



## Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales

Pablo E. Vera-Villaruel<sup>1</sup>, Viviana Pérez,  
Erika Moreno, Francisca Allende  
(*Universidad de Santiago de Chile, Chile*)

(Recibido 3 febrero 2003/ Received February 3, 2003)

(Aceptado 30 abril 2003 / Accepted April 30, 2003)

**RESUMEN.** Desde hace algunos años el VIH-SIDA ha dejado de ser una enfermedad asociada a sólo a algunas poblaciones. El objetivo de este estudio de tipo descriptivo transversal fue evaluar las diferencias en variables psicosociales en distintas muestras de personas portadoras y no portadoras de VIH. La muestra estuvo compuesta por un total de 83 sujetos, de los cuales 38 eran portadores asintomáticos de VIH (15 hombres homosexuales, 8 hombres heterosexuales y 15 mujeres heterosexuales) y 45 son no portadores (15 hombres homosexuales, 15 hombres heterosexuales y 15 mujeres heterosexuales). Se evaluaron catorce variables psicosociales, entre ellas, estrés, estilos de afrontamiento, apoyo social, ansiedad y depresión. Los resultados indicaron que sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad y depresión, destacándose mayores índices de ansiedad en hombres y mujeres seropositivos y heterosexuales. En relación a la depresión se encuentran mayores índices sólo en hombres heterosexuales seropositivos ( $p < 0,05$ ). Se analiza la posible influencia de las presiones culturales, prejuicios y poca ayuda específica para estos sujetos que podrían explicar los resultados.

**PALABRAS CLAVE.** VIH. SIDA. Ansiedad. Depresión. Afrontamiento. Estudio descriptivo transversal.

<sup>1</sup> Correspondencia: Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile. Avenida Ecuador 3650, 3° piso. Estación Central. Santiago. Chile. E-mail: [pvera@lauca.usach.cl](mailto:pvera@lauca.usach.cl)

**ABSTRACT.** For some years the VIH-AIDS it has stopped being a disease related to only to some populations In the present descriptive transverse study we evaluated the differences in psicosocial variables among a people who are HIV positive and a people who were not infected by the HIV virus. The sample included 83 individuals, 38 of them are HIV positive individuals without any symptoms (15 homosexual and 8 heterosexual men, and 15 heterosexual women) and 45 of them are not infected by the virus (15 homosexual and 15 heterosexual men, and 15 heterosexual women). We evaluated 14 psicosocial variables, e.g., stress, confrontational style, social support, anxiety and depression. The results showed statistically significant differences in anxiety and depression only, with higher levels of anxiety in men and women who are HIV positive and heterosexual. Depression was higher only in heterosexual men who are HIV positive ( $p < .05$ ). We analyze the posible influence of cultural pressures, prejudice and low support for these individuals, which may help explain the results.

**KEYWORDS.** HIV. AIDS. Anxiety. Depression. Coping. Descriptive transverse study.

**RESUMO.** Há já alguns anos que a VIH-SIDA deixou de ser uma doença relacionada com apenas algumas populações. O objectivo deste estudo de tipo descritivo transversal consistiu em avaliar diferentes variáveis psicosociais em diferentes amostras de pessoas portadoras e não portadoras de VIH. A amostra foi constituída por um total de 83 sujeitos, dos quais 38 eram portadores assintomáticos de VIH (15 homens homossexuais, 8 homens heterossexuais e 15 mulheres heterossexuais) e 45 são não portadores (15 homens homossexuais, 15 homens heterossexuais e 15 mulheres heterossexuais). Avaliaram-se catorze variáveis psicosociais, entre elas, stresse, estilos de confronto, apoio social, ansiedade e depressão. Os resultados indicaram que apenas se encontraram diferenças significativas na ansiedade e depressão, destacando-se maiores índices de ansiedade em homens e mulheres seropositivos e heterossexuais. Em relação à depressão encontraram-se maiores índices apenas nos homens heterossexuais seropositivos ( $p < 0,05$ ). Analisa-se como os resultados põem ser explicados pela possível influência das pressões culturais, prejuízos e pouca ajuda específica para estes sujeitos.

