermo mucho menos de lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual. 1 Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en el apetito 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual 3a He perdido completamente el apetito. 3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
--	---

_____ Puntuación Página 1
_____ Puntuación Página 2
_____ PUNTUACIÓN TOTAL (Págs. 1+2)

ANEXO 6

State Trait Anger Expression Inventory - 2nd Edition (STAXI-2)

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo el número que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO/A O FURIOSO/A**, utilizando la siguiente escala:

- 1 = Casi nunca
- 2 = Algunas veces
- 3 = A menudo
- 4 = Casi siempre

1	Controlo mi temperamento	1	2	3	4
2	Expreso mi ira.	1	2	3	4
3	Me guardo para mí lo que siento.	1	2	3	4
4	Hago comentarios irónicos de los demás.	1	2	3	4
5	Mantengo la calma.	1	2	3	4
6	Hago cosas como dar portazos.	1	2	3	4
7	Ardo por dentro aunque no lo demuestro.	1	2	3	4
8	Controlo mi comportamiento.	1	2	3	4
9	Discuto con los demás.	1	2	3	4
10	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie.	1	2	3	4
11	Puedo controlarme y no perder los estribos.	1	2	3	4
12	Estoy más enfadado/a de lo que quiero admitir.	1	2	3	4
13	Digo barbaridades.	1	2	3	4
14	Me irrito más de lo que la gente se cree.	1	2	3	4
15	Pierdo la paciencia.	1	2	3	4
16	Controlo mis sentimientos de enfado.	1	2	3	4
17	Rehuyó encararme con aquello que me enfada.	1	2	3	4
18	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira.	1	2	3	4
19	Respiro profundamente y me relajo.	1	2	3	4
20	Hago cosas como contar hasta diez.	1	2	3	4
21	Trato de relajarme.	1	2	3	4
22	Hago algo sosegado para calmarme.	1	2	3	4
23	Intento distraerme para que se me pase el enfado.	1	2	3	4
24	Pienso en algo agradable para tranquilizarme.	1	2	3	4

ANEXO 7

Como las escalas que evalúan depresión y expresión de ira ya están validadas en México, se integran en los Anexos y su validación no se contempló como un objetivo de la tesis. Estos resultados pueden ser de utilidad para otros investigadores y ser retomados en futuros estudios.

Depresión

Inventario de Depresión de Beck Revisado (BDI-2; Beck, Steer & Brown, 1996), con la traducción al español de Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003

Se espera dos factores (síntomas cognitivo-afectivos y somático-motivacionales), cuya integración varía ligeramente de un estudio a otro.

Así se corre un análisis de Componentes Principales con una rotación Oblimin en la muestra de 200 mujeres que viven con VIH.

Los dos factores explican el 53.67% de la varianza total.

El primero está integrado por 14 ítems (del 1 al 14), tiene una consistencia interna alta ($\alpha = .93$) y corresponde a síntomas cognitivo-afectivos.

El segundo está integrado por 7 ítems (del 15 al 21), tiene consistencia interna alta ($\alpha = .83$) y corresponde a síntomas somático-motivacionales (véase Tabla A).

La correlación entre ambos factores es moderada ($r = .54, p < .01$)

El ajuste del modelo de dos factores correlacionados por GLS es adecuado en términos generales: $\chi^2/df = 2.14$, $GFI = .81$, $AGFI = .76$, $FD = 2.02$, $PNCP = 1.08$ y $RMSEA = .08$.

Debe señalarse que la correlación resulta muy alta ($r = .83$), indicando unidimensionalidad. Precisamente, en la curva de sedimentación de los 21 autovalores el punto de inflexión se ubica en el valor 2, por lo que debería considerarse sólo un factor desde el criterio de Cattell.

Además, el primer factor explica 6 veces más varianza que el segundo y la consistencia interna de los 21 ítems es muy alta ($\alpha = .94$); de nuevo indicando unidimensionalidad (véase Figura A).

