

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE MUJERES EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA

Isabel C. Salazar Torres y Tatiana Vergara Vélez
Pontificia Universidad Javeriana de Cali (Colombia)

Resumen

El VIH/sida es una problemática de salud en la que los aspectos emocionales, afectivos y cognitivos tienen un papel relevante; no obstante, existe poca información acerca de estos, en las mujeres embarazadas. El propósito de este trabajo es describir y relacionar los niveles de depresión, ansiedad y percepción de control sobre la salud (PCS) y sobre eventos estresantes (PCEE) en 17 mujeres embarazadas con VIH/sida, quienes asisten a control médico. El estudio fue no experimental, transversal, descriptivo-correlacional. A partir de una entrevista y la aplicación de una batería de evaluación de variables psicológicas, se encontró que el 29,4% tenía niveles altos de ansiedad, el 23,5% depresión y el 5,9% bajos niveles de PCS y PCEE. Hubo correlación significativa, bilateral positiva entre la ansiedad y la depresión ($r= 0,731$; $p= 0,001$), y entre la ansiedad y la PCEE ($r= 0,683$; $p= 0,003$); y fue negativa entre la PCS y la ansiedad ($r= -0,870$; $p= 0,000$), la PCS y la depresión ($r= -0,767$ y $p= 0,000$), y la PCS y la PCEE ($r= -0,732$; $p= 0,001$). Se concluye que la ansiedad y la depresión son las principales alteraciones psicológicas que se relacionan entre sí y con la percepción de control en este grupo de mujeres.

PALABRAS CLAVES: *ansiedad, depresión, percepción de control, mujeres embarazadas, VIH/sida.*

Abstract

HIV/AIDS is a health problem in which emotional, affective and cognitive factors play an important role; nevertheless there is little information about them in pregnant women. The purpose of this study is to describe and establish relationships between depression, anxiety, health perception of control (HPC) and stressful events perception of control (SEPC) in 17 medically controlled pregnant women diagnosed with HIV/AIDS. The study was non-experimental and transversal with a

Este artículo hace parte de las líneas de investigación del Grupo «Psicología, Salud y Calidad de Vida» (<http://correo.puj.edu.co/psicosalud>) y estuvo cofinanciada por la Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia).

Correspondencia: Isabel C. Salazar Torres, Pontificia Universidad Javeriana, Calle 18 N° 118-250 Vía Pance, Cali (Colombia). E-mail: isalazar@puj.edu.co

descriptive-correlational design. Through an interview and questionnaires to evaluate psychological variables, it was found that 29.4% had high levels of anxiety, 23.5% had high levels of depression and 5.9% had low levels of de HPC and SEPC. There was a significant, bilateral and positive correlation between anxiety and depression ($r=0.731$; $p=0.001$), and between anxiety and SEPC ($r= 0.683$; $p= 0.003$); and a negative correlation between HPC and anxiety ($r= 0.870$; $p= 0.000$), HPC and depression ($r= -0.767$; $p= 0.000$), and HCP and SEPC ($r= -0.732$; $p=0.001$).

KEY WORDS: *anxiety, depression, perception of control, pregnant women, HIV/AIDS.*

Introducción

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida [sida] es una enfermedad crónica causada por el virus de inmunodeficiencia humana [VIH], el cual pertenece al género *lentiviridae* de la familia de los retrovirus y tiene como principal característica la generación de una infección lenta y persistente (Correa, 2005). El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA] (2005) expuso en su informe anual que en América Latina, entre el año 2003 y el año 2005, se presentaron 200.000 nuevos casos de niños y adultos diagnosticados con VIH/sida, dentro de los cuales 70.000 eran mujeres. De igual manera informó que los países con mayor número de personas con VIH/sida son Brasil, Argentina y Colombia, en los cuales éste es un tema de relevancia social y de preocupación para la salud pública.

