

Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Medicina y Psicología
Maestría en Salud Pública



**La depresión y uso del condón en poblaciones latinas VIH-
positivas en la región fronteriza México/Estados Unidos**

TESIS

QUE PRESENTA

Ana Cecilia López Zacarías

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

DIRECTORES DE TESIS:

**Dra. María Luisa Zúñiga de Nuncio
Dr. Rufino Menchaca Díaz**

Tijuana B.C, Febrero del 2012

TABLA DE CONTENIDO

1.	Agradecimientos	4
2.	Votos Aprobatorios	5
3.	Resumen	8
4.	Introducción	
	I) Antecedentes del VIH/sida en México.....	9
	II) La frontera México/estados unidos.....	9
	III) Uso del condón y VIH/sida.....	10
	IV) Genero.....	10
	V) Salud mental y VIH/sida.....	12
	VI) Prevención de transmisión en personas ya diagnosticadas con el VIH	13
5.	Planteamiento del problema.....	15
	I) Justificación.....	17
	II) Pregunta de investigación.....	18
	III) Hipótesis.....	19
	IV) Objetivos.....	19
6.	Métodos.....	20
7.	Resultados	
	I) Análisis univariado.....	23
	II) Análisis bivariado.....	24
	III) Análisis multivariado.....	25
8.	Discusión.....	26
9.	Conclusiones.....	28
10.	Bibliografía.....	30

AGRADECIMIENTOS

A mis asesores de tesis, por su manera de apoyarme siempre dándome su consejo y orientación pero a la vez dejando que sea yo quien encuentre la manera de resolver los problemas, fomentando así mi aprendizaje.

A mis maestros por compartir sus conocimientos y por esforzarse en la medida de sus capacidades por motivar el aprendizaje en sus alumnos.

A mi familia y amigos por creer siempre en mí y por tener esa fe ciega en mis talentos y habilidades.

A mis pacientes y compañeros de trabajo de las diversas instituciones en que estuve colaborando porque al final de cuentas es la vida cotidiana y su problemática la que me motiva a hacer este trabajo pues de nada sirve ser talentoso ni inteligente si no somos capaces de impactar de manera positiva nuestro entorno.

Tijuana, Baja California, a 08 de Febrero del 2012.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal en el examen de la Tesis "La depresión y uso del condón en poblaciones latinas VIH-positivas en la región fronteriza México/Estados Unidos", elaborada por la **C. ANA CECILIA LÓPEZ ZACARIAS**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



DRA. MARIA LUISA ZUÑIGA DE NUNCIO
Sinodal

Tijuana, Baja California, a 08 de Febrero del 2012.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal en el examen de la Tesis "La depresión y uso del condón en poblaciones latinas VIH-positivas en la región fronteriza México/Estados Unidos", elaborada por la **C. ANA CECILIA LÓPEZ ZACARIAS**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



DR. RUFINO MENCHACA DÍAZ
Sinodal

Tijuana, Baja California, a 08 de Febrero del 2012.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal en el examen de la Tesis "La depresión y uso del condón en poblaciones latinas VIH-positivas en la región fronteriza México/Estados Unidos", elaborada por la **C. ANA CECILIA LÓPEZ ZACARIAS**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


DRA. ANA MARÍA VALLES MEDINA
Sinodal

RESUMEN

Antecedentes: Tijuana, frontera de México-E.U habitada por 1.55 millones de personas, donde se estima que viven hasta 5400 personas VIH positivas. Mucho se ha hablado de la relación entre salud mental y conductas de riesgo sin embargo la relación no está muy bien establecida y encontramos otros factores involucrados de gran importancia, para la promoción efectiva del uso del condón como medida preventiva contra el VIH e ITS y de protección contra una súper infección en la población Mexicana.

Objetivo: Analizar la asociación entre Depresión y el uso de condón en personas con VIH en la frontera México-EU.

Métodos: El presente es un estudio transversal con diseño descriptivo correlacional que toma como fuente los datos del estudio binacional “proyecto ACCESO”. Se trabajo con una muestra de 166 sujetos, se realizo el análisis estadístico con SPSS 17

Resultados: Se observo una prevalencia de síntomas depresivos en nuestra población total (60.8%), hombres (60.3%), mujeres (62.8%), una educación media o inferior tiene más indicadores de depresión ($p=.003$). El grupo de edad de 21 a 35 tiene mayor riesgo de no utilizar condón de manera consistente ($p=.01$)

Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos en la población fronteriza siendo esta mayor en mujeres a pesar de tener una proporción menor en la muestra. La variable uso de condón se encontró muy relacionada con el grupo de edad de 21 a 35 sin embargo no se encontró asociación con depresión.

Palabras Clave: VIH, Genero, Salud Mental, Depresión, Latinos, Conductas de riesgo.

Introducción

Antecedentes del VIH/sida en México

México se ubica en el décimo séptimo lugar en América Latina con una prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome inmunodeficiencia adquirida (SIDA) de 0.3%, donde el 60% corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales y 6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales.(1)

La prevalencia en la población adulta de 15 a 49 años de edad, para el año 2009, es del 0.37%, lo cual significa que tres o cuatro personas adultas de cada mil podrían ser portadoras del VIH en nuestro país.(1)

En México el primer caso femenino de SIDA se notificó en 1985. Para 1987, había 23 hombres con SIDA por cada caso femenino. Actualmente, la relación hombre/mujer es de 5 a 1, lo que representa un cambio importante de la epidemia en el país y nos habla del proceso de feminización de la epidemia que a su vez justifica la realización de más estudios con perspectiva de género para poder implementar las estrategias adecuadas para detener la expansión de la epidemia.(2)

En la frontera México/Estados Unidos

El estado de Baja California, México ubicado al noroeste del país tiene una proporción de sida de 140 casos por cada 100,000. Esto es 65% más elevada que el promedio nacional y la más alta entre los 31 estados de la república secundado solo por la Ciudad de México. Un estudio encontró que mas de 1 persona por cada 125 que se ubican entre 15 a 49 años en Tijuana está infectado con VIH.(3)