**PALAVRAS CHAVE.** VIH. SIDA. Ansiedade. Depressão. Confronto. Estudo descritivo transversal.

### Introducción

Las estimaciones sobre VIH y SIDA realizadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud señalan que existirían 42 millones de personas viviendo con VIH en el mundo, cifra que va en aumento, dejando en evidencia que se está frente a una epidemia que no ha podido ser controlada, ya que pese a todos los esfuerzos destinados a la prevención, se estima que durante 1999 se produjeron 11 infecciones de niños, hombres y mujeres por minuto, alcanzando una cifra anual total cercana a los seis millones de personas (ONUSIDA, 1999). Datos recientes demuestran que a fines del 2002 existían en el mundo 42 millones de personas viviendo con VIH/SIDA (ONUSIDA, 2002a). Del total de las personas que viven con VIH/SIDA en el mundo, 38,6 millones son adultos,

de los cuales 19,4 son hombres y 19,2 son mujeres. Por su parte, los menores de 15 años suman 3,2 millones (ONUSIDA, 2002a). Las estadísticas regionales indican una heterogeneidad en la prevalencia del VIH SIDA en los diferentes países e incluso se encuentran grandes diferencias dentro de un mismo continente; ejemplo de ello son las diferencias entre Europa Oriental y Europa Occidental (Bermúdez y Teva-Alvarez, 2003). Sin embargo, la mayor parte de las personas infectadas con VIH pertenecen a países en desarrollo; África subsahariana concentra 29,4 millones del total de personas VIH seropositivas, le sigue Asia del Sur y Sudoriental, con 6 millones y, en tercer lugar, se encuentra América Latina con una cantidad estimada de 1,9 millones de personas viviendo con VIH (ONUSIDA 2002b). En Chile en diciembre de 2001 CONASIDA registra que existirían al menos 5528 personas viviendo con VIH en forma asintomática y 4646 personas notificadas enfermas. La tasa de incidencia acumulada de SIDA en Chile es de 34,3 por cada cien mil habitantes, encontrándose una mayor prevalencia de casos en las regiones Metropolitana (57), V Región (45), I Región (37) y II Región (29) (CONASIDA, 2001). En los casos de SIDA en Chile, la distribución por género es desigual, correspondiendo el 89,1% a hombres y el 10,9% a mujeres, con una razón hombre-mujer de 5,8:1; sin embargo, se aprecia un incremento en la cantidad de mujeres notificadas en comparación con la proporción 15:1 observada en 1991. De este modo, se plantea que la categoría de transmisión heterosexual en mujeres es la que más ha aumentado en forma sistemática a través de los años (CONASIDA, 2001). En cuanto a edad, el grupo etáreo de 20 a 49 años concentra un 85% de los casos, los menores de 20 años, el 2,3% y los mayores de 50 años representan el 12,7%. En relación a las vías de transmisión del VIH, la vía sexual aparece como el principal modo de transmisión, declarada en un 93,8% de los casos, correspondiendo principalmente a transmisiones de tipo homo/bisexual en hombres; la vía sanguínea, por su parte, aparece en segundo lugar con un 4,6%, correspondiendo mayoritariamente a usuarios de drogas intravenosas y, por último, se encuentra la vía vertical o de transmisión de madre a hijo, que alcanza el 1,5% del total de los casos (CONASIDA, 2001).

En los comienzos de la pandemia el énfasis se centraba en los aspectos biológicos de la enfermedad y, por tanto, en los tratamientos médicos-farmacológicos para las personas infectadas; sin embargo, con el transcurso del tiempo y bajo la influencia del modelo biopsicosocial se ha ampliado esta perspectiva, considerándose además de los factores biológicos, aspectos psicológicos y sociales que -como lo avala la literatura- se interrelacionan afectando los procesos de salud y tienen un fuerte impacto en esta enfermedad (Montecinos y Vivanco, 1986). Así, desde una perspectiva biopsicosocial se intenta comprender una enfermedad tan compleja como es la causada por el VIH, la cual está siendo ampliamente investigada debido por un lado a que se ha convertido en una pandemia, que afecta a todos los países del mundo y, por otro, a que en muchos países se ha convertido ya en una enfermedad crónica (Bayés, 1995). Psicológicamente, la infección por VIH produce un fuerte impacto emocional durante todo el proceso de evolución de la enfermedad (González, 1992; Espinoza, Fischersworing, Meza, Pérez y Godoy, 1992): ante la sospecha de estar infectado, al ser notificado como portador, al comunicar a otros la notificación, ante la aparición de primeros síntomas, etc. (Bayés, 1995). La reacción emocional también dependerá de la elaboración psicológica de la