Uno de los aspectos más significativos y que se relaciona con el planteamiento anterior, es el impacto psicológico que ocasiona el VIH en quienes son diagnosticados, así como, en sus seres queridos (Correa, Salazar y Arrivillaga, 2007), puesto que altera en gran medida las distintas áreas de funcionamiento individual y social, e interfiere con su calidad de vida. Según se conoce, la mayoría de los sujetos que conviven con el VIH/sida presentan altos niveles de ansiedad, depresión y baja percepción de control (Campos y Thomason, 1998; Remor, 2002; Remor y Carrobles, Arranz, Martínez y Ulla, 2001; Richardson, 1990). Remor *et al.* (2001) y Simoni y Ng (2002) plantearon que cuando una persona percibe su salud como deficiente altera sus comportamientos adaptativos, llegando a tener menores probabilidades de retornar a las actividades de su vida cotidiana, lo que genera, a su vez, mayor predisposición para que se presenten trastornos emocionales y afectivos.

En el caso de las mujeres embarazadas podría pensarse que lo dicho anteriormente, puede llegar a suceder. No obstante, la investigación con este grupo poblacional ha estado relegada y representa un núcleo de investigación relativamente nuevo. Concretamente, en cuanto a las variables psicológicas de ansiedad, depresión y percepción de control, no se tienen estudios que permitan establecer si se asocian o no con la enfermedad, lo que convierte a este trabajo en un antecedente empírico sobre la presencia de alteraciones psicológicas en las mujeres embarazadas con VIH/sida.

La *depresión* es un estado afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, desesperación, baja autoestima; la presencia de autorreproches y pensamientos e interpretaciones negativas; acompañado por retardo psicomotor o agitación, alejamiento del contacto interpersonal y síntomas vegetativos, tales como el insomnio y pérdida del apetito (*American Psychiatric Association [APA], 1994*;

Davison y Neale, 2002). Por su parte, *la ansiedad* es un estado o reacción emocional caracterizada por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como de activación o descarga del sistema nervioso autónomo ante una situación considerada como amenazante. En tal caso, se presentan además respuestas a nivel subjetivo-cognitivo y motor-conductual, que por su intensidad, duración y frecuencia pueden considerarse como una respuesta inapropiada (Álava *et al.*, 1999 citado por Davison y Neale, 2002; APA, 1994). Finalmente, *la percepción de control* es concebida como la creencia que tiene una persona acerca de poder determinar sus propios estados internos y sus conductas e influir en su medio o causar las consecuencias deseadas, y en esta medida aumentar su capacidad para controlarse a sí mismo y a las situaciones, siendo menos vulnerable (Wallston, Wallston, Smith y Dobbins, 1987 citados por Remor *et al.* 2001).

Teniendo en cuenta este panorama, conociendo la inexistencia de antecedentes investigativos con este grupo poblacional y teniendo por otro lado, la evidencia de la incidencia de los factores psicológicos en enfermedades crónicas y durante el embarazo, se plantearon dos objetivos principales, por un lado, identificar y describir los niveles de depresión, ansiedad y percepción de control sobre la salud y eventos estresantes en mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida y, por otra parte, evaluar la posible asociación entre dichas variables.

Método

Participantes

La muestra fue no probabilística y estuvo formada por 17 mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida, quienes asistían a instituciones de salud en Cali; tenían entre 18 y 31 años ($X=24,5$; $DT=4,3$), el 88,2% se infectó por vía sexual, el 64,7% era ama de casa, el 52,9% vivía fuera de la ciudad, el 35,3% vive con su grupo familiar más cercano, el 52,9% tenía pareja y el 82,4% pertenecía a un estrato socioeconómico bajo. Según su historial clínico no presentaban ningún trastorno psiquiátrico y el 17,6% había recibido tratamiento psicológico. El 70,6% no estaba tomando medicamentos antirretrovirales en el momento de la entrevista, y de las mujeres que sí los tomaban, el 76,9% expresó un nivel alto de satisfacción con el tratamiento; el 82,4% informó que no presentó ninguna enfermedad en los últimos tres meses.

