

DISCRIMINACIÓN EN LA FAMILIA A MUJERES QUE VIVEN CON VIH*

DISCRIMINATION AGAINST WOMEN INFECTED WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) BY MEMBERS OF THEIR OWN FAMILY

Recibido: 27 de mayo de 2014/Aceptado: 3 de octubre de 2014

<http://doi.org/10.17081/psico.18.33.58>

JOSÉ MORAL DE LA RUBIA¹

MARÍA SEGOVIA CHÁVEZ²

Universidad Autónoma de Nuevo León - México

Palabras clave:

Discriminación, Depresión, Ira, Familia, Mujeres, SIDA.

Key words:

Discrimination, Depression, Anger, Family, Women, AIDS.

Resumen

Este artículo tiene como objetivos: describir el nivel de discriminación percibida en la familia en mujeres que viven con VIH y estudiar su relación con depresión e ira. La escala de Discriminación Temida y Percibida, Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Rasgo-Estado-Expresión de Ira fueron aplicados a una muestra incidental de 200 mujeres que viven con VIH. Se reportó percibir discriminación en la familia con muy baja frecuencia y significativamente menor que en otros entornos. Un modelo en el que la discriminación percibida en la familia tuvo un efecto directo y pequeño sobre síntomas cognitivo-afectivos de depresión y control interno de la ira, mostró buen ajuste. Se concluye que intervenir sobre la discriminación familiar, en caso de existir, tendría efecto protector para prevenir depresión.

Abstract

Research results on perceived family discrimination, depression and anger against women infected with HIV/AIDS by family members is provided through on this paper. For this study 200 women infected with the virus were sampled; the Feared and Perceived Discrimination Scale and Beck's Depression and the State and Trait Anger Expression Inventories were applied. Lower levels of discrimination among women infected by family members were more prevalent than in any other situation leading to contraction of the virus. In this model, family discrimination showed control of anger and a small direct effect on cognitive-affective symptoms of depression. It was concluded that early intervention in family discrimination prevented depression.

Referencia de este artículo (APA):

Moral, J. & Segovia, M. (2015). Discriminación en la familia a mujeres que viven con VIH. *Psicogente*, 18(33), 89-103. <http://doi.org/10.17081/psico.18.33.58>

* Datos que se analizan en el presente artículo proceden de la base de datos empleada para la tesis de maestría Evaluación de la discriminación temida y percibida en mujeres que viven con VIH/SIDA y su relación con depresión e ira, defendida por M.C. María Petra Segovia Chávez en 18 de diciembre de 2012 y dirigida por el Dr. José Moral de la Rubia. Se trata de análisis posteriores e inéditos.

1 Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación con especialidad en Psicología. Docente-investigador de tiempo completo. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Email: jose_moral@unal.mx

2 Magíster en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud. Docente-investigador de medio tiempo. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Email: maia.segoviach@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Una persona, al recibirse un diagnóstico de infección de VIH, se enfrenta a una enfermedad crónica, así como a un tratamiento de por vida, costoso y con efectos secundarios. Dentro de la familia puede generar una profunda crisis, especialmente si se pone en peligro la estabilidad laboral de la persona y/o la unión marital. A esto se le suma el estigma social que el diagnóstico suele conllevar, al estar la infección de VIH asociada, dentro de la representación social, con conductas moralmente condenadas, como tener parejas concurrentes o múltiples, hombres que tienen sexo con hombres y consumo de sustancias por vía intravenosa (Flores & Leyva, 2003). La asignación a uno de estos grupos conlleva un señalamiento moral que suele implicar desprestigio, rechazo, aislamiento y discriminación (Nettleton, 2006; Varas, Serrano & Toro, 2005). Este efecto no solo recae en el individuo infectado, sino que puede afectar a toda la familia, siendo sus miembros también víctimas de señalamiento y discriminación.

La discriminación es un trato diferencial que niega, restringe o quita los beneficios, apoyos u oportunidades a los que una persona tiene derecho, basándose el mismo en distinciones arbitrarias, injustas o injustificables (razón de discriminación) desde los marcos de valores y principios compartidos por las personas que interactúan (Moral & Segovia, 2011). Una primera reacción esperable ante este trato diferencial sería la ira que es una emoción negativa activadora que motiva y prepara a atacar a la fuente de malestar o irritación (Hartshorn, Whitbeck & Hoyt, 2012). La persona se molesta, enoja e incluso lo manifiesta abiertamente. El malestar o irritación que está sufriendo la persona por el trato recibido puede despertar empatía o culpa en el entorno humano y así el trato injusto atenuarse o desaparecer; puede ser ignorado y el trato diferencial persistir, o

puede desencadenar más agresión y discriminación. Los dos últimos casos pueden provocar una reacción con síntomas depresivos en la persona discriminada o una escalada de violencia. En el primer caso es más probable que la persona se sienta más integrada y respetada por su entorno (Hartshorn *et al.*, 2012). La ira ante un trato diferencial e injusto guardada por impotencia o miedo se suele asociar con sentimientos depresivos; por el contrario, la expresión de la ira con un cambio en el trato recibido se suele asociar con el alivio del malestar emocional (Beck, 2006).

A pesar del daño y presión que la familia pueda sufrir tras conocerse que uno de sus miembros está infectado por VIH, el ámbito familiar suele ser un entorno acogedor y claramente menos discriminatorio que otros, como el laboral (Dray-Spira, Persoz *et al.*, 2005), vecinal (Chong & Kvasny, 2007) e incluso el clínico (Schuster *et al.*, 2005). En los ámbitos del trabajo y vecindario se dan más los rumores malintencionados, señalamientos morales, estigmatización y discriminación que en la familia, ya sea por prejuicios, ventajas competitivas, envidia, celos, resentimientos o venganzas (Babakian, 2009; Maile, 2003). En el ámbito clínico se da más un trato diferencial con una actitud crítica o moralista (Infante *et al.*, 2006). Finalmente, la familia es la que se erige como la fuente fundamental de apoyo, proporcionando comprensión, acompañamiento, ayuda económica y la adhesión al tratamiento (Li *et al.*, 2006; Pequegnat *et al.*, 2001). Es importante señalar que la cultura mexicana otorga un papel central a la familia y a la subordinación del individuo a la autoridad y preservación de la familia, siendo un deber la lealtad y el apoyo incondicional a todos sus miembros (Díaz-Guerrero, 2003).