Baja California es el estado con la segunda tasa más alta de mortalidad por SIDA en mujeres (9.5) y la cuarta en el caso de los varones (26.5).(4) Al inicio de la epidemia se consideraban que los grupos de riesgo eran HSH, trabajadoras sexuales y más recientemente usuarios de drogas inyectables, sin embargo por falta de programas y estrategias adecuados no se les ha dado la atención necesaria a ciertos grupos por no considerárseles “de riesgo” como ha sido el caso de las mujeres y como consecuencia actualmente tenemos que las mujeres casi representan la mitad de la población que padece esta enfermedad.(5, 6)

Algunos datos nos muestran como la perspectiva de género introduce diferencias dignas de tomar en cuenta para intervenciones más efectivas como lo muestra un

estudio en el que se encontró que la prevalencia del VIH entre mujeres usuarias de drogas inyectables es más alta (8%) que entre hombres usuarios (3%) ($p=0.01$).⁽⁷⁾ Sabemos que la epidemia del VIH no sólo se ha convertido en un gravísimo problema de salud sino que también es un problema social, económico y político que nos ha venido a poner de manifiesto grandes problemas y desigualdades sociales que como cultura hemos venido arrastrando por generaciones, entre ellas encontramos el estigma, la discriminación, violencia, pobreza una gran falta de educación pero sobre todo la desigualdad y la violencia de género.^(6, 8)

Uso del condón y el VIH

Es bien sabido que tanto para hombres como mujeres sexualmente activos la mejor opción para prevenir la transmisión de VIH e ITS es el uso correcto y consistente del condón.⁽⁹⁾ Sin embargo también sabemos por varias estadísticas y publicaciones que el conocimiento no es suficiente para asegurar prácticas sexuales más seguras.^(1, 4)

Esto nos lleva a pensar que aún falta mucho que hacer para lograr concientizar a la población sobre la importancia de prácticas sexuales seguras pero para esto es necesario identificar los factores que están asociados a las prácticas de riesgo, en la búsqueda de estos factores algunos estudios han elaborado modelos para tratar de predecir prácticas sexuales riesgo en hombres y mujeres encontrando asociación entre estas y baja asertividad sexual, depresión y control de natalidad inconsistente.⁽¹⁰⁾ Algunos también encontraron relación entre el género, la depresión y sexo sin protección sin embargo no era directamente la depresión el factor predictor de este.⁽¹¹⁾

Hay también evidencia de que los estados afectivos negativos como la ira puede ser un factor de riesgo ya que puede disminuir la motivación de proteger a la pareja reduciendo el monitoreo de la propia conducta. ^(12, 13)

Género

La construcción de género no sólo nos establece diferencias entre hombres y mujeres (por clase, raza, educación, orientación sexual, etcétera), sino que al mismo tiempo originan desigualdad en el acceso y control de recursos, en la participación social y a su vez en la toma de decisiones.⁽²⁾ Se ha conceptualizado la perspectiva de género como la construcción social de la diferencia entre los sexos y sus

implicaciones tienen un amplio espectro.(14) Al hablar de perspectiva de género entramos en cuestiones de poder, bien como facultad o capacidad y poder como dominio. Siendo este último el más aplicado en nuestra sociedad.(14-16) Un resultado inevitable de estas diferencias de género es la vulnerabilidad, que hace referencia a un mayor riesgo de sufrir cierto daño para determinado grupo de personas, sobre todo a causa de su condición social.(17) El VIH/SIDA aumenta la desigualdad al sumarle la variable de género, ya que partes desiguales no están en posición de negociar cuándo y con cuánta frecuencia tendrán relaciones sexuales, ni cómo podrán protegerse contra las ITS y el VIH.(18)

Algunos reportes consideran que la reciente tendencia a la feminización de la epidemia se debe a que las mujeres adquieren el virus al relacionarse con hombres que tienen sexo con hombres y con mujeres.(19) Y si bien las condicionantes de género aumentan la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, los hombres también pueden ser socialmente vulnerables al virus.(20, 21) Esta vulnerabilidad se debe especialmente a la práctica de conductas de riesgo ligadas a ciertos patrones de masculinidad, algunas propias de la cultura como lo son poseer múltiples parejas, no usar condón y combinar relaciones sexuales con el uso de drogas o alcohol.(20, 22, 23) Dichas prácticas los coloca a ellos mismos y a sus parejas en un gran riesgo de adquirir o transmitir el VIH, además de que dificultan que busquen consejería o atención médica sobre salud sexual por el mismo estigma o incomodidad de hablar de su sexualidad.(24) Todo esto obstaculiza una sexualidad responsable y una prevención eficaz de contagio de VIH e infecciones transmitidas sexualmente (ITS) incrementando la vulnerabilidad en ambos sexos debido a una incapacidad de hablar y exigir en cuestiones de sexualidad y al problema de la falta de conciencia de riesgo en las mujeres en especial las monógamas que basan su ideal en la pareja estable, la confianza y la supuesta mutua fidelidad.(2, 15)

Uno de los principales factores de riesgo para las mujeres es tener sexo desprotegido con un hombre que tiene sexo con otros hombres y mujeres y/o quien es usuario de drogas inyectables. En cuanto a su sexualidad, muchos de los individuos masculinos sufren del estigma y la discriminación asociados con ser identificado como gay y/o debido a que no se identifican con la población homosexual, recibiendo escasos mensajes de salud pública relevantes a su situación para prevenir la transmisión del VIH(24). Esta situación se suma a la infidelidad sexual donde no se usa condón y a su vez complica la implementación

de prácticas preventivas debido a la falta del dialogo abierto en materia de sexualidad dando como resultado una mayor vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres y sus parejas, sean hombres o mujeres. (25-27)

Es importante revisar las normas sexuales y de género imperantes para poder desarrollar intervenciones de salud pública eficaces para promover conductas sexuales más seguros y satisfactorias para hombres y mujeres.(24)