enfermedad que ha sido descrita en cuatro etapas que no necesariamente se dan en forma correlativa, que van desde el shock inicial hasta la aceptación de la enfermedad y de la muerte (Tomasevic, 1988). Así, también se han encontrado relaciones entre diversas variables psicológicas; las investigaciones muestran que los síntomas depresivos en personas con VIH han sido correlacionados con estilos de afrontamiento evitativos (Boland, 1998; Leserman, Perkins y Evans, 1992; Wolf *et al.*, 1991), escaso apoyo social (Boland, 1998; Hays, Turner y Coates, 1992; Kelly *et al.*, 1993) y mayor estrés (Folkman, Chesney, Pollack y Coates, 1993). En relación a las estrategias de afrontamiento, se señala que la conducta activa fue relacionada con bajos niveles de trastornos del ánimo y mayor optimismo en pacientes infectados con VIH, mientras que estilos evitativos fueron asociados a un alto estrés emocional y a altos niveles de trastornos del ánimo (De Genova, Patton, Jurich y McDermid, 1994; Fukunishi, Hosaka, Negishi, Moriya, Hayashi y Matsumoto, 1997; Grassi, Righi, Makoui, Sighinolfi, Ferri y Ghinelli, 1999). Por su parte, Semple, Patterson, Straits-Troster, Atkinson, McCutchan y Grant (1996) analizaron las características psicológicas y sociales de mujeres y hombres homosexuales infectados de VIH encontrando que los hombres homosexuales empleaban más el afrontamiento evitativo y presentaban altos índices de soledad al ser comparados con las mujeres. Los estilos de afrontamiento (orientación al problema, abandono, estoico) en mujeres VIH positivas fueron investigados por Nannis, Patterson y Semple (1997), encontrando que las estrategias activas como el espíritu de lucha estaban asociadas a un fuerte apoyo social, bajo aislamiento, baja depresión, baja hostilidad y a una creencia en la suerte (casualidad) como locus de control, mientras que el abandono se asociaba al sentimiento de soledad, depresión, ira, bajo apoyo social y a una baja creencia en la casualidad. Un tercer afrontamiento "estoico" se relacionó con una creencia en la suerte, soledad e ira y bajo apoyo social. En otra investigación realizada con mujeres seropositivas se sugiere que las estrategias activas de afrontamiento se relacionan con la sintomatología física, relación que promueve una positiva adaptación a los enfermos por VIH (Moneyham, Hennessy, Sowell, Demi, Seals y Mizuno, 1998). Antecedentes como los anteriores han demostrado que en los sujetos que presentan VIH-SIDA se produce un gran deterioro de la calidad de vida a nivel físico, sexual, psicosocial y de relaciones interpersonales (González-Puente y Sanchez-Sosa, 2001). Por otra parte, socialmente, el SIDA es una enfermedad altamente estigmatizante, existe mucho prejuicio y temor hacia quienes se han infectado, debido a que rápidamente se asocia a homosexualidad, promiscuidad o drogadicción (Luco, 1990; ONUSIDA, 1998), por lo que se tiende a rechazar a estas personas, se les aísla y se les discrimina, en el trabajo, a veces los amigos, los familiares e incluso en los servicios de asistencia pública.

Uno de los aspectos que ha llamado la atención de los investigadores es la diferencia que existe entre las personas infectadas en el tiempo de evolución de la enfermedad hasta que se desarrolla SIDA y se ha planteado que estas diferencias se podrían deber a factores psicosociales que influirían en el sistema inmunológico (Bayés, 1995; Mulder *et al.*, 1995; Vera-Villarroel y Buela-Casal, 1999). Por esto se están realizando a escala mundial muchas investigaciones que pretenden tanto describir cómo se manifiestan las variables psicosociales en sujetos seropositivos, como también destinadas a

evaluar la influencia de dichas variables sobre la salud de estos sujetos. La denominación “variables psicosociales” es muy amplia, puede incluir muchos elementos, entre ellos rasgos de personalidad, factores situacionales, eventos de vida estresantes, reacciones emocionales y factores moduladores como el apoyo social y estilos de afrontamiento entre otros.

Con relación a las muestras estudiadas, la mayoría de los estudios ha incluido preferentemente a hombres homosexuales, sin embargo, se ha incrementado cada vez más el número de personas heterosexuales infectadas, de modo que se ha hecho necesario investigarlas. Así, en los últimos años, se está comparando a las personas seropositivas con las seronegativas (Davison *et al.*, 1998; Gala *et al.*, 1993; Pergami, Gala, Burgess, Invernizzi y Catalán, 1994, Semple *et al.*, 1996; entre otros). De esta forma el objetivo de nuestro estudio descriptivo (Montero y León, 2002) fue evaluar si existían diferencias en variables psicosociales en distintas muestras de personas portadoras de VIH incluyendo poblaciones menos estudiadas tradicionalmente como son los sujetos heterosexuales, y además evaluar si existen diferencias entre muestras de personas portadoras de VIH y no portadoras con respecto a las mismas variables psicosociales, considerando para tales efectos grupos de hombres homosexuales, hombres heterosexuales y mujeres heterosexuales, portadores asintomáticos de VIH y no portadores de VIH.