El rechazo social por rumores de que una persona es seropositiva al VIH o a causa de revelarse su estatus serológico afecta negativamente a ambos sexos, pero en las

mujeres puede tener mayor impacto por su mayor vulnerabilidad interpersonal y mayor tendencia a la ansiedad y depresión que los hombres (Newman, Gray, Fuqua & Choi, 2009; Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005). Por el contrario, la aceptación del entorno, al hacerse público el estatus serológico de la persona, tiene un efecto positivo (Burgoyne, 2005; Dray-Spira, Gueguen *et al.*, 2005). Al no cumplirse la expectativa de rechazo, la persona no solo experimentará alivio frente a sus temores, sino esta aceptación le proporcionará un apoyo valioso para afrontar el estrés que puede estar generando su condición de seropositividad al VIH (Asante, 2012).

Volviendo al efecto específico ligado al género de la reacción social al revelarse que una persona vive con VIH, es pertinente señalar que, en una mujer casada, el haber sido infectada por su cónyuge probablemente le descargue de condena moral; a su vez, el permanecer junto a su familia probablemente le otorgue una evaluación social positiva y aceptación, al ajustarse a los roles de madre y esposa dentro de los valores católicos de sacrificio, que son dominantes en la cultura latina (Díaz-Guerrero, 2003). Por el contrario, haber sido infectada por una pareja concurrente a la marital muy probablemente acarree un fuerte estigma social y conlleve el divorcio (Castro, Orozco, Aggleton, Eroza & Hernandez, 1998; Paternostro, 2001).

Usualmente las personas que viven con VIH se adaptan a esta enfermedad crónica que tiene fuerte estigma social, ocultando su enfermedad en entornos prejuiciosos y revelándola en entornos sensibles que apoyan. Además, las reacciones de miedo, ansiedad, rabia, culpa y depresión, que inicialmente la persona puede tener al conocer su enfermedad, van atenuándose con el tiempo (Burgoyne, 2005; World Health Organization [WHO], 2003). De ahí la importancia de considerar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico como una variable mediadora en muchos procesos afectivos.

En México se han hecho estudios de discriminación por causa de la condición de seropositividad al VIH. Castro *et al.* (1998) señalaron reacciones ambivalentes entre familiares y amigos al enterarse de que un miembro de la familia o amigo era seropositivo al VIH, siendo dentro de la comunidad homosexual donde las muestras de apoyo basadas en la amistad eran más claras. Infante *et al.* (2006) informaron que poner marcas especiales de identificación en los expedientes, pruebas diagnósticas sin consentimiento informado y demoras en los procedimientos quirúrgicos eran prácticas clínicas usuales hacia pacientes con VIH, especialmente si los pacientes eran clasificados como personas que ejercen el sexo comercial u hombres que tienen sexo con hombres. En 2011, Moral y Segovia reportaron que el 73 % de las mujeres con VIH temían ser discriminadas en diversas situaciones sociales y entre el 53 y 67 % (según la pregunta) indicaban ser discriminadas, lo que dio un promedio de 61 % de expectativa o percepción de discriminación por ser seropositivas al VIH, siendo significativamente mayor la discriminación temida que la percibida. El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) reportó que el 49,2 % de los mexicanos encuestados en 2010 sí aceptarían que en su casa viviera una persona con VIH/SIDA, el 35,9 % no lo aceptarían, 11,2 % con condiciones, 3,4 % no supieron qué contestar y 0,3 % no contestaron; así la discriminación más abierta desde este indicador estaría presente en un 36 % de los mexicanos y más sutil en un 11-15 % adicional, sumando 49 %.

En relación con estos cuatro estudios mexicanos debe señalarse que el último abordó la discriminación por causa de estar infectado por VIH como un objetivo accesorio; que los tres primeros, centrados en dicho objetivo, fueron cualitativos y dos de ellos se realizaron en muestras de tamaño pequeño (uno con 14 prestadores de salud y otro con 30 mujeres con VIH). El primero,

con 113 entrevistas en profundidad, sí estudió el ámbito de la familia y allegados, pero desde el punto de vista de los que conviven con la persona infectada.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, la presente investigación tiene como objetivos: 1) Describir el nivel de discriminación percibida en la familia por las mujeres que viven con VIH residentes en Nuevo León, México; 2) Comparar los niveles de discriminación percibida en la familia con la discriminación esperada en diversas situaciones sociales y la discriminación percibida en otros ámbitos; y 3) Estudiar la relación de la discriminación percibida en la familia con depresión e ira, considerando también el tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Se espera que la percepción de discriminación en la familia sea muy baja (Babakian, 2009; Li *et al.*, 2009) y menor que en otros entornos, como el laboral (Dray-Spira, Persoz *et al.*, 2005), vecinal (Chong & Kvasny, 2007) o clínico (Infante *et al.*, 2006), ya que la familia es un ámbito con fuertes vínculos de amor, cuidado y protección entre sus miembros (Díaz-Guerrero, 2003); y se espera que sea menor especialmente en comparación con la discriminación temida en diversas situaciones sociales, al ser menor la discriminación percibida que la temida ante la posibilidad y estrategia de ocultar la enfermedad a los desconocidos y personas en las que no se confía (Moral & Segovia, 2011). Se pronostica que la ira y la depresión se atenuarán con el tiempo debido a un proceso de adaptación (Burgoyne, 2005; World Health Organization [WHO], 2003). Se conjetura que la discriminación percibida induzca ira (mayor expresión o menor control) y que la falta de expresión o hipercontrol de la ira conlleve sentimientos de depresión ante la percepción de discriminación; no obstante, en algunos casos, la discriminación puede inducir directamente depresión por la historia de aprendizaje (Beck, 2006).

MÉTODO

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, saber leer y escribir, prestar el consentimiento informado y tener diagnóstico de VIH positivo. Los criterios de exclusión fueron: presencia de síntomas de dificultad de comprensión o concentración.