Salud mental y VIH/SIDA

Sabemos que actualmente la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en una perspectiva integral la cual incluye su contexto social y su salud mental del individuo. (28) Estos factores psicosociales algunas veces pasan desapercibidos en la investigación en VIH sin embargo el sufrimiento psicológico es muy común en países de bajo a mediano ingreso, como lo es en México.(29) Debido a que las evidencias de que las circunstancias sociales y el conocimiento no nos explican las conductas sexuales de riesgo por si solas debemos darnos cuenta que hay una necesidad de ahondar nuestro entendimiento sobre el papel de la salud mental en la epidemia del VIH. (30, 31) En sentido amplio la salud mental abarca desordenes y síntomas psiquiátricos, sufrimiento psicológico, afrontamientos mal adaptativos, entre otros, y esta influye no solo en conductas sexuales de riesgo sino que varios estudios nos muestran como esta influye también en la adherencia al medicamento ARV, tratamiento intermitente, y citas perdidas. (29, 32-37)

La asociación entre salud mental y el riesgo de transmisión del VIH ha sido bien establecida aun cuando la mayoría de la evidencia continua siendo observacional, algunos estudios muestran evidencias que sugieren que una buena salud mental está asociada con menor comportamientos de riesgo de transmisión del VIH así como que los síntomas depresivos incrementan el participar en comportamientos riesgosos como sexo desprotegido. (32, 38) Y que en particular las personas con desordenes psiquiátricos como lo son la depresión y el uso de sustancias son más propensos a involucrarse en conductas sexuales de riesgo a pesar de saber su estatus de VIH e incluso en aquellas mujeres que aun no tienen el VIH. (39-44) Los desordenes de ansiedad entre los que se incluyen ansiedad social y el estrés

postraumático son también asociados con el aumento de conductas sexuales de riesgo. (45-48)

Como se ha observado en diversos estudios, la tasa de depresión para mujeres es dos veces más grande que aquella para los hombres entre la población general.(49) Un estudio de cohorte mostró en mujeres una asociación entre síntomas depresivos y transacciones sexuales, violencia de pareja y entre los hombres los síntomas depresivos estaban asociados con fracaso en el uso de condón en la última relación sexual.(50) En otro se muestra que la depresión es un predictor significativo de sexo sin protección en hombres.(11) Otros estudios en adolescentes encontraron que síntomas depresivos estaban asociados a un debut sexual temprano, mayor número de parejas sexuales, concurrencias de parejas sexuales, compañeros sexuales casuales y múltiples, uso de sustancias en la última relación sexual, embarazo, percepción de barreras para el uso de condón y el tener parejas quienes tienen comportamientos riesgosos. (30, 51) Y también Otro estudio mostro que las probabilidades de usar condón eran 5 veces más grandes para aquellos con síntomas depresivos menores al punto de corte y además el uso de condón se encontró asociado positivamente con ser hombre, ser estudiante o estar empleado y tener menos síntomas depresivos, y así también se ha encontrado la combinación de uso de alcohol, ansiedad y depresión resultan en sexo sin protección. (23, 52)

Sin embargo también existe literatura donde no se encontró relación entre la depresión y/o ansiedad y conductas sexuales de riesgo lo que nos sugiere la importancia de mejores diseños de estudios y mediciones, pues algunas medidas globales no son muy precisas para identificar problemas de salud mental clínicamente significativos y se podría pasar desapercibida la relación entre salud mental y conductas de sexuales de riesgo. (53)

No obstante la mayoría de la evidencia existente proviene de países con un alto ingreso económico y aun falta profundizar o entender mejor los conocimientos sobre la asociación entre la depresión y el comportamiento riesgoso en otros países con epidemia de VIH como en México. (50)

Prevención de transmisión entre personas ya diagnosticadas con el VIH

Al hablar de toda esta compleja red de variables que interactúan dándonos como resultado una serie de conductas de riesgo de transmisión de VIH es de suma

importancia no dejar pasar otro aspecto inherente a la prevención del contagio de VIH entre personas ya diagnosticadas, es el problema del desarrollo de una infección más grave, como lo es aunarlo a esto es cuando compañeros sexuales sero-concordantes se arriesgan exponiéndose a sí mismos a otro patógeno de transmisión sexual que puede potencialmente complicar el curso de su infección de VIH.(54) Algunos estudios nos muestran evidencia clínica de cómo personas que ya poseen el virus de VIH pueden re-infectarse con una cepa diferente del virus dando como resultado una recombinación genética riesgosa que nos da como resultado un virus más difícil de tratar, esta situación es más conocida como “súper infección”. (55)

Así pues como podemos observar el uso o no uso del condón está asociado con una serie de factores más que con uno solo, se han identificado muchas barreras para el uso de condón como son el costo de estos, los valores morales, étnicos y religiosos que también juegan un papel importante, junto con otros factores sociales, desigualdad de género, estigma, falta de habilidades para negociar el uso del condón, aversión al condón, consumo de drogas o alcohol previo a la relación sexual así como los estados afectivos negativos como lo son ansiedad, la depresión y la ira. (56, 57)

Planteamiento del problema

Actualmente, la relación hombre/mujer es de 5 a 1, lo que nos habla de la feminización de la epidemia y a su vez la justificación de estudios con perspectiva de género.

La variable género viene a introducir diferencias significativas en el enfoque de la epidemia de VIH, un resultado inevitable de estas diferencias de género es la vulnerabilidad, que hace referencia a un mayor riesgo de sufrir cierto daño para determinado grupo de personas, sobre todo a causa de su condición social.(17) Y si bien las condicionantes de género aumentan la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, los hombres también son socialmente vulnerables al virus, debido especialmente a la práctica de conductas de riesgo ligadas a reacciones negativas ante la sociedad en general.(24)

Adentrándonos al concepto de salud mental, actualmente sabemos que la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. (28) En sentido amplio la salud mental abarca desordenes y síntomas psiquiátricos, sufrimiento psicológico, afrontamientos mal adaptativos, entre otros, y esta influye no solo en conductas sexuales de riesgo sino que varios estudios nos muestran como esta influye también en la adherencia al medicamento ARV, tratamiento intermitente, y citas perdidas. (32-37) Una buena salud mental está asociada con menor comportamientos de riesgo de transmisión del VIH y los síntomas depresivos incrementan la percepción individual de riesgo. (32, 38) La depresión, el uso de sustancias, la ansiedad social y el estrés postraumático propician conductas sexuales de riesgo. (39-48) algunos estudios mostraron en mujeres una asociación entre síntomas depresivos y transacciones sexuales, violencia de pareja y entre los hombres los síntomas depresivos estaban asociados con fracaso en el uso de condón en la última relación sexual, así como que la depresión es un predictor significativo de sexo sin protección en hombres y en adolescentes estaban asociados a un debut sexual temprano, mayor número de parejas sexuales, concurrencias de parejas sexuales, compañeros sexuales casuales y múltiples, uso de sustancias en la última relación sexual, embarazo, percepción de barreras para el uso de condón y parejas riesgosas.(11, 30, 50, 51) Así también existe literatura donde no se encontró relación entre la depresión y/o ansiedad y conductas sexuales de riesgo. (53)