La estructura de esta investigación se ajusta a las normas propuestas por Bobenrieth (2002).

## Método

### *Sujetos*

Todos los sujetos participantes eran portadores asintomáticos de VIH, correspondiendo a personas que han sido notificadas como portadoras de VIH y que no presentaban diagnóstico médico de SIDA en el momento de la evaluación, y personas no portadoras de VIH, es decir, aquellas personas que no han sido diagnosticadas como portadoras de VIH en el momento de la evaluación. La muestra es de tipo no probabilística y fue extraída de distintas organizaciones relacionadas con la temática. Está compuesta por un total de 83 sujetos, de los cuales 38 son portadores asintomáticos de VIH (15 hombres homosexuales, 8 hombres heterosexuales y 15 mujeres heterosexuales) y 45 son no portadores (15 hombres homosexuales, 15 hombres heterosexuales y 15 mujeres heterosexuales).

### *Instrumentos*

Se aplicaron seis cuestionarios para evaluar las variables psicosociales y un cuestionario inicial anónimo desarrollado para seleccionar a los sujetos que serían parte de la muestra y recoger antecedentes generales.

- Inventario de Experiencias Recientes (Davis, McKay y Eshelman, 1988; citado en Latorre y Beneit, 1994), dividido en dos partes, presenta 42 ítem de afirmaciones a las cuales el sujeto debe señalar si le han ocurrido durante los últimos dos años y cuantas veces le han sucedido durante el último año.

- Inventario de Modos de Enfrentamiento (Lazarus y Folkman, 1986), el cual está compuesto por 66 ítem que se evalúan en una escala Lickert de 4 valores, que señalan el grado de acuerdo que se tiene frente a cada afirmación. Los ítem se agrupan en 8 escalas que aluden a las diferentes estrategias de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape-avoidancia, resolución planificada de problemas y reinterpretación positiva.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Consta de 21 ítem que representan un síntoma depresivo enunciado en cuatro grados de severidad, que se señala según ha acontecido durante la última semana.
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), que contempla dos partes, cada una de 20 ítem con frases que se utilizan para describirse a uno mismo, a las cuales se les asigna una puntuación según como se siente la persona en ese momento y según como se siente en la mayoría de las ocasiones.
- Escala de Apoyo Social Familiar y Escala de Apoyo Social de las Amistades (Prociano y Heller, 1983; citado en Alvarez, Carvajal, Foronda y Solari, 1995). Ambas escalas están compuestas por 20 ítem con tres opciones de respuesta: sí, no y no sé.

### *Procedimiento*

Todos los instrumentos se aplicaron en los lugares desde donde se contactaron a las personas y estos fueron aplicados en forma colectiva. Los datos fueron analizados usando el Paquete Estadístico para las ciencias sociales (SPSS-10.0).

## **Resultados**

### *Descripción de la muestra*

La mayoría de los sujetos que componen la muestra son adultos jóvenes y adultos menores de 40 años (72,28%). La mayoría de ellos son solteros (62,7%), siendo menor la cantidad de personas que se declara viudo/a, aspecto que comprende mayoritariamente a mujeres. La mayoría de los sujetos investigados posee estudios superiores completos (42,2%). La categoría de educación básica completa e incompleta fueron las menos informadas, ubicándose sólo mujeres en ellas. El 59% de la muestra se encuentra activa laboralmente, siendo mayor esta proporción en sujetos seronegativos en comparación con sujetos seropositivos.

### *Análisis de resultados*

De acuerdo a los análisis realizados no se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos en las variables estrés ( $F=0,481$ ;  $p<0,789$ ), estilos de afrontamiento como confrontación ( $F=1,203$ ;  $p<0,316$ ), distanciamiento ( $F=0,853$ ;  $p<0,516$ ), autocontrol ( $F=1,554$ ;  $p<0,183$ ), búsqueda de apoyo social ( $F=0,812$ ;  $p<0,545$ ), acep-

tación de responsabilidad ( $F=0,91$ ;  $p<0,479$ ), escape-evitación ( $F=1,402$ ;  $p<0,436$ ), resolución planificada de problemas ( $F=0,967$ ;  $p<0,443$ ), reinterpretación positiva ( $F=0,714$ ;  $p<0,614$ ), ansiedad estado ( $F=1,133$ ;  $p<0,350$ ), apoyo social familiar ( $F=1,165$ ;  $p<0,334$ ) y apoyo social de las amistades ( $F=1,932$ ;  $p<0,099$ ). Véase la Tabla 1.