El procedimiento de muestreo fue no probabilístico, integrándose una muestra incidental de participantes voluntarias con una fracción de muestreo de 35 % de la población. El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), en 2011, reportó 576 casos registrados de mujeres con VIH en Nuevo León. Se tomó el porcentaje de discriminación como parámetro a estimar para determinar un tamaño de muestra representativo, siendo el valor esperado de 61 % (Moral & Segovia, 2011). Para alcanzar un intervalo de confianza de 95 % y error de estimación de 5 %, se requirió un tamaño muestral de 200 participantes.

Las 200 mujeres que participaron en el estudio acudían a la consulta externa del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de Nuevo León y de la Clínica No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ambos dispositivos ubicados en Monterrey, México. Dentro de un consultorio, fueron entrevistadas por una psicóloga, mientras esperaban sus citas programadas. Tras las preguntas sobre información sociodemográfica y clínica, se entregaron las tres escalas de autorreporte para que fueran respondidas.

La media de edad fue 34,88 ($DE = 8,63$), variando de 18 a 50 años. La mediana de escolaridad correspondió a secundaria incompleta. De las 200 participantes,

86 (43 %) dijeron estar casadas, 45 (22,5 %) solteras, 28 (14 %) en unión libre, 19 (9,5 %) viudas, 12 (6 %) separadas y 10 (5 %) divorciadas. De estas 200 mujeres, 176 (62 %) tenían hijos, siendo la mediana 3. Sobre la adscripción religiosa, 177 (88,5 %) señalaron ser católicas y 23 (11,5 %) cristianas. Sobre la ocupación, 132 mujeres (66 %) respondieron ser amas de casa, 39 (19,5 %) empleadas no profesionistas, 26 (13 %) sexo-servidoras y 3 (1,5 %) profesionistas. De las 200 mujeres, 158 (79 %) reportaron haber sido infectadas por el cónyuge o pareja en unión libre, 31 (15,5 %) por una pareja ocasional, 4 (2 %) por un cliente, 3 (1,5 %) por una pareja concurrente, 2 (1 %) por un novio, 1 (0,5 %) por abuso sexual y 1 (0,5 %) por transmisión madre-hija. La media de años desde el diagnóstico fue 3,79 ($DE = 3,17$), variando de 1 mes a 18 años.

Instrumentos

Escala de Discriminación Temida y Percibida en Mujeres con VIH (DTP-40-MV) de Moral y Segovia (2013). Está integrada por 40 ítems tipo Likert con un rango de respuesta de 1 “nada” a 5 “totalmente” derivados de un estudio cualitativo (Moral & Segovia, 2011). Se solicita a la persona indicar qué tanto describen sus expectativas y vivencias de una serie de situaciones de discriminación por su condición de seropositividad al VIH. Todos los ítems son directos. La puntuación total de discriminación se obtiene por la suma simple de los mismos. La consistencia interna de los 40 ítems es alta ($\alpha = ,92$). Cuenta con seis factores: discriminación temida en diversas situaciones sociales con 11 indicadores ($\alpha = ,94$), discriminación percibida en el trabajo y vecindario con 8 indicadores ($\alpha = ,93$), discriminación percibida en la familia con 8 indicadores ($\alpha = ,88$), discriminación percibida en la atención clínica con 5 indicadores ($\alpha = ,91$), discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico con 2 indicadores ($\alpha = ,91$)

y momentos percibidos de discriminación con 6 indicadores ($\alpha = ,85$), siendo bueno el ajuste del modelo de 6 factores correlacionados por mínimos cuadrados libres de escala: $\chi^2/gl = 1,75$, GFI = ,94, AGFI = ,93, NFI = ,92, RFI = ,91 y RMS SR = ,08 (Moral & Segovia, 2013). Estas propiedades psicométricas fueron estimadas en la misma muestra que la del presente estudio.

Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-2) con la adaptación al español de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). Consta de 21 preguntas con 4 opciones de respuesta, puntuadas de 0 a 3. Una mayor puntuación refleja mayor presencia e intensidad de síntomas depresivos. La consistencia interna de sus 21 ítems es alta ($\alpha = ,87$). El análisis factorial del BDI-2 proporciona una solución de dos factores correlacionados: síntomas cognitivo-afectivos y somático-motivacionales con un ajuste adecuado (Sanz *et al.*, 2003). En la presente muestra los 21 ítems del BDI-2 tuvieron una consistencia interna alta ($\alpha = ,94$), de ,93 el factor de síntomas cognitivo-afectivos y de ,83 el de síntomas somático-motivacionales. El ajuste del modelo de dos factores correlacionados por mínimos cuadrados libres de escala fue bueno: $\chi^2/gl = 0,89$, GFI = ,98, AGFI = ,98, NFI = ,98, RFI = ,98 y RMS SR = ,06.

Escala de expresión de la Ira del Inventario de Rasgo-Estado-Expresión de Ira revisado (STAXI-2-AX/EX), con la adaptación mexicana de Moral, González y Landero (2010). Está configurada por 21 ítems tipo Likert con un rango de 1 “en absoluto” a 4 “muchísimo”. Consta de cuatro factores, tres de 6 ítems cada uno (control externo, control interno, exteriorización) y uno con 3 ítems (interiorización). Las puntuaciones en los factores se obtienen por suma simple de ítems. La puntuación total de expresión de la ira se obtiene sumando los 9 ítems de exteriorización e interiorización, la constante 39 y restando los 12 ítems de control externo e

interno. En la presente muestra, la consistencia interna de los 21 ítems fue alta ($\alpha = ,89$). Para lograr una solución admisible en el análisis factorial confirmatorio, siguiendo el resultado factorial exploratorio, se juntaron los factores de interiorización y exteriorización en manifestación de la ira ($\alpha = ,89$). Control interno permaneció con sus 6 ítems ($\alpha = ,88$), al igual que control externo ($\alpha = ,79$). Precisamente el número de factores fue tres por el criterio de Horn. Este modelo de tres factores correlacionados presentó un ajuste bueno por mínimos cuadrados libres de escala: $\chi^2/gl = 1,35$, GFI = ,96, AGFI = ,95, NFI = ,95, RFI = ,94 y RMSSR = ,07. En los análisis de este estudio se usó el modelo trifactorial.