Es bien sabido que tanto para hombres como mujeres sexualmente activos la mejor opción para prevenir la transmisión de VIH e ITS es el uso correcto y consistente del condón. (9) Sin embargo también sabemos por varias estadísticas y publicaciones que el conocimiento no es suficiente para asegurar prácticas sexuales más seguras.(1, 4)

En la necesidad de tratar de predecir prácticas sexuales riesgo en hombres y mujeres algunos estudios han elaborado modelos y encontraron asociación entre prácticas de riesgo y baja asertividad sexual, depresión y control de natalidad inconsistente. (10) Algunos también encontraron relación entre el género, la depresión y sexo sin protección sin embargo no era directamente la depresión el factor predictor de este. (11) La ira puede ser otro factor de riesgo ya que puede disminuir la motivación de proteger a la pareja. (12) otros encontraron que el uso de condón se encontró asociado positivamente con ser hombre, ser estudiante o estar empleado y tener menos síntomas depresivos, y así también se ha encontrado la combinación de uso de alcohol, ansiedad y depresión resultan en sexo sin protección. (23, 52)

Identificar estos y otros factores involucrados es de gran importancia para la promoción efectiva del uso del condón como medida preventiva contra el VIH e ITS y de protección contra una súper infección en la población Mexicana. Nos enfocamos en la prevención de transmisión del VIH debido a que como ya sabemos el enfoque preventivo es que nos ofrece mejores resultados a largo plazo, no obstante dado las diversas necesidades y contextos en los cuales viven diferentes poblaciones vulnerables al VIH en México, incluyendo también a aquellas personas ya infectadas, es importante entender cuáles son los factores asociados con una baja proporción de uso del condón. Esto va a depender mucho de la población con que se va a trabajar por lo que tal vez no sea factible desarrollar una estrategia generalizada sino más bien focalizada a las necesidades de nuestra población.

Justificación

Existen muchas barreras para el uso de condón como son el costo de estos, los valores morales, étnicos y religiosos de cada población que también juegan un papel importante, junto con otros factores sociales, desigualdad de género, estigma, discriminación, falta de habilidades para negociar el uso del condón, aversión al condón, consumo de drogas o alcohol previo a la relación sexual así como los estados afectivos negativos como lo son ansiedad, la depresión y la ira. (56, 57)

Identificar estos y otros factores involucrados es de gran importancia para la promoción efectiva del uso del condón como medida preventiva contra el VIH e ITS en la población, incluyendo a personas viviendo con el VIH, pues es fundamental parar la transmisión del virus evitando una mayor propagación así como también es de suma importancia evitar una súper-infección entre quienes ya viven con el virus. Podemos ver que los factores asociados con una baja proporción de uso del condón va a depender mucho de la población con que se va a trabajar por lo que tal vez no sea factible desarrollar una estrategia generalizada sino más bien focalizada a las necesidades de nuestra población.

Pregunta de Investigación

¿Hay asociación entre depresión y el uso de condón en la población VIH+ en la frontera México-EU?

Hipótesis

Hipótesis General (H1): Sí hay asociación entre depresión y el uso de condón en personas VIH+ en la frontera México-EU.

Objetivos

Objetivo General: Analizar la asociación entre Depresión y el uso de condón en personas con VIH en la frontera México-EU.

Objetivos Específicos

1. Comparar si existen diferencias entre hombres y mujeres que tienen depresión en cuanto a su uso del condón
2. Identificar si el género influye en la asociación entre depresión y el uso de condón en personas VIH+ en la frontera México-EU

Métodos

Los datos para este trabajo fueron tomados de un estudio de investigación binacional basado en la participación de la comunidad en el cual se llevó a cabo un estudio transversal con diseño descriptivo correlacional, donde participaron 283 Latinos diagnosticados con VIH/Sida en dos ciudades de la frontera México- E.U.

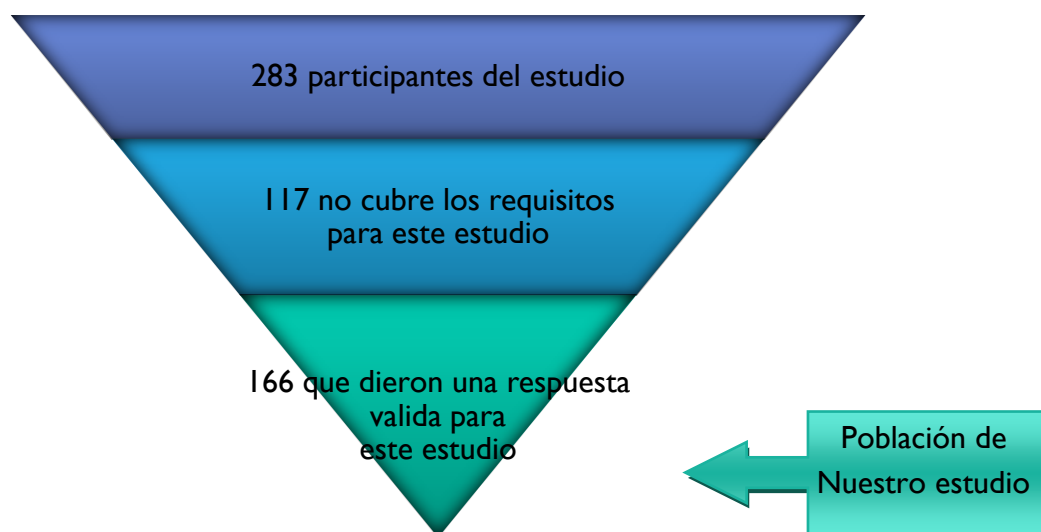


Figura 1. Diagrama de Flujo de Participantes del Estudio

Los participantes fueron reclutados a través de dos agencias o clínicas que trabajan con población VIH+ en Tijuana y San Diego de Julio del 2009 a Enero del 2010 en San Diego esto fue a través de *San Ysidro Health Center (SYHC)*, localizado a menos de 2 millas de la frontera México-E.U, y en Tijuana la Agencia Familiar Binacional (AFABI). La mitad de los participantes fueron reclutados en México y la otra mitad en E.U. los criterios de inclusión fueron: ser VIH positivo y Mexicano o de algún otro origen latinoamericano; ≥ 18 años de edad; residir en Tijuana o San Diego por ≥ 1 mes en el año previo; ser capaz de hablar español o inglés y ser capaz de proporcionar su consentimiento informado de manera voluntaria. Para mayores referencias ver Zúñiga, et. al, 2011.(58)