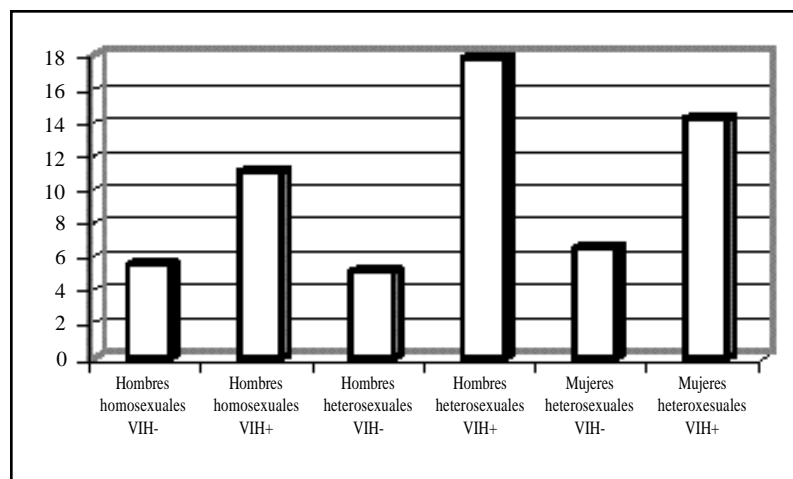
**TABLA 1.** Medias y desviaciones típicas de las variables de los diferentes grupos.

Variables	Hombres	Hombres	Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres	p
	homosexuales VIH -	homosexuales VIH +	heterosexuales VIH -	heterosexuales VIH +	Heterosexuales VIH -	Heterosexuales VIH +	
Estrés	525,87 (696,86)	505,47 (200,27)	462,80 (287,75)	569,25 (587,49)	717,33 (803,60)	483,47 (169,60)	0,789
Confrontación	11,40 (2,90)	10,93 (4,61)	11,60 (4,87)	9,88 (3,44)	13,60 (2,75)	12,07 (4,28)	0,316
Distanciamiento	9,8 (5,13)	10,33 (6,21)	9,33 (5,49)	10,25 (5,09)	7,07 (3,31)	9,6 (3,76)	0,516
Autocontrol	10,73 (2,60)	12,60 (3,11)	13,20 (4,38)	10,63 (1,51)	11,13 (3,23)	11,07 (3,03)	0,183
Búsqueda apoyo social	13,47 (4,50)	14,00 (6,57)	13,60 (4,42)	13,50 (3,63)	14,40 (3,89)	16,73 (6,96)	0,545
Aceptación de responsabilidad	10,20 (4,83)	11,47 (5,63)	12,67 (5,83)	14,00 (4,41)	11,53 (5,38)	10,13 (4,69)	0,479
Escape-evitación	9,67 (4,24)	10,87 (5,99)	7,93 (3,84)	12,50 (4,38)	8,00 (5,59)	9,60 (4,98)	0,436
Resolución planificada	16,30 (4,88)	14,40 (5,34)	13,20 (4,38)	12,75 (4,62)	15,67 (5,84)	13,47 (5,15)	0,443
Reinterpretación positiva	14,40 (5,38)	13,73 (3,97)	15,33 (4,98)	14,00 (2,98)	16,47 (4,58)	14,33 (4,30)	0,614
Depresión	5,47 (5,51)	11,13 (8,10)	5,13 (5,62)	17,88 (12,22)	6,53 (4,81)	14,33 (13,57)	0,002 **
Ansiedad estado	17,7 (8,34)	21,80 (12,83)	17,53 (11,12)	24,75 (11,06)	19,07 (9,14)	23,93 (12,74)	0,350
Ansiedad rasgo	14,93 (8,76)	24,27 (12,72)	13,73 (6,26)	28,75 (12,45)	21,13 (7,92)	25,73 (12,38)	0,001 ***
Apoyo social familiar	10,73 (2,79)	12,07 (3,28)	9,80 (3,63)	11,75 (3,58)	12,20 (3,12)	10,80 (3,51)	0,334
Apoyo social amistades	11,00 (3,21)	13,00 (3,07)	11,40 (3,40)	8,38 (5,13)	12,07 (4,20)	10,07 (4,48)	0,099