Procedimiento

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional con un diseño ex post facto transversal. A las pacientes se les informó en qué consistía el estudio, cuáles eran sus objetivos y se garantizó la confidencialidad de la información. Al aceptar participar se le pidió que firmaran la carta de consentimiento con dos testigos, conforme con las normas éticas de manejo de pacientes de la Norma Oficial Mexicana 010-SSA2-2010 (Secretaría de Salud, 2010) y de investigación de la American Psychological Association (APA, 2002). La investigación fue aprobada por el Consejo Estatal para la Prevención y el Control del SIDA. El muestreo se realizó a lo largo del año 2011.

Análisis de datos

Las correlaciones se calcularon por el coeficiente producto-momento de Pearson (r) y de correlación parcial de Fisher (r_p). Los modelos de análisis de senderos se estimaron por máxima verosimilitud. Se contemplaron 6 índices de ajuste: estadístico chi-cuadrado (χ^2), índice de bondad de ajuste (GFI) de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida (AGFI), índice normado (NFI) y

comparativo de ajuste (CFI) de Bentler-Bonnett y error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) de Steiger-Lind. Se estipularon como valores de buen ajuste: p de $\chi^2 \geq ,05$, GFI $\geq ,95$, AGFI, NFI y CFI $\geq ,90$ y RMSEA $\leq ,05$; y como valores adecuados: p de $\chi^2 \geq ,01$, GFI $\geq ,85$, AGFI, NFI y CFI $\geq ,80$ y RMSEA $\leq ,08$. El ajuste diferencial entre los modelos se contrastó por la prueba de la diferencia de los estadísticos chi-cuadrado. Al incumplirse el supuesto de normalidad multivariada (curtosis multivariada de Mardia = 4,74 y su valor estandarizado = 6,11), se emplearon pruebas de muestreo repetitivo como complementarias: percentiles libres de sesgo para estimar parámetros y Bollen-Stine para contrastar bondad de ajuste. Los tamaños del efecto de los coeficientes $\beta < ,30$ se consideraron bajos, de ,30 a ,49 medianos y $\geq ,50$ altos (Byrne, 2010). Los cálculos se realizaron con SPSS16 y AMOS16.

RESULTADOS

Niveles de discriminación en la familia

Para comparar las medias, se dividieron las puntuaciones de la escala DTP-40-MV y sus 6 factores por sus respectivos números de ítems, obteniéndose un rango continuo y homogéneo de 1 a 5. Además, para interpretar las puntuaciones, se dividió este rango continuo en cinco intervalos de amplitud constante ($(\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})/\text{número de intervalos} = (5 - 1)/5 = 0,8$). Ordenadas en sentido creciente, se pudo hacer corresponder los cinco intervalos con los cinco valores discretos de respuesta a los ítems (nivel de conformidad o asentimiento con una afirmación de ser discriminado); y, de este modo, interpretar las puntuaciones con las respuestas a los ítems: de 1 a 1,79 = 1 = “nada”, de 1,80 a 2,59 = 2 = “poca”, de 2,60 a 3,39 = 3 = “bastante”, de 3,40 a 4,19 = 4 = “mucho” y de 4,20 a 5 = 5 = “totalmente”.

El 83,5% (167 de 200) de las participantes afirmaron no ser discriminadas en el ámbito de la familia (valores de 1 a 1,79), 7% (14) poco (de 1,80 a 2,59), 6 % (12) bastante (de 2,60 a 3,39), 2,5 % (5) mucho (de 3,40 a 4,19) y 1 % (2) totalmente (de 4,20 a 5) (véase Tabla 1).

652,37 = 122,99, $p < ,01$]. Se empleó la corrección de Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0,66$) para los grados de libertad, al no mantener la hipótesis nula de la equivalencia de la matriz de las covarianzas de los errores de las variables dependientes ortogonalizadas a una matriz

Tabla 1. Niveles de conformidad o asentimiento con la afirmación de ser discriminado

| Niveles de conformidad | PT | | DT | | DPF | | PTV | | PAC | | PEC | | MPD | |
|------------------------|----|------|----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Nada | 58 | 29,0 | 36 | 18,0 | 167 | 83,5 | 123 | 61,5 | 76 | 38,0 | 35 | 17,5 | 133 | 66,5 |
| Poco | 82 | 41,0 | 29 | 14,5 | 14 | 7,0 | 20 | 10,0 | 43 | 21,5 | 26 | 13,0 | 30 | 15,0 |
| Bastante | 52 | 26,0 | 42 | 21,0 | 12 | 6,0 | 21 | 10,5 | 48 | 24,0 | 50 | 25,0 | 25 | 12,5 |
| Mucho | 6 | 3,0 | 34 | 17,0 | 5 | 2,5 | 30 | 15,0 | 20 | 10,0 | 41 | 20,5 | 6 | 3,0 |
| Totalmente | 2 | 1,0 | 59 | 29,5 | 2 | 1,0 | 6 | 3,0 | 13 | 6,5 | 48 | 24,0 | 6 | 3,0 |

PT = Puntuación total de la escala DTP-40-MV, DT = Discriminación temida, DPF = Discriminación percibida en la familia, PTV = Percibida en el trabajo y vecindario, PAC = Percibida en la atención clínica, PEC = Percibida ante consulta del expediente clínico y MPD = Momentos percibidos de discriminación

La media fue 1,42 (95 % IC: 1,32, 1,52), lo que corresponde a un valor discreto de no discriminación (“nada”). Al comparar las medias de los seis factores de discriminación hubo diferencias significativas ($F[3,28,$

identidad (Prueba de Mauchy: $W = 0,15, \chi^2[14, N = 200] = 368,49, p < ,01$) (véase Figura 1).