Tabla A
Patrón de patrones de los 21 ítems del BDI

Ítems	2 Componentes*		1
	1	2	Componente
8. Auto-crítica	.88	-.08	.78
7. Insatisfacción con uno mismo	.84	-.09	.73
3. Sentimiento de fracaso	.84	-.18	.66
5. Sentimientos de culpa	.83	-.06	.75
6. Sentimientos de castigo	.81	-.09	.70
14. Inutilidad	.72	.09	.76
13. Indecisión	.66	.14	.74
1. Tristeza	.66	.14	.74
2. Pensamiento	.58	.16	.67
12. Pérdida de interés	.57	.26	.74
4. Pérdida de placer	.55	.32	.77
9. Pensamientos o deseos de suicidio	.55	.08	.59
10. Llanto	.47	.25	.64
11. Agitación	.44	.31	.66
17. Irritabilidad	-.20	.78	.41
20. Cansancio o fatiga	.11	.70	.64
16. Cambios en el patrón de sueño	.12	.67	.63
21. Pérdida del deseo sexual	.02	.63	.50
19. Dificultad de concentración	.23	.57	.65
18. Cambios en el apetito	.21	.55	.62
15. Pérdida de energía	.36	.49	.73
Número de ítems	14	7	21
de Cronbach	.93	.83	.94

Método de extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimin. *La rotación convergió en 7 iteraciones.