Instrumentos

Se utilizó la «Entrevista de datos sociodemográficos, características biomédicas y psicosociales para mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida» de Arrivillaga, Correa, Holguín y Varela (2005) (Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín y Tovar, 2005), que cuenta con 26 ítems, de los cuales 24 tienen opciones de res-

puesta cerrada y dos son preguntas abiertas. Fue aplicada de manera individual en un tiempo aproximado de 30 minutos (Anexo 1). Además, se empleó la «Batería de evaluación de variables psicológicas en mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida» adaptada por Arrivillaga, Correa, Holguín y Varela (2005) (Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín y Tovar, 2005), que también es de aplicación individual y toma aproximadamente 30 minutos (Tabla 1; Anexo 2). Está compuesta por la «Escala de ansiedad y depresión en el hospital» (*Hospital Anxiety and Depresión Scale*, HAD; Zigmond y Snaith, 1983) traducida y adaptada al español por Bulbena y Berrios (1986) (Herrero, Blanch, Peri, De Pablo, Pintor, Bulbena, 2003), la subescala de Percepción de control sobre la salud de la «Encuesta general de salud» (Remor y Carrolles, Arranz *et al.* 2001) y la subescala de Percepción de control sobre eventos estresantes de la vida de la «Escala de estrés percibido» (*Perceived Stress Scale*, PSS-10; Cohen, Kamark y Mermelstein, 1983) traducida al español por Remor y Carrolles, 2001).

Tabla 1

Escalas e ítems para la medición de las variables psicológicas de las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida

<i>Variable Psicológica</i>	<i>Característica</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Ítem</i>
<i>Ansiedad</i>	Tensión muscular	HAD-A	1
	Miedo anticipatorio		3
	Preocupación		5
	Intranquilidad		7
	Activación fisiológica gástrica		9
	Agitación psicomotora		11
	Pánico o miedo intenso		13
<i>Depresión</i>	Poco disfrute	HAD-D	2
	Estado de ánimo depresivo		4
	Tristeza		6
	Enlentecimiento psicomotor		8
	Disminución del interés por el aspecto personal		10
	Pesimismo		12
	Disminución de actividades placenteras		14
<i>Percepción de control sobre la salud</i>	Capacidad para afrontar la infección por VIH/Sida	Encuesta general de salud	1
	Esfuerzo para afrontar la infección por VIH/Sida		2
	Hábitos de salud		3
<i>Percepción de control sobre eventos estresantes</i>	Control de dificultades en el último mes	Escala de estrés percibido	1
	Capacidad para controlar la mayoría de situaciones de la vida en el último mes		2
	Irritabilidad por falta de control sobre las situaciones		3

Procedimiento

Se realizó el contacto con las instituciones de salud a las cuales acudían las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida, con el fin de conseguir la autorización de los respectivos comités de ética. Posteriormente, se solicitó la participación voluntaria de las mujeres seleccionadas (con base en los criterios de la mayoría de edad, estado de embarazo e inexistencia de antecedentes psiquiátricos) y una vez conocieron los objetivos de la investigación se procedió con la firma del consentimiento informado y la respectiva aplicación de los instrumentos en entrevista individual. El análisis de los datos se efectuó mediante el *software Statistical package for social sciences* [SPSS] versión 13 para Windows.

Resultados

Descripción de las variables psicológicas

Con el objetivo de identificar las características psicológicas de las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida se utilizó la Escala de ansiedad y depresión en el hospital (*Hospital Anxiety and Depresión Scale*, HAD; Zigmond *et al.*, 1983) y se encontró que el 52,9% no presenta ansiedad, el 29,4% tenía un problema clínico de ansiedad y el 17,6% tuvo un puntaje no concluyente¹. De igual manera se encontró que el 64,7% de las participantes no presentó depresión, el 23,5% presentó problemas clínicos de depresión y el 11,8% obtuvo un puntaje no concluyente² (Tabla 2 y Figura1).

Tabla 2
Estadísticos descriptivos de las características psicológicas de las mujeres embarazadas con VIH/sida

Características psicológicas	n	Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Ansiedad	17	8,41	7	7*	5,568	0	19
Depresión	17	5,88	4	0	6,153	0	21
PCS	17	11,18	12	12	3,695	3	15
PCEE	17	8,94	9	9	2,304	3	13

* Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores.

-
- 1 Rangos que no confieren datos concluyentes.
 - 2 Ídem.