Al hacer las comparaciones por pares entre discrimi-

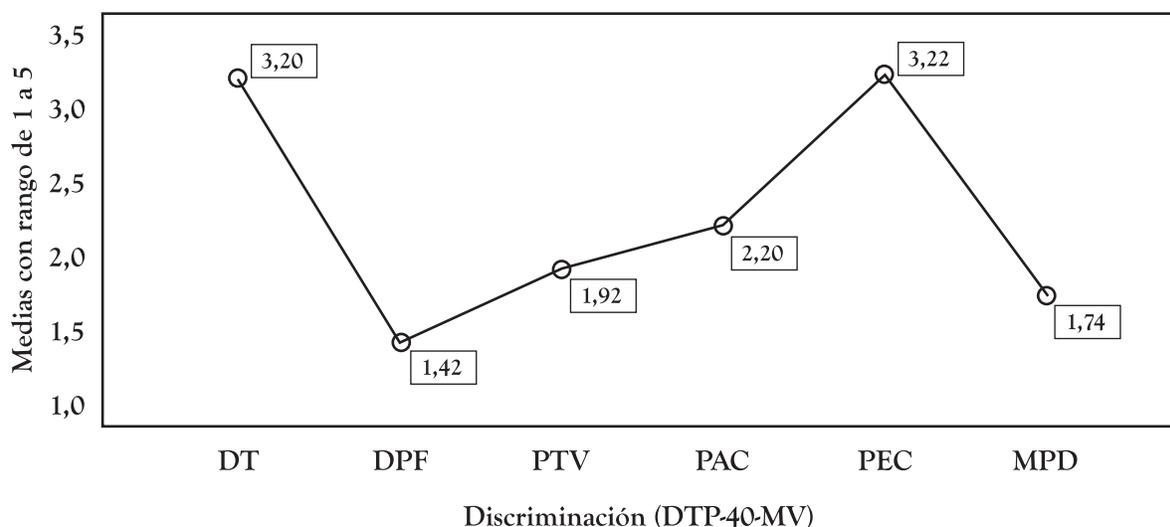


Figura 1. Diagrama de medias de los 6 factores de la escala DTP-40-MV

DT = Discriminación temida, DPF = Discriminación percibida en la familia, PTV = Percibida en el trabajo y vecindario, PAC = Percibida en la atención clínica, PEC = Percibida ante consulta del expediente clínico y MPD = Momentos percibidos de discriminación

minación percibida en la familia y los otros 5 factores, su media fue significativamente menor que la de discriminación temida ($M_{dif} = -1,78$, 95 % IC: -1,98, -1,59; $t[199] = -18,31$, $p < ,01$), discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico ($M_{dif} = -1,80$, 95 % IC: -2,01, -1,59; $t[199] = -17,04$, $p < ,01$), discriminación percibida en la atención clínica ($M_{dif} = -0,78$, 95 % IC: -0,94, -0,61; $t[199] = -9,23$, $p < ,01$), discriminación percibida en el trabajo y vecindario ($M_{dif} = -0,50$, 95 % IC: -0,63, -0,36; $t[199] = -7,26$, $p < ,01$) y momentos percibidos de discriminación ($M_{dif} = -0,32$, 95 % IC: -0,45, -0,21; $t[199] = -5,94$, $p < ,01$) (véase Figura 1).

Correlaciones de discriminación con ira y depresión

La discriminación percibida en la familia correlacionó con síntomas cognitivo-afectivos de depresión y control interno de la ira. La parcialización de la ira en la correlación entre discriminación percibida en la familia y depresión tuvo un efecto mínimo, siendo el más notorio el del control externo de la ira por la correlación de este factor con depresión (véase Tabla 2).

La percepción de discriminación en la familia fue independiente del tiempo transcurrido desde el diagnóstico ($r = -0,6$, $p = ,38$), estado civil ($F[5, N = 200] = 2,25$, $p > ,05$, $\eta = ,23$) y ocupación laboral ($F[4, N = 200] = 1,27$, $p = ,28$, $\eta = ,16$). Respecto al estado civil, las medias de discriminación más altas se encontraron en mujeres solteras (1,69), en unión libre (1,62) y separadas (1,62), y la más baja apareció en viudas (1,21).

Análisis de senderos

Se especificaron dos modelos con variables manifiestas. Se escogió el control interno por ser la única variable de ira relacionada con discriminación percibida en la familia, al igual los síntomas cognitivo-afectivos de depresión.

Se planteó un primer modelo en el que la ira medía la relación entre la percepción de discriminación y la depresión. Este modelo mostró mal ajuste a los datos desde 3 de los 6 índices contemplados ($\chi^2 [1, N = 200] = 4,39$, $p = ,04$, GFI = ,98, AGFI = ,92, CFI = ,46,

Tabla 2. Correlaciones entre discriminación, depresión e ira

| Discriminación e ira | Coef | Depresión | | | Ira | | | |
|--|----------|-----------|---------|---------|--------|---------|---------|-------|
| | | PT | SCA | SSM | EI | MI | CE | CI |
| | r | ,10 ns | ,15* | -,05 ns | ,09 ns | -,02 ns | -,14 ns | -,15* |
| Discriminación percibida en la familia | $rp(EI)$ | ,11 ns | ,17* | -,04 ns | | | | |
| | $rp(MI)$ | ,09 ns | ,15* | -,05 ns | | | | |
| | $rp(CE)$ | ,12 ns | ,18** | -,03 ns | | | | |
| | $rp(CI)$ | ,10 ns | ,15* | -,05 ns | | | | |
| EI | r | -,17* | -,16* | -,15* | | | | |
| MI | r | -,20** | -,22** | -,11 ns | | | | |
| CE | r | ,20** | ,19** | ,17* | | | | |
| CI | r | -,02 ns | -,07 ns | ,08 ns | | | | |

r = Correlación producto-momento de Pearson, rp = Correlación parcializando el efecto de la ira.

* $p < ,05$, ** $p < ,01$ y ns = no significativa ($p > ,05$)

NFI = ,53, y RMSEA = ,13). La bondad de ajuste no se sostuvo por la prueba de Bollen-Stine ($p = 93/2,000 < ,05$). La vía de predicción de los síntomas cognitivo-afectivos por control interno de la ira no fue significativa ($p > ,05$) por ninguno de los dos métodos de estimación (ML y percentiles libres de sesgo). Los porcentajes de varianza explicada fueron muy bajos ($\leq 2\%$) (véase Figura 2).