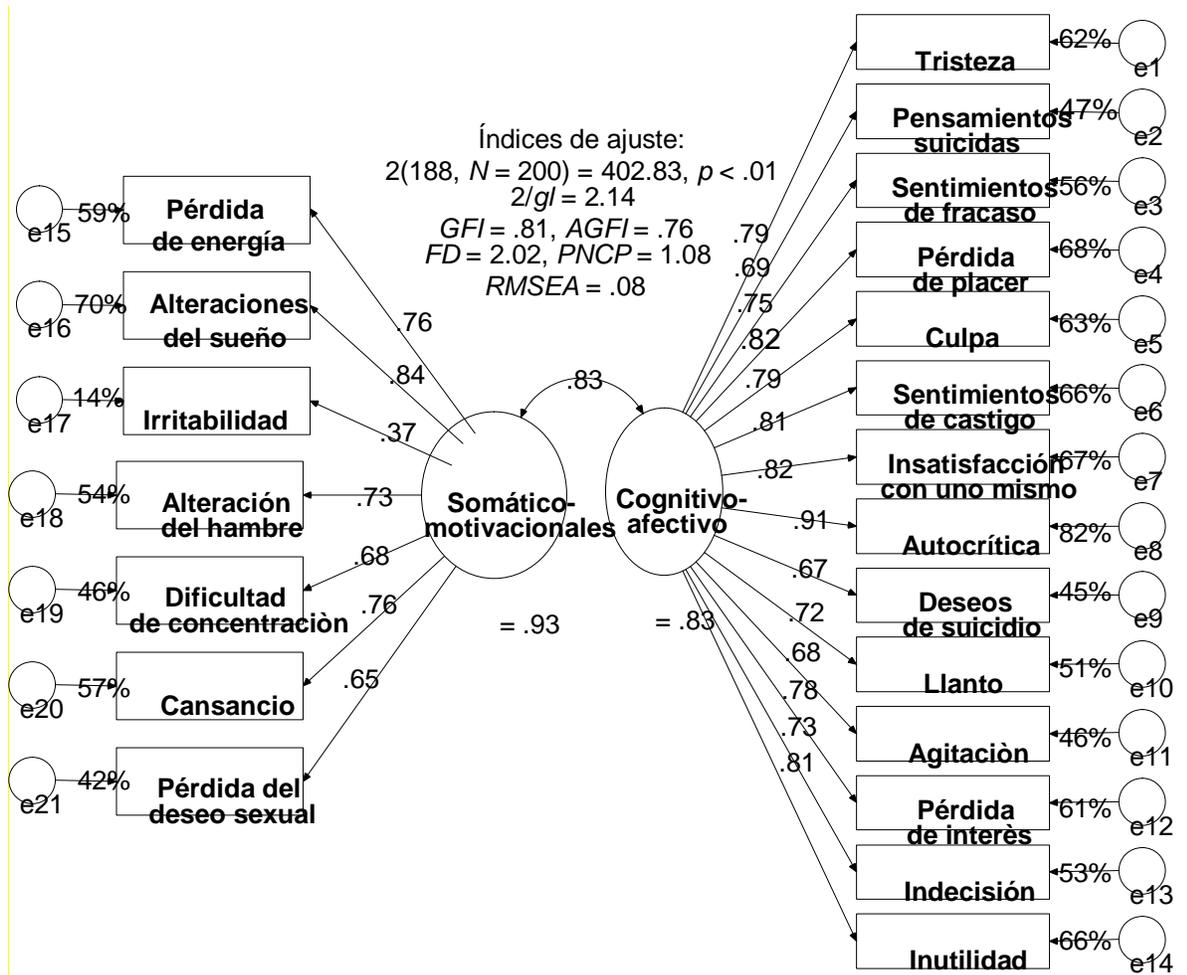


Figura A, modelo estandarizado de dos factores correlacionados

Al contrastar el modelo de un factor, todos los parámetros son significativos, fluctuando la varianza explicada de 18 a 71%.

Los índices de ajuste son peores que los obtenidos para el modelo de dos factores correlacionados: $\chi^2(1) = 24.91, p < .01, 2/df = 2.26, GFI = .79, AGFI = .75, FD = 2.15, PNCP = 1.20$ y $RMSEA = .08$ (véase Figura B).