Al evaluar la relación de la *ansiedad* y la *depresión* con otras cuestiones se encontró que las mujeres que informaban que los antirretrovirales [ARV] tienen efectos físicos (p.ej., el 11,8% considera efectos físicos, tales como mareos, sed y vómito) y psicológicos (p.ej., el 11,8% señala la ansiedad, la tristeza y el llanto), o que presentaron algún tipo de enfermedad en los últimos tres meses o tuvieron algún evento estresante en ese período de tiempo (p.ej., el 64,7% afirma haber experimentado alguno, entre ellos el más común son los problemas de salud y la notificación del diagnóstico de VIH), obtuvieron mayores puntajes en ansiedad y depresión que aquellas que no (Tabla 3).

Tabla 3

Estadísticas descriptivas de la ansiedad y la depresión según factores biomédicos y psicosociales

Variables		Media	Desviación típica	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
<i>Ansiedad</i>					
1. Atribución de efectos físicos a los ARV	Si	14,50	6,364	10	19
	No	3,00	3,000	0	6
2. Atribución de efectos psicológicos a los ARV	Si	14,50	6,364	10	19
	No	3,00	3,000	0	6
3. Otras enfermedades en los últimos 3 meses	Si	13,33	4,933	10	19
	No	7,36	5,257	0	18
4. Eventos difíciles en los últimos 3 meses	Si	10,55	5,466	0	19
	No	4,50	3,332	0	10
<i>Depresión</i>					
1. Atribución de efectos físicos a los ARV	Si	13,50	0,707	13	14
	No	0,67	1,155	0	2
2. Atribución de efectos psicológicos a los ARV	Si	13,50	0,707	13	14
	No	0,67	1,155	0	2
3. Otras enfermedades en los últimos 3 meses	Si	8,33	5,508	3	14
	No	5,36	6,344	0	21
4. Eventos difíciles en los últimos 3 meses	Si	7,82	6,809	0	21
	No	2,33	2,251	0	6

En cuanto a la *percepción de control sobre la salud* [PCS] se encontró que el 58,8% de las mujeres presentó una PCS moderada, el 35,3% mostró niveles altos y el 5,9% tuvo una baja PCS y respecto a la *percepción de control sobre los eventos*

Figura 1

Resultados de la aplicación del HAD en mujeres embarazadas con VIH/sida

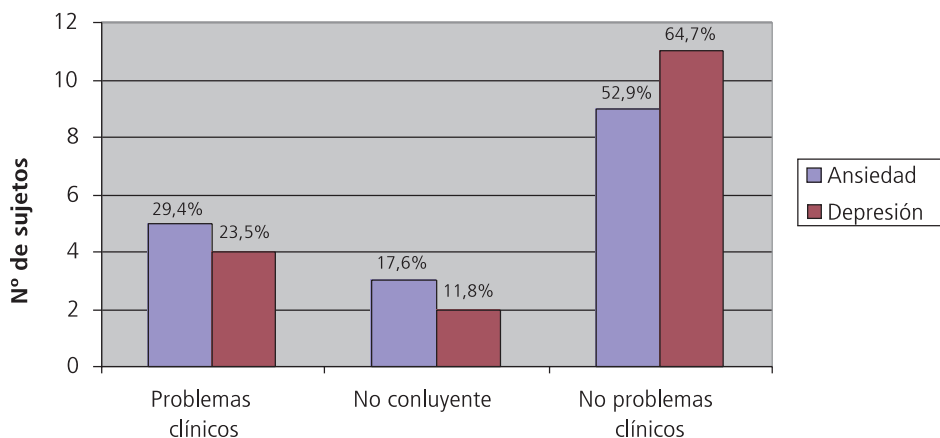
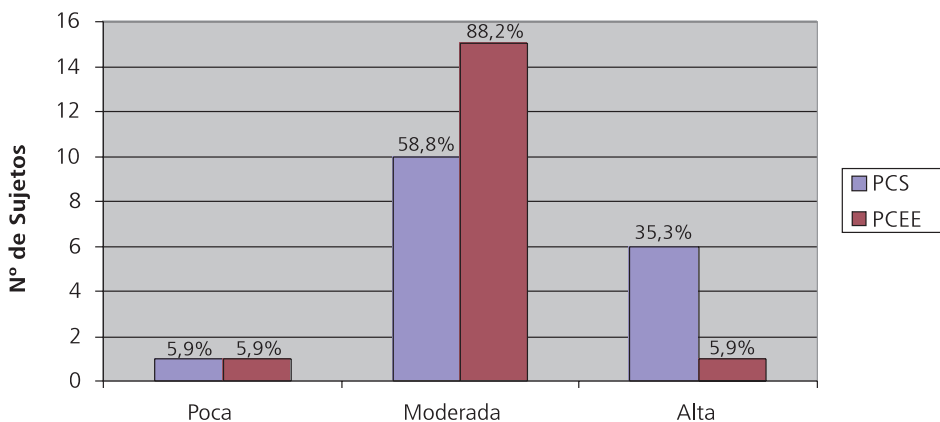