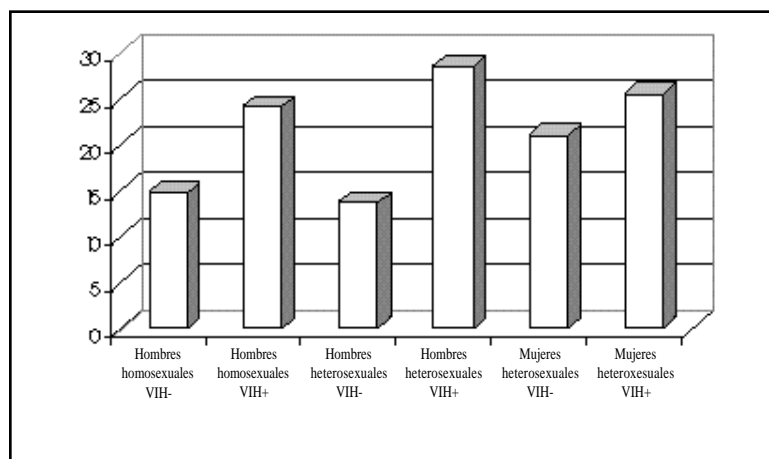
\*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$

Se encontraron diferencias significativas en las variables depresión ( $F=4,333$ ;  $p<0,002$ ) y ansiedad rasgo ( $F=4,863$ ;  $p<0,001$ ) entre los distintos grupos, específicamente en la variable depresión en el grupo de hombres heterosexuales seropositivos en comparación con los tres grupos seronegativos, y en la variable ansiedad en los grupos de hombres y mujeres heterosexuales seropositivos en comparación con los grupos de hombres homosexuales y heterosexuales seronegativos (Figuras 1 y 2).

**FIGURA 1.** Distribución de medias de la variable depresión según grupos investigados.



**FIGURA 2.** Distribución de medias de la variable ansiedad-rasgo según grupos investigados.





### Discusión

El objetivo de este estudio era evaluar las posibles diferencias entre distintos grupos portadores y no portadores de VIH. De las catorce variables investigadas sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables depresión y ansiedad-rasgo entre los distintos grupos estudiados. En relación al estrés los resultados encontrados no coinciden con lo que se esperaba inicialmente, ya que como se mencionó la situación de tener y vivir con el VIH ha sido documentada como una situación altamente estresante. Sin embargo, al no encontrar diferencias entre los grupos estudiados y, principalmente entre sujetos portadores y no portadores, pensamos que esto se podría explicar debido a que el instrumento empleado pudo no ser sensible a las características de vida de los sujetos seropositivos, quienes se ven enfrentados a situaciones estresantes cotidianas (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995), de menor impacto, pero mucho más frecuentes, tales como disponibilidad de medicamentos, reacciones secundarias a los fármacos, constantes controles de cargas virales y conteo de CD4, entre otros, los cuales no son registrados por el instrumento utilizado. Por otro lado, debido a que los sujetos seronegativos de la muestra eran voluntarios de las agrupaciones de ayuda a los pacientes, es posible que sus altos índices de estrés se relacionen con la gran carga emocional que puede significar ayudar a otros, haciéndolos proclives al fenómeno emocional denominado *burn-out* (Bayés, 1995); por lo tanto, cabe preguntarse si estos resultados cambiarían al utilizar grupos control que no pertenezcan a agrupaciones relacionadas con la enfermedad. Esto podría explicar entonces que ambas muestras presenten altos valores en estrés pero no presenten diferencias entre ellas. Otro elemento a considerar, y que podría explicar el que no se encuentren diferencias entre los grupos estudiados en la mayoría de las variables, puede ser que los sujetos portadores pertenecen a instituciones que prestan ayuda integral a personas con VIH. El recibir ayuda, tanto médica como psicosocial, podría estar influyendo en los niveles de estrés y en el como afrontar la enfermedad. De la misma forma esto podría explicar las no diferencias en las estrategias de afrontamiento y apoyo social. Es necesario entonces realizar estudios donde se controle especialmente si los sujetos portadores de VIH reciben algún tipo de ayuda psicosocial previamente.