Para los propósitos del presente estudio se tomaron solo 166 sujetos que dieron una respuesta válida a nuestras variables de interés, siendo en este caso: Variable dependiente: Uso del condón, e independiente, Indicadores de depresión. Este estudio fue aprobado por la Universidad de California, San Diego, el programa de

protección para la investigación humana, y el comité de bioética del Hospital General, así como por el Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Baja California.

Entrevistadores capacitados aplicaron encuestas a los participantes quienes estaban con TAR en San Diego, E.U. y Tijuana, México, Los cuestionarios fueron administrados en espacios que permitían la privacidad de los participantes y tomaron aproximadamente 35-40 minutos para completarlo. A todos los participantes se les dio un incentivo de \$20 por cuestionario completo. Las encuestas fueron parte de una batería conformada por varias escalas entre las cuales se encuentra la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D, versión de 10 preguntas) que fue desarrollada para su uso en estudios epidemiológicos en población general, y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático. La forma de aplicación también puede ser auto administrada, debiendo seleccionar el paciente la respuesta que mejor refleje su situación en la semana previa, Algunas de las preguntas son “Durante la última semana, me sentí deprimido/a.” “Durante la última semana, yo gocé la vida.” consta de 10 ítems similares, 8 en sentido negativo y 2 en sentido positivo, con respuesta dicotómica (Si/ No) cuya respuesta afirmativa se toma como un punto y la negativa como 0, siendo un puntaje de 4 el punto de corte. Cabe destacar que ya en otros estudios se ha utilizado y ha demostrado ser útil en el tamizaje de depresión. (59-61)

Entre las variables para este estudio incluimos las siguientes variables sociodemográficas: Edad, Sexo, Educación, Trabajo, Depresión, orientación sexual, relación estable.

Nuestra principal variable dependiente o de resultado es Uso del condón, el criterio para medir esta variables es midiendo frecuencia del uso del condón durante las relaciones sexuales anales o vaginales en los últimos 3 meses en los sujetos del estudio, siendo consistente el haberlo utilizado siempre e inconsistente el no haberlo utilizado al menos 1 vez en los últimos 3 meses, la pregunta fue: **¿En los últimos tres meses, Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales (aunque sea una vez) sin usar un condón?**, con las opciones de respuesta dicotómica sí, o no. Y la principal variable independiente fue Depresión, para la cual los sujetos del estudio fueron considerados con depresión si contestaban afirmativamente al número de

ítems requeridos por la escala de depresión CES-D-10 para considerarse así. Para el análisis estadístico se realizó una comparación entre los participantes que reportaron un uso consistente de condón contra aquellos que no reportaron consistencia en el uso del mismo. Iniciamos con un análisis estadístico descriptivo para determinar medidas de tendencia central y distribución de frecuencias que nos permitieran determinar la dispersión de los datos para poder determinar cual sería la mejor aproximación estadística a realizar después se llevo a cabo la exploración de la asociación bivariada de la variable de resultado y el resto de las co-variables usando la prueba χ^2 y poder ver el comportamiento de nuestra variable de interés con el resto de las variables y de la variable dependiente, y por ultimo también se hizo uso de un modelo multivariado de regresión logística para examinar los factores independientemente asociados con el incremento de las posibilidades de utilizar el condón.

Resultados

El Análisis Univariado nos muestra los principales estadísticos descriptivos de nuestra población como se puede apreciar en la tabla 1. La media de edad en años es 39 (DE=9.48). Estratificamos la edad tres categorías las cuales representan “adulto joven”, “adulto” y “Adultos mayores”, esto debido a la dispersión de la variable y para poder tener un mejor control en el análisis estadístico χ^2 , así también debido a poca representatividad la variable educación se dicotomizó en media (o inferior) y superior. Un 57% de la población mostro indicador de depresión y el 73% reporta un uso consistente de condón en los últimos 3 meses.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio

VARIABLES	FRECUENCIA
Tamaño de la muestra (N)	N(%) 166(100%)
Edad en rango de años	
21-35	64 (38.6%)
36-49	76 (45.8%)
≥ 50	26 (15.7%)
Media de edad en años	39 (DE=9.48)
Sexo	
Hombre	131(78.9%)
Mujer	35 (21.1%)
Educación	
Media o inferior	126 (75.9%)
Superior	32 (19.2%)
Trabajo	
Si (fijo u ocasional)	104 (62.7%)
No (ningún tipo)	62 (37.3%)
Uso del condón (últimos 3 meses)	
Consistente	121 (72.9%)
Inconsistente	45 (27.1%)
Depresión	
Presencia	96 (57.8%)
Ausencia	70 (42.2%)
Orientación Sexual	
Heterosexual	64 (38.6%)
Homosexual	101(60.8%)
Relación estable	
Si	77 (46.0%)
No	88 (53.0%)
Percepción de Salud	
Regular/Mala	54 (32.5%)
Buena/Excelente	112 (67.5%)

En el Análisis Bivariado pudimos hacer una comparación entre las características de aquellos que reportaron uso consistente de condón (73%) con aquellos que reportaron uso inconsistente (27%), y observamos que aquellos que se encuentran en el grupo de edad de 21 a 35 son más propensos a no utilizar condón de manera consistente ($p=.01$) Así también comparamos las características entre los que obtuvieron indicadores de depresión y los que no, y observamos que la población con una educación media o inferior a esta tiene más indicadores de depresión ($p=.003$), otra variable asociada fue la percepción de salud que mostro que el percibir su salud regular a mala esta también asociada a la depresión ($p=.002$).