Figura 2

Niveles de percepción de control sobre la salud y los eventos estresantes en mujeres embarazadas con VIH/sida



estresante [PCEE], el 88,2% de las participantes tuvo una PCEE moderada, el 5,9% una PCEE alta y el 5,9% una baja PCEE (Tabla 2 y Figura 2).

Las mujeres que no consideraron que *los medicamentos antirretrovirales generan efectos físicos* tuvieron un nivel de PCS y de PCEE mayor que las que sí lo consideraron. Además, quienes le atribuyen efectos psicológicos a los ARV, tuvieron algún tipo de enfermedad o evento difícil en los últimos tres meses obtuvieron un puntaje menor de PCS y mayor de PCEE que las mujeres que consideraron lo contrario (Tabla 4).

Tabla 4

Estadísticas descriptivas de la PCS y la PCEE según factores biomédicos y psicosociales de las mujeres embarazadas con VIH/sida

Variables		Media	Desviación típica	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
<i>Percepción de control sobre la salud (PCS)</i>					
1. Atribución de efectos físicos a los ARV	Si	6,00	0,000	6	6
	No	14,67	0,577	14	15
2. Atribución de efectos psicológicos a los ARV	Si	6,00	0,000	6	6
	No	14,67	0,577	14	15
3. Otras enfermedades en los últimos 3 meses	Si	7,33	1,155	6	10
	No	12,00	3,530	3	15
4. Eventos difíciles en los últimos 3 meses	Si	10,09	3,780	3	15
	No	13,17	2,787	8	15
<i>Percepción de control sobre los eventos estresantes (PCEE)</i>					
1. Atribución de Efectos físicos a los ARV	Si	9,50	0,707	9	10
	No	8,00	1,000	7	9
2. Atribución de efectos psicológicos a los ARV	Si	9,50	0,707	9	10
	No	8,00	1,000	7	9
3. Otras enfermedades en los últimos 3 meses	Si	10,67	1,155	10	12
	No	8,57	2,344	3	13
4. Eventos difíciles en los últimos 3 meses	Si	89,55	1,753	7	13
	No	7,83	2,927	3	12

Análisis correlacional entre las variables psicológicas

En estas mujeres, la *ansiedad* correlacionó positivamente y de forma bilateral con la depresión ($r=0,731$; $p=0,001$) y con la percepción de control sobre eventos estresantes ($r=0,683$; $p=0,003$), lo que indica que a mayor niveles de ansiedad mayor nivel de depresión y de PCEE o que a menor ansiedad, menor depresión y PCEE (Tabla 5).

De igual manera se encontró que la PCS correlacionó negativamente y de manera significativa con la ansiedad ($r=-0,870$; $p=0,000$), con la depresión ($r=-0,767$ y $p=0,000$) y con la PCEE ($r=-0,732$; $p=0,001$) lo que quiere decir que cuando hay niveles altos de PCS hay niveles bajos de ansiedad, depresión y PCEE o viceversa. También se halló una baja correlación entre la depresión y la PCEE (Tabla 5).

Finalmente, no se encontró una asociación significativa entre la ansiedad, la depresión, la PCS y la PCEE con las variables edad y tiempo de embarazo (Tabla 10).