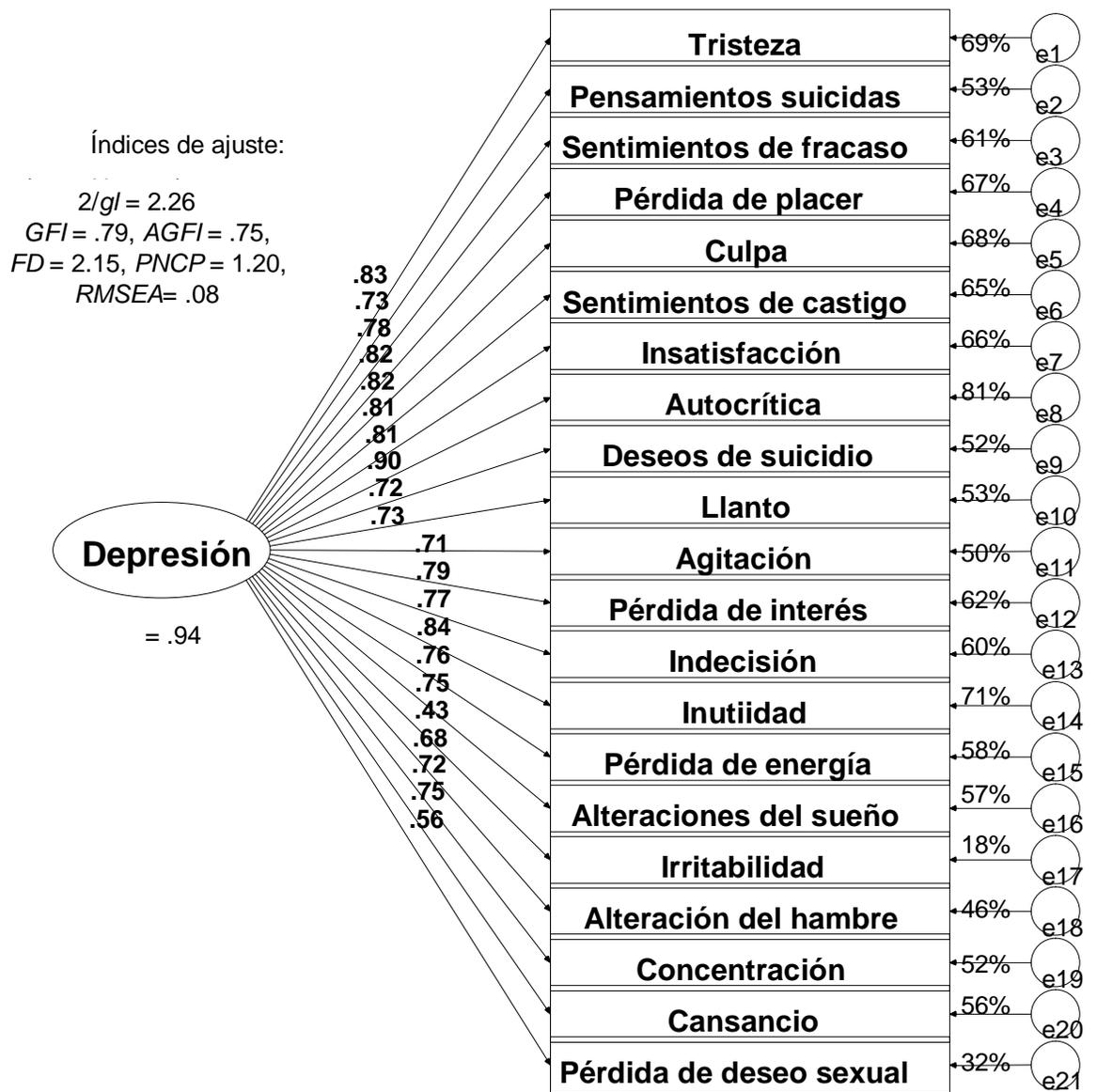


Figura B, modelo estandarizado de un factor

Por tanto, se puede contemplar el matiz de información aportado por los dos factores, quedando claramente justificado el empleo de un puntaje total.

Ira

Expresión de ira: *State-Trait Anger Expression Inventory-2-Anger Expression* (STAXI-2-AX) de Spielberger (1999), con la traducción de Miguel-Tobal, Casado, Cano Vindel & Spielberger (2001)

La puntuación en expresión de ira se obtiene sumando las escalas de interiorización y exteriorización, añadiendo una constante de 36 y restando las escalas de control externo e interno: $Ex = 36 + I + E \text{ ó } CI \text{ ó } CE$.

Así, el rango varía de 0 a 72.

Se tiene una expectativa de 4 factores correlacionados, estando definido cada factor por 6 ítems: control externo (CO) (1, 5, 8, 11, 16 y 18), control interno (CI) (19, 20, 21, 22, 23 y 24), exteriorización (E) (2, 4, 6, 9, 13 y 15) e interiorización (I) (3, 7, 10, 12, 14 y 17).

Por análisis Componentes Principales no se reproduce.

El primer componente de 10 ítems agrupa cinco de interiorización (2, 7, 10, 12 y 14) y 4 de exteriorización (6, 9, 13 y 15).

El segundo de 6 ítems agrupa a los de control interno (19, 20, 21, 22, 23 y 24).

El tercero de 4 ítems posee tres de control externo (8, 16 y 18) y uno de interiorización (17).

Y el cuarto con tres ítems tiene dos de control externo (5 y 11) y uno de interiorización (3).

El ítem 1 quedaría mal definido en esta solución de 4 factores que explica el 58.50% de la varianza total.

Los valores de consistencia interna son altos para los tres primeros factores (de .89 a .77), pero el valor es bajo para el cuarto (.55) (véase Tabla B).

Si se eliminan los ítems 3, 10 y 17 de interiorización, como sugiere la validación de Moral, González y Landero (2010), no se logra reproducir tampoco los 4 factores esperados, pero si se fuerza a 3 factores se tiene uno primero de expresión de ira, otro segundo de control interno y otro tercero de control externo, con lo que se explica el 57.41% de la varianza.

Los tres factores tienen valores de consistencia interna altos (véase Tabla C).

Tabla B
Matriz de patrones con 24 ítems

Exp	Ítems	Componentes			
		1	2	3	4
I	7 ardo por dentro aun que no lo demuestre	-.82	-.01	.19	.19
I	14 me irrito más de lo que la gente se cree	-.74	.02	-.10	.05
E	6 hago cosas como dar portazos	-.73	.03	-.15	-.08
E	13 digo barbaridades	-.73	-.03	-.15	-.02
E	9 discuto con los demás	-.72	-.02	.23	-.30
I	12 estoy más enfadado/a de lo que quiero admitir	-.71	.07	-.20	.01
E	15 pierdo la paciencia	-.69	-.14	.18	-.17
E	4 hago comentarios irónicos de los demás	-.63	-.06	-.21	-.08
I	2 expreso mi ira	-.59	.04	-.35	.24
I	10 tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	-.54	-.02	.28	-.24
CE	1 controlo mi temperamento	.28	.25	.22	.26
CI	24 pienso en algo agradable para tranquilizarme	.10	.90	.02	-.20
CI	22 hago algo sosegado para calmarme	.04	.89	-.12	-.21
CI	23 intento distraerme para que se me pase el enfado	.04	.87	.12	-.15
CI	21 trato de relajarme	.01	.70	.07	.23
CI	19 respiro profundamente y me relajo	-.06	.65	.15	.28
CI	20 hago cosas como contar hasta diez	-.16	.63	-.04	.28
CE	16 controlo mis sentimientos de enfado	.10	-.05	.80	-.06
CE	8 controlo mi comportamiento	.07	.05	.66	.30
I	17 Rehuyó encararme con aquello que me enfada	-.04	.21	.60	.04
CE	18 controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	.01	.15	.58	.34
CE	11 puedo controlarme y no perder los estribos	.09	-.10	.16	.62
I	3 me guardo para mí lo que siento	.09	.08	.05	.57
CE	5 mantengo la calma	.32	.08	.26	.35
Número de ítems		10	6	4	3
		.89	.88	.77	.55

Extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimin. La rotación convergió en 11 iteraciones.

Tabla C
Matriz de patrones con 21 ítems (sin 3, 10 y 17)

Ítems	Componentes		
	C1	C2	C3
I7 Ardo por dentro aun que no lo demuestre	-.84	.03	.33
E9 Discuto con los demás	-.77	-.05	.07
E15 Pierdo la paciencia	-.76	-.15	.13
I14 Me irrito más de lo que la gente se cree	-.75	.05	-.04
E13 Digo barbaridades	-.72	-.02	-.15
E6 Hago cosas como dar portazos	-.72	.04	-.18
I12 Estoy más enfadado/a de lo que quiero admitir	-.69	.09	-.17
E4 Hago comentarios irónicos de los demás	-.63	-.05	-.21
E2 Expreso mi ira	-.53	.09	-.21
CI24 Pienso en algo agradable para tranquilizarme	.07	.87	-.09
CI22 Hago algo sosegado para calmarme	.04	.86	-.24
CI23 Intento distraerme para que se me pase el enfado	-.00	.85	.03

CI21 Trato de relajarme	.03	.74	.17
CI19 Respiro profundamente y me relajo	-.05	.69	.26
CI20 Hago cosas como contar hasta diez	-.10	.68	.06
CE8 Controlo mi comportamiento	.02	.08	.80
CE16 Controlo mis sentimientos de enfado	.00	-.06	.75
CE18 Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	-.01	.20	.72
CE11 Puedo controlarme y no perder los estribos	.14	-.02	.49
CE5 Mantengo la calma	.35	.13	.41
CE1 Controlo mi temperamento	.28	.28	.33
Número de ítems	9	6	6
	.89	.88	.79

Extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimin. La rotación convergió en 11 iteraciones.

Se contrasta por análisis factorial confirmatoria el modelo de 4 y 3 factores correlacionados con 21 ítems (sin 3, 10 y 17).

El ajuste es equivalente ($\chi^2(3) = 1.60, p = .34$). No obstante, la correlación entre el factor de exteriorización e interiorización es perfecta ($r = 1$), por lo que debe finalmente considerarse el modelo de 3 factores correlacionados, cuyo ajuste en conjunto es adecuado: $\chi^2(186) = 359.41, p < .01, \chi^2/gl = 1.93, GFI = .83, AGFI = .79, FD = 1.81, PNCP = 0.87, RMSEA = .07$.