TABLA2. ANALISIS BI-VARIADO USO DE CONDON

CO-VARIABLES	N	USO DE CONDON		P	OR	IC
		INCONSISTENTE N=45 (27.1%)	CONSISTENTE N=121 (72.9%)			
EDAD						
≥ 50	26 (15.7%)	3	23	GC	I	NA
21-35	64 (38.6%)	24	40	.01	4.660	1.247-
36-49	76 (45.8%)	18	58	.18	2.379	16.967 .639-8.855
SEXO						
Hombre	131 (78.9%)	37	94	GC	I	NA
Mujer	35 (21.1%)	8	27	.52	.735	.314-1.807
EDUCACION						
Superior	32 (19.2%)	8	24	GC	I	NA
Media o inferior	126 (75.9%)	33	93	.89	1.065	.436-2.601
TRABAJO						
Si (fijo u ocasional)	104 (62.7%)	30	74	GC	I	NA
No (ningún tipo)	62 (37.3%)	15	47	.51	.787	.383-1.617
DEPRESION						
Sin	70 (42.2%)	17	53	GC	I	NA
Con	96 (57.8%)	28	68	.485	1.284	.637-2.589
ORIENT SEXUAL						
Heterosexual	64 (38.6%)	12	52	GC	I	NA
Homosexual	101 (60.8%)	32	69	.067	2.010	.945-4.275
REL. ESTABLE						
Con pareja estable	77 (46%)	24	53	GC	I	NA
Sin pareja estable	88 (53%)	20	68	.22	.650	.325-1.300
PERCEPCION DE SALUD						
Buena/Excelente	112 (67.5%)	30	82	GC	I	NA
Regular/Mala	54 (32.5%)	15	39	.89	1.051	.508-2.176

En el Análisis multivariado, se realizaron dos modelos finales, uno para uso de condón y otro para depresión, en el primer modelo de regresión logística (Tabla 4) los factores asociados a un incremento del riesgo de no usar condón fueron estar en el grupo de edad de 21 a 35 años de edad.

Tabla 4. Modelo de Regresión Logística para Uso del Condón

Variable	Estimador	P	OR	IC 95%
Educación	.179	.727	1.196	.438-3.268
Sexo	.474	.542	1.606	.350-7.362
Salud Percibida	.419	.334	1.521	.650-3.560
Orientación Sexual	.989	.149	2.690	.701-10.315
Grupo de Edad (21-35)	1.798	.025	6.039	1.259-28.965
Grupo de Edad(36-49)	1.065	.187	2.900	.97-14.100
Indicador de Depresión	-.329	.427	.719	.319- 1.622
Constante	-3.209	.002	.040	

Y para el segundo modelo de regresión logística (Tabla 5) los factores que se encontraron asociados a tener indicadores de depresión fueron el tener una educación media o inferior y el tener una mala o regular percepción de su salud.

Discusión

Existe una gran cantidad de investigaciones que buscan ahondar en el entendimiento de las conductas de riesgo para el VIH, una de las principales que ha abarcado una gran cantidad de estudios es el uso de condón, estos estudios nos han mostrado que existen una enorme cantidad de variables asociadas al uso consistente y/o inconsistente del mismo, sin embargo en el presente estudio nos enfocamos a una variable de salud mental como lo es la depresión.

Los resultados de nuestro estudio muestran que la asociación entre depresión y uso del condón no es estadísticamente significativa en la población latina VIH+ en ambos lados de la frontera Mex-E.U, contrario a lo que se hubiera esperado y contrario a lo que se ha observado en otros estudios con otras poblaciones (10, 13, 56, 57), esto puede deberse a diversos factores, pudiera ser que en efecto no haya una asociación o podría ser necesaria una muestra mas representativa de la población para poder determinar o descartar dicha asociación, no obstante sí encontramos una gran prevalencia de depresión entre nuestra población de estudio (57.8%) lo cual reafirma lo planteado previamente pues es necesario identificar las variables que están influyendo en nuestra población. La variable uso de condón se encontró asociada principalmente a la variable edad siendo el grupo de 21 a 35 años el que presento un mayor riesgo pues los resultados indican que son más propensos a no utilizar condón de manera consistente ($p=.01$). La variable de Depresión la encontramos principalmente asociada a Educación mostrándonos que la población con una educación media o inferior a esta tiene más indicadores de depresión ($p=.003$) esto nos puede hablar de una falta de recursos intelectuales para manejar la ansiedad que genera la condición seropositiva ya que en otros estudios esta variable también se ha encontrado asociada a la adherencia al tratamiento antirretroviral pues a mayor nivel educativo la gente muestra mayor apego al tratamiento pues es capaz de comprender su estado de salud y la importancia de los cuidados a seguir, (62) aunque también nos puede señalar una falta de programas o intervenciones que aborden esta situación ayudando a la población a entender su situación, a desarrollar mas recursos intelectuales y a tomar una participación activa en el cuidado de su salud. Así también encontramos que el percibir su salud como regular o mala esta también asociada a la depresión ($p=.002$) esta relación es

compleja pues algunos estudios muestran que la depresión impacta negativamente sobre la salud física del paciente VIH + lo cual va reflejarse en la percepción negativa de la propia salud que a su vez aumenta la depresión y así sucesivamente, sin embargo también este circuito funciona de manera inversa al mejorar la percepción, disminuyendo la depresión y favoreciendo la salud (63).

Otro aspecto que tomamos en cuenta fue la variable género pues sabemos que esta introduce muchos cambios a la hora de desarrollar e implementar estrategias de prevención, sin embargo al comparar mediante género no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a depresión y/o uso de condón sin embargo al ser una variable tan importante la mencionamos. El principal obstáculo que enfrentamos a la hora de poder detectar diferencias de género en nuestro estudio fue el hecho de que la prevalencia de mujeres en nuestra muestra es muy baja (20%) lo que no nos permite demostrar estadísticamente ninguna comparación de acuerdo al género, pero en esa pequeña población vemos que hay ligeramente una mayor depresión pero también un mayor uso de condón en el grupo de mujeres, esas pequeñas diferencias no sabemos a que se deben o si se mantengan en una población mayor, además de el resto de información valiosa que nos podría proporcionar una muestra representativa.