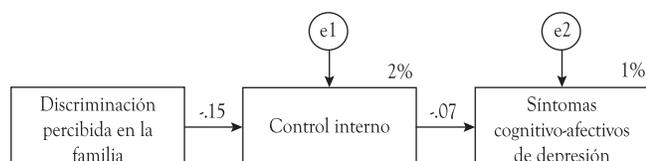


Figura 2. Modelo secuencial de relación entre discriminación percibida en la familia y síntomas cognitivo-afectivos de depresión con la mediación del control interno de la ira

A continuación se formuló un segundo modelo de relación directa de la percepción de discriminación con los dos estados de afecto negativo. Este modelo tuvo buen ajuste a los datos desde los 6 índices contemplados ($\chi^2 [1, N = 200] = 0,54, p = ,46, GFI = 1, AGFI = ,99, CFI = 1, NFI = ,94, y RMSEA < ,01$) y la bondad de ajuste se sostuvo por la prueba de Bollen-Stine ($p = 858/2,000 = ,43$). Las dos vías de predicción fueron significativas

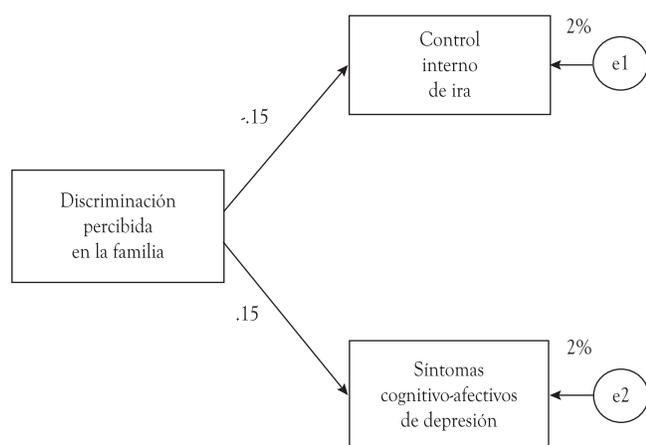


Figura 3. Modelo de relación directa de discriminación percibida en la familia con síntomas cognitivo-afectivos de depresión y control interno de la ira

($p < ,05$) por los dos métodos de estimación, aunque los porcentajes de varianza explicada siguieron siendo muy bajos (2 %) (véase Figura 3).

La bondad de ajuste del segundo modelo fue significativamente mayor que la del primero por la prueba de la diferencia de los estadísticos chi-cuadrado ($\Delta\chi^2[1, N = 200] = 3,85, p < ,05$).

DISCUSIÓN

Como se esperaba, la media de discriminación percibida en la familia fue muy baja, dentro del rango de valores que corresponden a la opción de respuesta nada. De cada 10 mujeres 1 percibe bastante, mucha o total discriminación; 1 algo de discriminación y 8 ninguna discriminación. Esto puede atribuirse al familismo presente en la cultura mexicana. El familismo es un sistema ideológico y de valores que dan un papel central a la familia y a la subordinación del individuo a la autoridad y preservación de la familia, siendo un deber la lealtad y el apoyo incondicional a todos sus miembros (Díaz-Guerrero, 2003). Debe considerarse que, en la mayoría de los casos, el contagio se produjo a través del cónyuge o pareja con la que se convivía, y que esta información usualmente se hace pública en el momento que se revela el estatus de la enfermedad, lo que descarga a estas mujeres de responsabilidad moral (Paternostro, 2001). También debe considerarse que el amor de los padres hacia los hijos es el vínculo humano más sólido e incondicional, capaz de perdonar trasgresiones graves, poseyendo una profunda influencia en la capacidad de autocuidado y personalidad del adulto (Khaleque & Rohner, 2011).

Al compararse la discriminación percibida en la familia con los otros ámbitos, se halla el valor más bajo, siendo diferencial con todos los demás factores, especialmente con la discriminación percibida ante la consulta

del expediente clínico. Las mujeres del estudio optan por no hablar de su enfermedad en la medida que se puede, especialmente ante extraños, para evitar la estigmatización y discriminación. No obstante, a la hora de consultar es cuando su situación se revela ante un expediente clínico, en el que figura su infección de VIH y que puede tener marcas distintivas (Infante *et al.*, 2006). La distancia del personal auxiliar y administrativo despierta temor y la percepción de discriminación es máxima en esta situación, pero la atención finalmente recibida por los profesionales de la salud calma este miedo, ya que la media de discriminación percibida en atención clínica es estadísticamente menor que la media de discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico.

Aunque la mujer puede callar su condición de ser seropositiva al VIH por miedo a la discriminación, tiene la necesidad de hablar, ser escuchada, comprendida y calmada (Bor, Plessis, & Russell, 2004). Parece que la familia sí le está ofreciendo este espacio, al ser muy bajo el nivel promedio de discriminación y el porcentaje de casos de discriminación, asimismo, al resultar la percepción de discriminación independiente del tiempo transcurrido desde el diagnóstico (incluyendo los primeros meses), el estado civil (incluyendo madres solteras, divorciadas y separadas) y la ocupación (incluyendo sexo-servidoras). Este hecho también se vea observado en países de otras culturas, como China (Li, Wu, Wu, Sun, Cui & Jia, 2006), Nepal (Shrestha *et al.*, 2014) y Tailandia (Li Lee, Thammawijaya, Jiraphongsa & Rotheram-Borus., 2009).

Se esperaba que la discriminación provocase una reacción de ira y en caso de que la situación de trato diferencial, despectivo e injusto persistiera finalmente desencadenara depresión, jugando la ira un papel mediador en la relación entre la discriminación y la depresión (Borders & Liang, 2011; Hansen & Sassenberg, 2011).

Se rechaza esta hipótesis. Los presentes datos muestran claramente que la discriminación percibida en la familia se relaciona tanto con ira (control interno) como depresión (síntomas cognitivo-afectivos) y que la relación entre discriminación y depresión no está mediada por la ira.

También se formuló la hipótesis de que existen casos en los que la discriminación desencadena directamente una reacción depresiva. Esta hipótesis sí es concordante con los datos, ya que la discriminación correlaciona con depresión con independencia de la ira, y el aspecto de la ira correlacionado con discriminación, con independencia de la depresión, es el de control interno o maniobras que la persona realiza conscientemente para calmarse y no estallar en un arranque de ira, como respirar profundo, contar mentalmente, callarse, bajar el tono de la discusión o distraerse. Acudiendo a teorías generales sin matizaciones de género, en la relación entre discriminación y depresión pudiera estar mediando la historia personal de aprendizaje (Beck, 2006; Bush, 2009), en la cual probablemente hubo reiteradas situaciones de indefensión, especialmente en personas con temperamentos sensibles al castigo o hiperreactivos (Cloninger, Svarakic & Przybeck, 1993). Acudiendo a teorías generales con matizaciones de género, en la relación entre discriminación y depresión pudiera estar mediando un rol de género más expresivo, esto es, las mujeres más expresivas emocionalmente, más sensibles al rechazo interpersonal y más dependientes de las relaciones de vínculo probablemente reaccionen con síntomas depresivos ante el rechazo y el abandono en lugar de reaccionar con ira (Kolberta, Fieldb, Crothersc & Schreiberd, 2010), lo que es reforzado por una cultura que tradicionalmente viene inculcando estos rasgos en la construcción de género entre las mujeres mexicanas (Hirsch *et al.*, 2007).