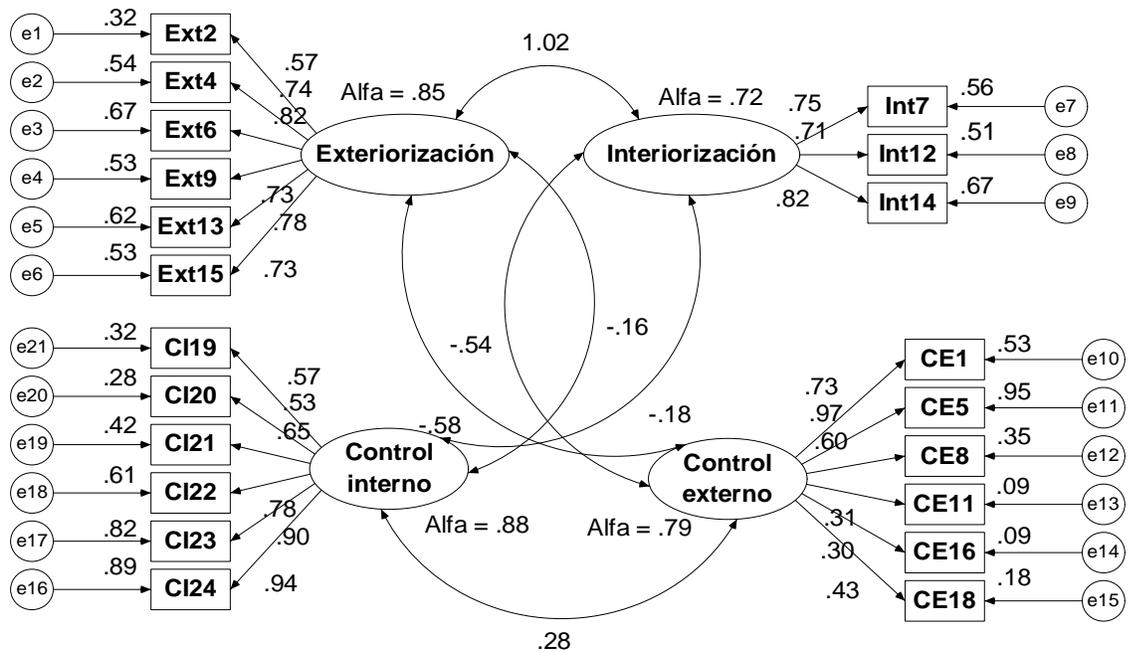
Todos los parámetros del modelo de 3 factores correlacionados son significativos, salvo la correlación entre el factor de manifestación de la ira y control interno que se aproxima a la significación ($r = -.15, p = .09$).

En el factor de control externo se observa un indicador con residuo no significativo (el ítem 5), dejando dos indicadores muy débiles, aunque significativos (ítems 11 y 16), de los cuales el factor sólo explica el 8% de su varianza (véanse Figuras C y D).

Si se elimina esta correlación y los ítems 11 y 16, se tiene un modelo con todos sus parámetros significativos, un ajuste adecuado a los datos ($\chi^2(150) = 306.43, p < .01, \chi^2/gl = 2.04, GFI = .84, AGFI = .80, FD = 1.54, PNCP = 0.79, RMSEA = .07$ y las varianzas explicadas varían de 16 a 93%).

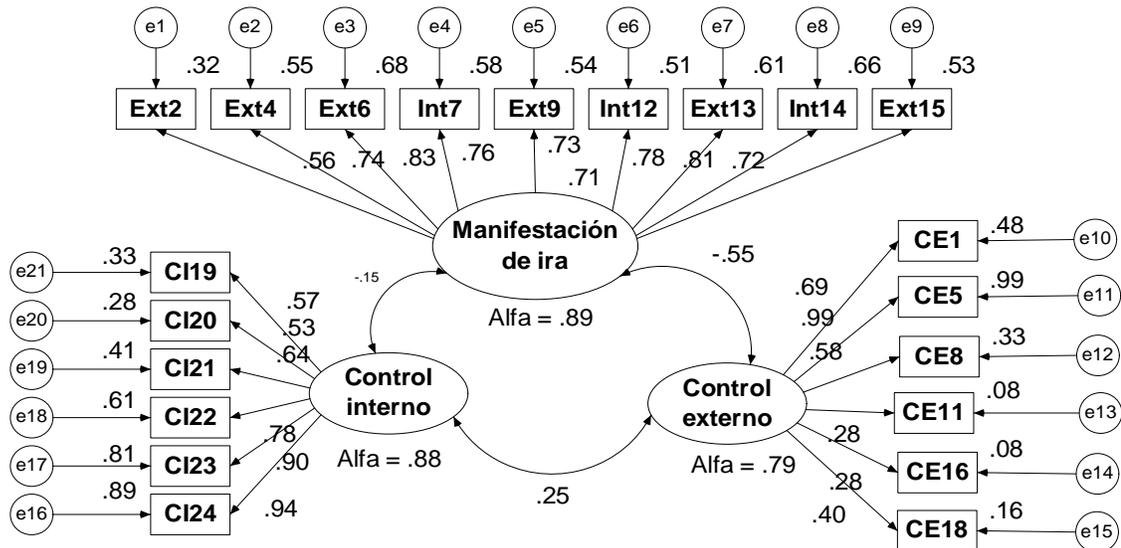
Los tres factores tienen valores de consistencia interna altos, oscilando de .77 a .89 (véase Figura D).