Al igual que todo trabajo de investigación el presente no está exento de limitaciones. Algunas ya las hemos mencionado, aun así, la principal es el diseño de estudio que es un corte transversal por lo que no podemos determinar causalidad de los síntomas depresivos, en que etapa se originaron o se superaron o detectar cambios, pero es un comienzo por entender la relación entre los aspectos de salud mental (depresión) y el conductas de riesgo (uso de condón) en una población en gran crecimiento y de reciente estudio. Otra limitación es el que sea un estudio secundario del Proyecto ACCESO, por lo que tuvimos poca población de mujeres para poder establecer diferencias de género y no se pudieron evaluar mas aspectos asociados a la depresión, por lo que futuros estudios deberían lograr una muestra más representativa de la población de mujeres y llevar a cabo un estudio que permita establecer relaciones en el tiempo. Entre las principales fortalezas es que se trata de un estudio binacional, donde la población de estados unidos y la de México fue seleccionada al mismo tiempo, lo que nos permite establecer similitudes y diferencias entre las poblaciones involucradas, asi como tener una imagen más completa de la realidad que se vive en la frontera México/Estados Unidos.

Es importante el hacer notar que el hecho de que el principal factor de riesgo para no utilizar condón en esta población fue el grupo de edad, lo que nos muestra hacia donde se deben enfocar mas las campañas de salud pública para concientizar una sexualidad más responsable y estudiar qué factores hay detrás de esta falta de conciencia de riesgo y de responsabilidad hacia los demás. Pues podemos teorizar en tentativas respuestas en base a lo que otros investigadores han encontrado como factores asociados a las conductas de riesgo en otras poblaciones VIH+, tal es el caso, del estigma, discriminación, drogadicción, depresión, por mencionar algunas variables que comúnmente afectan a las poblaciones vulnerables, sin embargo hasta no tener los datos concretos que nos pueda arrojar un próximo estudio respecto a esta población en particular no podemos más que especular.(12, 20, 22-24)

Si bien no observamos una asociación entre depresión y uso de condón si seria de suma importancia hacer un mejor estudio con una población más adecuada en tamaño y selección pues como mencionamos al inicio los aspectos de salud mental y su impacto suelen ser difíciles de percibir y medir por lo que los diseños de estudio deben ser bastante específicos para lo que se busca.

Conclusiones

Como hemos expuesto a lo largo de esta investigación en cada población existen diferencias entre las variables que se asocian a la depresión y al cuidado de la salud, es por eso que a veces no es fácil ni correcto establecer un programa o intervención de una manera arbitraria en base a resultados encontrados en otras poblaciones, por que corremos el riesgo de equivocarnos al generalizar, lo que nos lleva a veces a que los presupuestos se invierta inadecuadamente en un programa que no tendrá los resultados esperados, por eso es necesario el llevar a cabo estudios para poder conocer la situación de esta población para poder saber que estrategias son necesarias implementar para lograr llegar al objetivo. El presente estudio se desprende de un estudio de corte transversal cuya finalidad es la de todo estudio exploratorio, el comenzar a conocer más a fondo una población en aumento que enfrenta una problemática específica, y los resultados de este estudio como el del estudio del que se desprende nos permiten irnos dando cuenta de hacia donde debemos ir enfocándonos, en este caso logramos darnos cuenta de que

efectivamente hay una gran prevalencia de depresión en la población VIH+ de la frontera México-Estados Unidos, pudimos ver que el grupo de riesgo de no uso de condón es el que se encuentra entre las edades de 25 a 35, pero nos hacen falta más datos, mas estudios para poder determinar las correlaciones entre las variables que afectan a la población y después tal probar que intervenciones serian más efectivas para entonces si hacer un cambio positivo en la calidad de vida de esta población que cada vez lo necesita más.

- 30

18. Tallis V. Género y VIH/SIDA, informe general. BRIDGE Development-Gender [serial on the Internet]. 2002: Available from: www.ids.ac.uk/bridge/reports_gend_CEP.html.
19. Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Uribe-Zúñiga P. Dos décadas de la epidemia del SIDA en México. . CENSIDA2002.
20. Zambrana RE, Cornelius LJ, Sims-Boykin S, Saias-Lopez. D. Latinas and HIV/AIDS risk factors: implications for harm reduction strategies. *American Journal of Public Health*2004;94 No 7:1152-58.
21. Martinez-Donate AP, Hovell MF, Blumberg EJ, Zellner JA, Sipan CL, Shillington AM, et al. Gender differences in condom-related behaviors and attitudes among mexican adolescents living on the U.S.-Mexico border. *AIDS Education and Prevention*2004;16 No 2:172-86.
22. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública Mex*2002;44(6):554-64.
23. Brown A, Yung A, Cosgrave E, Killackey E, Buckby J, Stanford C, et al. Depressed mood as a risk factor for unprotected sex in young people. *Australasian Psychiatry*2006;Vol 14, No 3:110-12.
24. Kendall T, Herrera C, Caballero M, Campero L. HIV Prevention and men who have sex with women and men in México: Findings from a qualitative study with HIV-positive men. *Culture, Health & Sexuality*2007;9:459-72.
25. Ligouri A, González-Block M, Aggleton P. Bisexuality and HIV/AIDS in México. In: Aggleton P, editor. *Bisexuality and AIDS: international perspectives*. Londres: Taylor and Francis; 1996. p. 76-98.
26. Cáceres C. Male bisexuality in Peru and the prevention of AIDS. In: P A, editor. *Bisexuality and AIDS: International Perspectives*. Londres: Taylor and Francis; 1996. p. 138.
27. Carrillo H. *The night is young: sexuality in Mexico in the time of AIDS*. Chicago: The University of Chicago Press2002.
28. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex*2002;44 No 4:349-61.
29. Piña-López JA, Dávila-Tapia M, Sánchez-Sosa JJ, Togawa C, Cázares-Robles Ó. 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 Publica*2008;23 No 6:377-83.
30. Lehrer J, Shrier L, Gortmaker S, Buka S. Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviours among US middle and high school students. *Pediatrics*2006;118:189-200.
31. Stiffman A, Dore P, Cunningham R, Earls F. Person and environment in HIV risk behavior change between adolescence and young adulthood. *Health Education & Behavior*1995;22:211-26.
32. Sikkema KJ, Watt MH, Drabkin AS, Meade CS, Hansen NB, Pence BW. Mental health treatment to reduce HIV transmission risk behavior: a positive prevention model. *AIDS Behav*2010;14:252-62.
33. Ammassari A, Trotta M, Murri R, et, al. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *J Acquir Immune Defic Syndr*2002;31(Suppl 3):S123-7.
34. Vervoort S, Borleffs J, Hoepelman A, Grypdonck M. Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. *AIDS*2007;21(3):271-81.
35. Rajabiun S, Mallinson R, McCoy K, et, al. "Getting me back on track": the role of outreach interventions in engaging and retaining people living with HIV/AIDS in medical care. *AIDS Patient Care STDS*2007;21(Suppl 1):S20-9.