El modelo con mejor ajuste a los datos es el de relación directa de la discriminación con depresión e ira,

teniendo el mismo efecto pequeño sobre depresión e ira. Al tener el estigma social una connotación sexual que conlleva vergüenza y estar presente el miedo a contagiar (Chong & Kvasny, 2007), ante la mirada crítica o de desaprobación y el trato diferencial de los familiares, estas mujeres parecen experimentar, ya sea tristeza, ira que no se expresa, sino que se controla de forma consciente, o ambas emociones negativas. Muy probablemente los rasgos de expresividad en el rol de género (sensibilidad al rechazo interpersonal, dependencia de las relaciones de vínculo y expresividad emocional) inclinan más la reacción hacia lo depresivo y control de la ira en muchas de estas mujeres (Newman *et al.*, 2009).

Una limitación del presente estudio fue el uso de una muestra no probabilística integrada por mujeres mexicanas. Así la extrapolación de los resultados a poblaciones femeninas semejantes debe realizarse a modo de hipótesis, requiriéndose contrastar la invarianza del modelo no secuencial entre ambos sexos. Es importante remarcar que la muestra fue de tamaño grande, con una fracción de muestreo de un tercio de la población de mujeres atendidas en Nuevo León. Por el hecho de proceder del centro ambulatorio que concentra casi todos los casos del estado (CAPASYTS-NL), la muestra sí se puede considerar representativa de la población de mujeres que viven con VIH en Nuevo León. En México, los centros estatales CAPASYTS son los responsables del seguimiento clínico de los casos hasta su clasificación final, según lo establecido en la NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control del VIH/SIDA (Secretaría de Salud, 2010).

Otra limitación es que los datos del estudio son de autorreporte, por lo que las conclusiones podrían diferir de las derivadas de datos observacionales, entrevistas, proyectivos o medidas psicofisiológicas. A favor de los presentes datos se tiene que su nivel de medida

fue numérico, lo que permitió el uso de análisis de sendero. Se contó con una proporción de 40 participantes por parámetro a estimar en el modelo estructural, lo que duplica el estándar de 20 participantes por parámetro a estimar recomendado como bueno (Jackson, 2003); además se usó el método de máxima verosimilitud para estimar la función de discrepancia, complementado por procedimientos de muestreo repetitivo ante un leve incumplimiento del supuesto de normalidad multivariada, lo que hace confiable los contrastes de significación de parámetros y bondad de ajuste (Byrne, 2010).

Otra tercera limitación es que el estudio tuvo un diseño no experimental de tipo transversal, de ahí que no se pueden hacer afirmaciones en términos de causalidad, aunque sí en términos de predicción.

Se concluye que el nivel de discriminación en la familia es muy bajo, jugando la familia un espacio en el que la mujer que vive con VIH se puede sentir más acogida y segura con independencia de tiempo transcurrido desde el diagnóstico, estado civil y ocupación. Entre estas mujeres con cuatro años en promedio con la enfermedad, la discriminación en la familia se relaciona tanto con los síntomas cognitivo-afectivos de depresión (tristeza, culpa, automenosprecio) como con el control interno de la ira, siendo independientes ambos estados emocionales. El modelo de relación directa con depresión e ira tiene buen ajuste a los datos. Este modelo parece reflejar que las mujeres encuestadas experimentan tristeza o necesidad de controlar su ira o ambas emociones ante la mirada de desaprobación y un trato diferencial de los familiares, probablemente por aspectos internalizados de vergüenza, ser potencial agente infeccioso y mayor vulnerabilidad femenina hacia la depresión.

Se sugiere estudiar el papel de la expresividad-instrumentalidad en la relación entre la discriminación, ira

y depresión en mujeres con VIH; replicar el estudio en hombres. En caso de emplear la escala DTP en hombres, se sugiere emplear sus 48 ítems originales, seleccionar los mismos y establecer su estructura factorial.

Son pocos los casos de discriminación en la familia y el efecto de esta discriminación sobre la depresión y la ira es pequeño desde los datos de autorreporte obtenidos. Intervenir sobre la discriminación familiar, en los casos que exista (1 de cada 10 mujeres que vive con VIH), podría tener un efecto protector para prevenir síntomas cognitivos-afectivos de depresión (tristeza, culpa, automenosprecio). Esto se puede hacer trabajando la culpa, sensibilidad e inseguridad de las propias mujeres infectadas.

Finalmente, se sugiere estudiar e intervenir en la discriminación en el ámbito clínico, pues el promedio de discriminación percibida más alto apareció en el factor de consulta del expediente clínico. En este ámbito se espera que aparezca más ira que depresión, ya que las mujeres podrían mostrarse más asertivas o empoderadas al proclamarse de forma pública y abierta los derechos de los pacientes (Secretaría de Salud, 2010). No obstante, el rechazo por los profesionales de la salud podría incrementar el temor a contagiar y los sentimientos de vergüenza y tristeza ante los familiares más próximos.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073. doi:10.1037/0003-066X.57.12.1060
- Asante, K. O. (2012). Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. *African Journal of Psychiatry*, 15, 340-345. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v15i5.42>
- Babakian, G. (2009). *Positively abandoned-stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia*. New York: Human Rights Watch.
- Beck, A. T. (2006). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bor, R., Plessis, P. & Russell, M. (2004). The impact of disclosure of HIV on the index patient's self-defined family. *Journal of Family Therapy*, 26, 167-192. doi:10.1111/j.1467-6427.2004.00277.x
- Borders, A. & Liang, C. T. (2011). Rumination partially mediates the associations between perceived ethnic discrimination, emotional distress, and aggression. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(2), 125-133. doi:10.1037/a0023357
- Burgoyne, R. W. (2005). Exploring direction of causation between social support and clinical outcome for HIV-positive adults in the context of highly active antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 17, 111-124. doi:10.1080/09540120412331305179
- Bush, F. N. (2009). Anger and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 271-278. doi:10.1192/apt.bp.107.004937
- Byrne, B. (2010). *Structural equating modelling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York, NY: Taylor & Francis Group.
- Castro, R., Orozco, E., Aggleton, P., Eroza, E. & Hernandez, J. J. (1998). Family responses to HIV/AIDS in Mexico. *Social Science and Medicine*, 47, 1473-1484. doi:10.1016/S0277-9536(98)00193-2
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2011). *Casos al 30 de junio de 2011*. México, DF: CENSIDA.