Tabla 5
Correlación de la ansiedad, la depresión, la PCS, la PCEE,
la edad y el tiempo de embarazo

<i>Variables</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Depresión</i>	<i>PCS</i>	<i>PCEE</i>
<i>Semanas de embarazo</i>	r = 0,141 p = 0,601	r = 0,405 p = 0,119	r = - 0,345 p = 0,191	r = 0,021 p = 0,938
<i>Edad</i>	r = 0,307 p = 0,230	r = 0,188 p = 0,471	r = - 0,411 p = 0,101	r = 0,365 p = 0,150
<i>Ansiedad</i>	1	r = 0,731** p = 0,001	r = - 0,870** p = 0,000	r = 0,683** p = 0,003
<i>Depresión</i>	r = 0,731** p = 0,001	1	r = - 0,767** p = 0,000	r = 0,420 p = 0,093
<i>PCS</i>	r = - 0,870** p = 0,000	r = - 0,767** p = 0,000	1	r = - 0,732** p = 0,001
<i>PCEE</i>	r = 0,683** p = 0,003	r = 0,420 p = 0,030	r = - 0,732** p = 0,001	1

** La correlación es significativa al nivel de 0,01 (bilateral)

Discusión

La presencia de dificultades a nivel psicológico, como la depresión, la ansiedad y la baja percepción de control en mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH no ha sido muy informada en la literatura científica. Este estudio, a pesar de la limitación que constituye el hecho de ser transversal y de tener un grupo reducido de mujeres, permite una aproximación empírica al tema. En primer lugar, la hipótesis sobre la existencia de estas problemáticas clínicas en mujeres embarazadas VIH+ se confirma, sin embargo, la prevalencia parece no ser tan significativa si se compara con el grupo de participantes que no tienen ni depresión, ni ansiedad y que su percepción de control es moderada y alta. En segundo lugar, se pudo establecer una correlación significativa ($p < 0,01$), bilateral y positiva entre la ansiedad y la depresión, una asociación negativa entre la ansiedad y la percepción de control sobre los eventos estresantes (PCEE); así como, entre la percepción de control sobre la salud (PCS) y la ansiedad, la PCS y la depresión y, la PCS y la PCEE.

Específicamente, esta investigación mostró una mayor presencia de ansiedad que del resto de características psicológicas evaluadas, lo que concuerda con el planteamiento de Moscoso (1995), quien afirma que existe suficiente evidencia empírica de que la ansiedad es una de las reacciones más comunes en las personas diagnosticadas con VIH/sida.

Así mismo, se corroboró los planteamientos de Castillo, González, Hincapié, y García, (1995) y Richardson (1990) acerca de que la ansiedad y la depresión son algunas de las alteraciones psicológicas que se presentan en las personas diagnosticadas con VIH/sida y en este caso supera incluso la incidencia de otros aspectos como la PCS y la PCEE.

Al analizar concretamente los casos en los cuales se presentaron problemas clínicos de ansiedad y de depresión, se encontró que existen diferentes factores que pudieron influir en su aparición. El primero, hace referencia a los efectos de los medicamentos que pueden alterar emocionalmente al sujeto que los toma, ya sea por sus efectos físicos o por los efectos psicológicos (Kumarasamy *et al.*, 2005; Mocroft *et al.*, 2001; Catz *et al.*, 2000, Duran *et al.*, 2001, Jain *et al.*, 2001, Reynolds y Neidig, 2002, Schrooten *et al.*, 2001 citados por Reynolds, 2003; Spire *et al.*, 2002).

El segundo factor corresponde a la presencia de otras enfermedades (asociadas incluso a una elevada carga viral y pocos CD4) (Berg *et al.*, 2004; Mocroft *et al.*, 2001). En estos casos, la situación puede constituir una amenaza (a la salud y la vida) para las mujeres, ocasionándoles ansiedad y desequilibrio emocional al percibirse más vulnerables e interferir en su funcionamiento cotidiano. El tercer factor es la presencia de eventos estresantes (Carballo *et al.*, 2004; Kalichman *et al.*, 2001; Roberts y Mann, 2003; Richardson, 1990; Spire *et al.*, 2002) durante los últimos tres meses, el cual fue el más significativo, ya que no sólo estuvo presente en todos los sujetos que mostraron problemas clínicos de ansiedad y de depresión, sino en los sujetos que tuvieron poca percepción de control sobre la salud y sobre los eventos estresantes. Frente a esto último, podría plantearse que parte de sus reacciones afectivas y emocionales pueden estar ocasionadas por factores de tipo biológico, pero también por aquellos de tipo psicológico, como el incremento de la sensibilidad a los pensamientos negativos y desesperanzadores, o las anticipaciones negativas que impiden tener un adecuado afrontamiento ante las situaciones difíciles que se le presentan.