En cuanto a las diferencias encontradas, éstas se presentan en función de ser o no portador de VIH. Así, los hombres y mujeres seropositivos presentan mayores síntomas de ansiedad que los sujetos seronegativos. Este resultado era esperable ya que existe considerable evidencia de que los sujetos que presentan esta enfermedad sufren alteraciones emocionales (González-Puente y Sanchez-Sosa, 2001). Es necesario resaltar que esos síntomas se presentan altos en ambos grupos de portadores, tanto en hombres como en mujeres heterosexuales. Parece relevante comentar que entre estos dos grupos no se encuentran diferencias, es decir, parece ser de acuerdo a nuestra muestra, que el ser portador de VIH se relaciona con determinados grados de ansiedad independiente de su condición sexual. Esto contrasta con la literatura disponible que considera que las mujeres sanas presentan mayores índices de ansiedad que

los hombres sanos. De esta forma, al parecer, poseer el VIH anula las diferencias que se podrían esperar en sujetos sanos. Por otra parte, un dato que llama la atención es que no se encuentran diferencias con respecto al grupo homosexual seropositivo. Aquí la variable seropositividad no se relaciona con mayores índices de ansiedad. Con respecto a la variable depresión también se encuentran diferencias en algunos grupos. Aquí, los sujetos heterosexuales seropositivos presentan mayor depresión que los sujetos seronegativos. Es relevante que en la segunda variable en que encontramos diferencias significativas se repite la condición de seropositividad (lo cual es esperable); sin embargo, también se encuentra en un grupo heterosexual y específicamente ahora en hombres.

Creemos que los datos aquí obtenidos demuestran que los sujetos que portan el virus presentan mayores índices de alteración emocional. De la misma forma, y adicional a lo anterior, los síntomas se presentan en mayor medida en los sujetos heterosexuales y aun más en los hombres heterosexuales (quienes presentan altos índices en las dos variables en las cuales se encontraron diferencias). Un factor que podría afectar en los altos niveles obtenidos en ambas variables, es el prejuicio de que sólo los hombres homosexuales adquieren el VIH, situación que a nuestro juicio aumentaría la carga emocional que pesa sobre esta enfermedad, dificultando que tanto mujeres heterosexuales, y en mayor medida en los hombres heterosexuales, puedan acceder a instancias de contención emocional fuera del núcleo familiar. Así, la gran cantidad de estigmas y prejuicios sociales relativos a esta enfermedad (Mardones y Reyes, 1991; Piña, 2003), situación que en la práctica se convierte en rechazo social hacia quienes son portadores de la misma, les lleva a ocultar su enfermedad, hecho que dificulta el acceso a estas personas en general y a mujeres y hombres heterosexuales en particular. Sin embargo, debido al reducido número de esta muestra, los resultados sólo nos indican una tendencia, de modo que es importante investigar esto con mayor detalle.

### Referencias

- Alvarez, K., Carvajal, A., Foronda, V. y Solari, D. (1995). *Asociación entre variables psicológicas, estrés académico y cambios en la respuesta inmune*. Tesis para optar a Título de Psicólogo. Santiago. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Bayés, R. (1995). *SIDA y psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bermúdez, M. P. y Teva-Álvarez, I. (2003). Situación actual del VIH/SIDA en Europa: análisis de las diferencias entre países. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 89-106.
- Bobenrieth, M. A. (2002). Normas para revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.