36. Mellins C, Kang E, Leu C, Havens J, Chesney M. Longitudinal study of mental health and psychosocial predictors of medical treatment adherence in mothers living with HIV disease. *AIDS Patient Care STDS*2003;17(8):407-16.
37. Mugavero M, Lin H, Willig J, et, al. Missed visits and mortality among patients establishing initial outpatient HIV treatment. *Clin Infect Dis*2009;48(2):248-56.
38. Yuen KSL, Lee TMC. Could mood state affect risk-taking decision? *Journal of Affective Disorders*2003;75:11-8.
39. Bradley M, Remien R, Dolezal C. Depression symptoms and sexual HIV risk behavior among serodiscordant couples. *Psychosom Med*2008;70(2):186-91.
40. Ryan K, Forehand R, Solomon S, Miller C. Depressive symptoms as a link between barriers to care and sexual risk behavior of HIV-infected individuals living in non-urban areas. *AIDS Care*2008;20(3):331-6.
41. Bousman C, Cherner M, Ake C, et, al. Negative mood and sexual behavior among non-monogamous men who have sex with men in the context of methamphetamine and HIV. *J Affect Disord*2009;119(1-3):84-91.
42. Valverde E, Cassetti I, Metsch L, et, al. Sex risk practices among HIV-positive individuals in Buenos Aires, Argentina. *AIDS Patient Care STDS*2009;23(7):551-6.
43. Klein H, Elifson K, Sterk C. Depression and HIV risk behavior practices among at risk women. *Womens Health*2008;48(2):167-88.
44. Reisner S, Mimiaga M, Skeer M, et, al. Clinically significant depressive symptoms as a risk factor for HIV infection among black MSM in Massachusetts. *AIDS Behav*2009;13(4):798-810.
45. Hart T, James C, Purcell D, Farber E. Social anxiety and HIV transmission risk among HIV-seropositive male patients. *AIDS Patient Care STDS*2008;22(11):879-86.
46. Reyes J, Robles R, Colon H, et, al. Severe anxiety symptomatology and HIV risk behavior among hispanic injection drug users in Puerto Rico. *AIDS Behav*2007;11(1):145-50.
47. Hutton H, Treisman G, Hunt W, et, al. HIV risk behaviors and their relationship to posttraumatic stress disorder among women prisoners. *Psychiatr Serv*2001;52(4):508-13.
48. Reisner S, Mimiaga M, Safren S, Mayer K. Stressful or traumatic life events, post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, and HIV sexual risk taking among men who have sex with men. *AIDS Care*2009;21(12):1481-9.
49. Kessler R, McGonagle K, Swartz M, Blazer D, Nelson C. Sex and depression in the National Comorbidity Survey: I. Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affective Disord*1993;29:85-96.
50. Nduna M, Jewkes R, Dunkle K, Jama-Shai N, Colman I. Associations between depressive symptoms, sexual behaviour and relationship characteristics:a prospective cohort study of young women and men in the Eastern Cape, South Africa. *Journal of the International AIDS Society*2010;13 No 44.
51. Rubin A, Gold M, Primack B. Associations between depressive symptoms and sexual risk behavior in a diverse sample of female adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*2009;22:306-12.
52. Chakrapani V, Newman P, Shunmugam M, Dubrow R. Prevalence and contexts of inconsistent condom use among heterosexual men and women living with HIV in India: implications for prevention. *AIDS Patient Care and STD's*2009;24 No. 1.
53. Kalichman S, Weinhardt L. Negative affect and sexual risk behavior: comment on Crepaz and Marks (2001). *Health Psychol*2001;20(4):300-1.

54. Kalichman SC, Eaton L, Cherry C, Pope H, White D, Amaral CM, et al. HIV Superinfection beliefs and sexual practices of people living with HIV/AIDS. *Sex Health* 2010;7 No 4:420-4.
55. Poudel KC, Poudel-Tandukar K, Yasuoka J, Limba M. HIV superinfection: another reason to avoid serosorting practice. *Lancet* 2007;370(9581):23.
56. Manji A, Peña R, Dubrow R. Sex, condoms, gender roles, and HIV transmission knowledge among adolescents in León, Nicaragua: implications for HIV prevention. *AIDS Care* 2007;19 No. 8:989-95.
57. Sarkar NN. Barriers to condom use. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2008;13 No 2:114-22.
58. Zúñiga-de-Nuncio ML. Barriers to Care and Treatment Practices in HIV+ Latinos in the US-Mexico Border Region. NIH (in press).
59. Grzwacz J, Hovey J, Seligman L, Arcury T, Quandt S. Evaluating short form version of the CES-D for measuring depressive symptoms among immigrants from Mexico. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 2006;28 No. 3:404-24.
60. Bojorquez-Chapela I, Salgado-de-Snyder N. Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies- Depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental* 2009;32 No. 4:299-307.
61. Kohout F, Berkman L, Evans D, Cornoni-Huntley J. Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. *J Aging Health* 1993;5:179-93.
62. Arrivillaga-Quintero M, López-Martínez J, Ossa-Toro AM. Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. *Pensamiento Psicológico* 2006;2 No. 7:55-71.
63. Arrivillaga M, Correa D, Varela M, Holguin L, Tovar J. Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. *Univ Psychol Bogota (colombia)* 2006;5 No 3:259-667.