Su ajuste es diferencialmente mejor que los dos anteriores por la prueba de las diferencias de las chi-cuadrado: $\chi^2(36) = 52.98, p = .03$ con el modelo de 3 factores y $\chi^2(36) = 51.38, p = .02$ con el modelo de 4 factores.



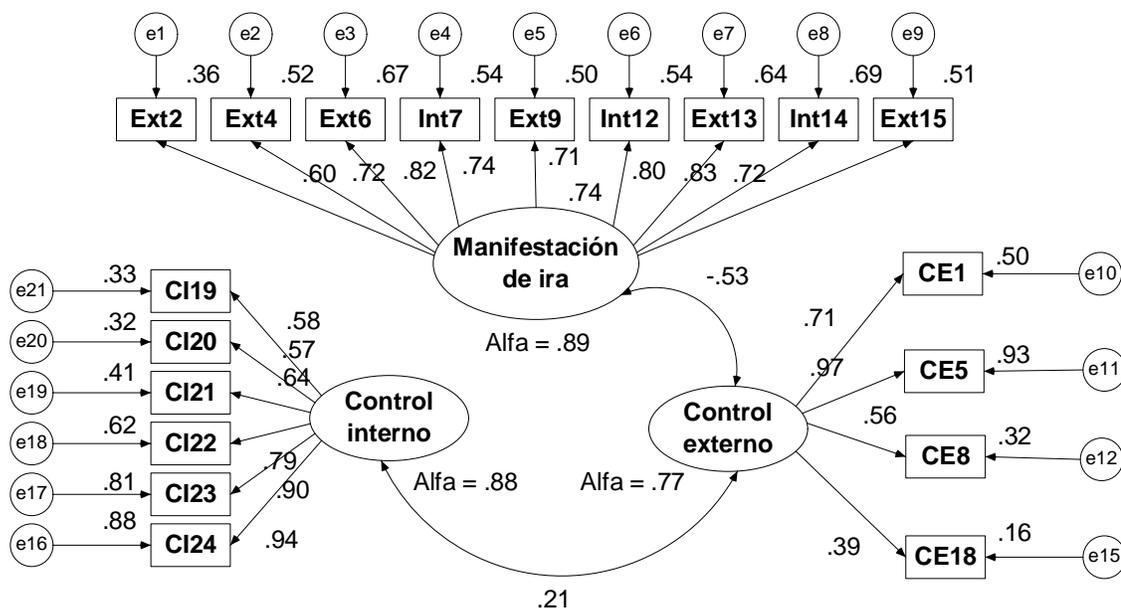
Índices de ajuste:
 Chi-2 (183, N = 200) = 357.81, $p < .01$, Chi-2/gl = 1.95
 GFI = .83 y AGFI = .78, FD = 1.80 y PNCP = 0.89, RMSEA = .07

Figura C: Modelo estandarizado estimado por GLS de 4 factores correlacionados con 21 ítems



Índices de ajuste:
 Chi-2 (186, N = 200) = 359.41, $p < .01$, Chi-2/gl = 1.93
 GFI = .83 y AGFI = .79, FD = 1.81 y PNCP = 0.87, RMSEA = .07

Figura D. Modelo estandarizado estimado por GLS de 3 factores correlacionados con 21 ítems.



Índices de ajuste:
 Chi-2 (150, N = 200) = 306.43, $p < .01$, Chi-2/gl = 2.04
 GFI = .84 y AGFI = .80, FD = 1.54 y PNCP = 0.79, RMSEA = .07

Figura E. Modelo estandarizado estimado por GLS de 3 factores correlacionados con 19 ítems.

Considerando los resultados de ajuste, consistencia y intentando conservar el mayor número de ítems, se opta por el modelo de 3 factores con 21 ítems: Expresión de la ira (2, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14 y 15) ($\alpha = .89$), control interno (19, 20, 21, 22, 23 y 24) ($\alpha = .88$) y control externo (1, 5, 8, 11, 16 y 18) ($\alpha = .79$).

Con esta eliminación de tres ítems, la puntuación en expresión de ira se obtiene sumando las escalas de interiorización y exteriorización, añadiendo una constante de 39 y restando las escalas de control externo e interno: $Ex = 39 + I + E$ ó CI ó CE . Así, el rango varía de 0 a 63.