- Cloninger, C. R., Svarakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2011). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Resultados generales*. México, DF: CONAPRED.
- Chong, J., & Kvasny, L. (2007). A disease that “has a woman’s face”: The social construction of gender and sexuality in HIV/AIDS discourses. *Intercultural Communication Studies*, 16(3), 53-65.
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura*. México, DF: Trillas.
- Dray-Spira, R., Gueguen, A., Persoz, A., Deveau, C., Lert, F., Delfraissy, J. F & Meyer, L. (2005). Temporary employment, absence of stable partnership, and risk of hospitalization or death during the course of HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(2), 190-197. doi:10.1097/01.qai.0000165908.12333.4e
- Dray-Spira, R., Persoz, A., Boufassa, F., Gueguen, A., Lert, F., Allegre, T., Goujard, C., & Meyer, L. (2005). Employment loss following HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapies. *European Journal of Public Health*, 16(1), 89-95. doi:10.1093/eurpub/cki153
- Flores, F. & Leyva, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública México*, 45(Supl. 5), S73-S80. doi:10.1590/S0036-36342003001100007
- Hansen, N. & Sassenberg, K. (2011). Exploring the self-directed anger of the stigmatized: The interplay between perceived legitimacy and social identification. *Group Process and Intergroup Relations*, 14, 807-818. doi:10.1177/1368430210392933
- Hartshorn, K. J. S., Whitbeck, L. B. & Hoyt, D. (2012). Exploring the relationships of perceived discrimination, anger, and aggression among North American indigenous adolescents. *Society and Mental Health*, 2, 53-67. doi:10.1177/2156869312441185
- Hirsch, J., Meneses, S., Thompson, B., Negroni, M., Pelcastre, B. & Rio, C. (2007). The inevitability of infidelity: sexual reputation, social geographies, and marital HIV risk in rural Mexico. *American Journal of Public Health*, 97, 986-996. doi:10.2105/AJPH.2006.088492
- Infante, C., Zarco, A., Magali, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141-150. doi:10.1590/S0036-36342006000200007
- Jackson, D. L. (2003). Revisiting sample size and number of parameter estimates: Some support for the N:q hypothesis. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 10, 128-141. doi:10.1207/S15328007SEM1001_6
- Khaleque, A. & Rohner, R. P. (2011). Transnational relations between perceived parental acceptance and personality dispositions of children and adults: a meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 16(2), 103-115. doi:10.1177/1088868311418986

- Kolberta, J. B., Fieldb, J. E., Crothersc, L. M., & Schreiberd, J. B. (2010). Femininity and depression mediated by social and relational aggression in late adolescence. *Journal of School Violence, 9*(3), 289-302. doi:10.1080/15388220.2010.483181
- Li, L., Lee, S. J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C. & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care, 21*, 1007-1113. doi:10.1080/09540120802614358
- Li, L., Wu, S., Wu, Z. Y., Sun, S., Cui, H. & Jia, M. (2006). Understanding family support for people living with HIV/AIDS in Yunnan, China. *AIDS Behavior, 10*, 509-517. doi:10.1007/s10461-006-9071-0
- Maile, S. (2003). Legal aspects of the disclosure of HIV serostatus by educators. *South African Journal of Education, 23*(1), 78-83.
- Moral, J., Gonzalez, M. T. & Landero, R. (2010). Factor structure of the STAXI-2-AX and its relationship to the burnout in housewives. *Spanish Journal of Psychology, 13*, 418-430.
- Moral, J. & Segovia, P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 2*(2), 139-159.
- Moral, J. & Segovia, P. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Discriminación Temida y Percibida para Mujeres con VIH (DTP-40-MV). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 4*(1), 37-62.
- Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Newman, J. L., Gray, E. A., Fuqua, D. R. & Choi, N. (2009). Sociotropy, autonomy, and masculinity/femininity: implications for vulnerability to depression. *Psychological Reports, 104*(2), 549-557.
- Paternostro, S. (2001). *La tierra de Dios y del hombre. Hablan las mujeres de América Latina*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Pequegnat, W., Bauman, L. J., Bray, J. H., DiClemente, R., Di-Iorio, C. & Hoppe, S. K. (2001). Measurement of the role of families in prevention and adaptation to HIV/AIDS. *AIDS and Behavior, 5*, 1-19. doi:10.1023/A:1009557103659
- Rocha-Sánchez, T. E. & Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología, 21*(1), 42-49.
- Sanz, J., Perdigón, L. A. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*, 249-280.
- Schuster, M. A., Collins, R., Cunningham, W. E., Morton, S. C., Zierler, S., Wong, M., Tu, W. & Kanouse, D. E. (2005). Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care. *Journal of General and Internal Medicine, 20*, 807-813. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.05049.xPMCID: PMC1490199
- Secretaría de Salud (2010, 10 de noviembre). Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010. Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Diario Oficial de la Federación*, Sec. 1, 17-39.

- Shrestha, S., Poudel, K. C., Poudel-Tandukar, K., Kobayashi, J., Dev Pandey, B., Yasuoka, J., Otsuka, K., & Jimba, M. (2014). Perceived family support and depression among people living with HIV/AIDS in the Kathmandu Valley, Nepal. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 13(3), 214-222. doi: 10.1177/1545109712456741
- Varas, N., Serrano, I. & Toro, J. (2005). AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research*, 15(2), 169-187. doi:10.1177/1049732304272059
- World Health Organization (2003). *HIV-infected women and their families: psychosocial support and related issues*. Geneva: World Health Organization.