- Boland, R. (1998). Depression in HIV-infected persons. *Psychosomatics*, 39, 82-83.
- CONASIDA (2001). *Resumen epidemiológico* N° 15 diciembre de 2001. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Davison, A., Bertram, S., Lezotte, D., Marine, W., Rietmeijer, C., Hagglund, B. y Coh, D. (1998). Comparison of health status, socioeconomic characteristics, and knowledge and use of HIV-related resources between HIV-infected women and men. *Medical Care*, 36, 1676-1684.
- De Genova, M., Patton, D., Jurich, J. y McDermid, S. (1994). Ways of coping among HIV-infected individuals. *Journal of Social Psychology*, 134, 655-663.
- Espinoza, P., Fischersworing, M., Meza, C., Pérez, G. y Godoy, M. (1992). ¿Cómo hablar de un buen morir sin hablar antes de un buen vivir? Reflexiones colectivas en torno al apoyo psicosocial a personas con VIH/SIDA. *Terapia Psicológica*, 10, 69-72.
- Folkman, S., Chesney, M., Pollack, L. y Coates, T. (1993). Stress, control, coping, and depressive mood in human immunodeficiency virus-positive and -negative gay men in San Francisco. *Journal of Nervous Mental Disease*, 181, 409-416.
- Fukunishi, I., Hosaka, T., Negishi, M., Moriya, H., Hayashi, M. y Matsumoto, T. (1997). Avoidance coping behaviors and low social support are related to depressive symptoms in HIV-positive patients in Japan. *Psychosomatics*, 38, 113-118.
- Gala, C., Pergami, A., Catalán, J., Durbano, F., Musicco, M., Riccio, M., Baldeweg, T. e Invernizzi, G. (1993). The psychosocial impact of HIV infection in gay men, drug users and heterosexuals. Controlled investigation. *British Journal Psychiatry*, 163, 651-659.
- González, E. (1992). Psicoterapia y apoyo al paciente infectado por el VIH-SIDA en fundación Arriaran. Rol del psicólogo en el equipo multidisciplinario y perfil del psicoterapeuta. *Terapia Psicológica*, 10, 66-68.
- González-Puente, J.A. y Sanchez-Sosa, J.J. (2001). Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 519-528.
- Grassi, L., Righi, R., Makoui, S., Sighinolfi, L., Ferri, S. y Ghinelli, F. (1999). Illness Behavior, Emotional Stress and Psychosocial Factors among Asymptomatic HIV-Infected Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 31-38.
- Hays, R., Turner, H. y Coates, T. (1992). Social support, AIDS-related symptoms, and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 463-469.
- Kelly, J., Murphy, D., Bahr, G., Koob, J., Morgan, M., Kalichman, S., Stevenson, L., Brasfield, T., Bernstein, B. y St Laurence, J. (1993). Factors associated with severity of depression and high-risk sexual behavior among persons diagnosed with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Health Psychology*, 12, 215-209.
- Latorre, J. y Beneit, J. (1994). *Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leserman, J., Perkins, D. y Evans, D. (1992). Coping with the threat of AIDS: The role of social support. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1514-1520.
- Luco, A. (1990). Prevención e intervención psicológica en pacientes con SIDA. *Revista Chilena de Psicología*, 11, 17-23.

- Mardones, V. y Reyes, M. (1991). *Factores psicosociales que influyen en los comportamientos de rechazo hacia los pacientes con Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida*. Tesis para optar a título de Psicólogo. Santiago. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Moneyham, L., Hennessy, M., Sowell, R., Demi, A., Seals, B. y Mizuno, Y. (1998). The effectiveness of coping strategies used by HIV seropositive women. *Research in Nursing and Health*, 21, 351-362.
- Montecinos, L. y Vivanco, W. (1986). Psicología y Salud en Chile: ¿un campo laboral emergente? *Terapia Psicológica*, 8, 36-39.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Mulder, C., Antoni, M., Emmelkamp, P., Veugelers, P., Sandford, T., Van de Vijver, F. y de Vries, M. (1995). Psychosocial group intervention and the rate of decline of immunological parameters in asymptomatic HIV-infected homosexual men. *Psychotherapy Psychosomatics*, 63, 185-192.
- Nannis, E., Patterson, T. y Semple, S. (1997). Coping with HIV disease among seropositive women: Psychosocial correlates. *Women Health*, 25, 1-22.
- ONUSIDA (1998). *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1998. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Ginebra: ONU.
- ONUSIDA (1999). *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Ginebra: ONU.
- ONUSIDA (2002a). *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA diciembre de 2002. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Ginebra: ONU.
- ONUSIDA (2002b). *Hoja informativa 2002 America Latina y el Caribe. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Ginebra: ONU.
- Pergami, A., Gala, C., Burgess, A., Invernizzi, G. y Catalán, J. (1994). Heterosexuals and HIV disease: A controlled investigation into the psychosocial factors associated with psychiatric morbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 305-313.
- Piña, J. (2003). Intervención psicológica en el área de la infección por el VIH: obstáculos y retos para los psicólogos de la salud. *Terapia Psicológica*, 21, 23-27.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Jiménez, M.P. (1995). Trastornos psicosomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 401-469). Madrid: McGraw-Hill.
- Semple, S., Patterson, T., Straits-Troster, K., Atkinson, J., McCutchan, J. y Grant, I. (1996). Social and psychological characteristics of HIV-infected women and gay men. HIV Neurobehavioral Research Center (HNRC) Group. *Women Health*, 24, 17-41.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.

- Tomasevic, A.M. (1988). Consideraciones psicosociales del paciente VIH+ y SIDA. En *Consideraciones en torno a las enfermedades VIH+ y SIDA en Chile*, documento de trabajo N° 38. CEAP. Universidad de Chile.
- Vera-Villarroel, P. y Buela-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31, 271-289.
- Wolf, T., Balson, P., Morse, E., Simon, P., Gaumer, R., Dralle, P. y Williams, M. (1991). Relationships of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons: Implications for clinical management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 171-173.