Otro aspecto que se resalta, es que los hallazgos en este trabajo respecto a las correlaciones entre la ansiedad, la depresión y la percepción de control son contrarios a los de Campos y Thomason (1998), Remor (2002), Remor *et al.* (2001) y Richardson (1990), quienes plantean que la mayoría de las personas con VIH/sida presentan altos niveles de depresión y ansiedad y baja percepción de control. En dichos estudios, no se han planteado las diferencias de sexo y tampoco se refieren al estado de embarazo de las participantes; razón por la cual se considera que éstas serían algunas de las variables que podrían ser tenidas en cuentas en otras investigaciones.

El hecho de que las participantes que presentan alta percepción de control sobre la salud tengan, a su vez, bajos niveles de ansiedad y depresión permite corroborar lo planteado por Cohen, Glass y Phillips (1987) citados por Remor *et al.* (2001), quienes afirman que una forma de influir sobre los acontecimientos vitales consiste en cambiar las creencias de control, pues una adecuada adaptación parece estar estrechamente relacionada con el restablecimiento del sentido de control o dominio sobre esos eventos, ya que más importante que la magnitud del estímulo estresante, es la percepción que tiene la persona sobre él, debido a que esto puede afectar su funcionamiento, la forma de afrontar ese evento estresante, y por ende su estado emocional. Así mismo, pueden tener un mayor nivel de percepción de control sobre la salud las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida que no presentan tantos eventos estresantes, como lo son la percepción de efectos físicos debida a los medicamentos antirretrovirales y la presencia de enfermedades en los últimos tres meses (Vergara, 2006).

Lo mismo sucede con lo planteado por Griffin y Rabkin (1998) acerca de que las personas que pueden sentir mayor control sobre la enfermedad se encuentran mejor psicológicamente, así ese control percibido sea sobre algunos aspectos pequeños de la enfermedad que propicien el mantenimiento de una buena calidad de vida. En este sentido se puede concluir que cuando una persona percibe su salud como deficiente o que sus padecimientos interfieren con su vida, se altera su función adaptativa, llegando a tener menores probabilidades de retornar a las actividades de su vida cotidiana (Remor *et al.*, 2001; Simoni y Ng, 2002), generando mayor predisposición para que se presenten trastornos de ansiedad o depresión.

Sin embargo, aunque esos planteamientos son válidos es muy interesante considerar los resultados del presente estudio, que se refieren a la correlación de la ansiedad con la percepción de control sobre eventos estresantes, puesto que ellos difieren de lo encontrado por Remor *et al.* (2001) y Simoni y Ng (2002). En este caso, las mujeres que tenían altos niveles de ansiedad también presentaban altos niveles de percepción de control sobre los eventos estresantes, y viceversa. Posiblemente, esta situación se deba a que las participantes le dan mayor importancia al tema de la salud que a otros eventos estresantes, por lo cual sus estados de ansiedad dependerán en gran medida en que tengan «controlado» este tema. En otras palabras, las mujeres presentan una percepción selectiva a su situación de salud y las respuestas o acciones que debe ejecutar al respecto, ya que se focalizan en este estímulo por una necesidad inminente y disminuyen la percepción y concentración de otros estímulos o situaciones estresantes, lo cual les permite tener un mayor equilibrio a nivel cognitivo y emocional.

Al igual que la relación mencionada anteriormente, se halló que la percepción de control sobre la salud correlacionó negativamente con la percepción de control sobre eventos estresantes. Este hallazgo resulta contrario con lo que han encontrado otros investigadores (Livingston, 1988 citado por Campos y Thomason, 1998; Menec, Chipperfield y Perry, 1999), por lo cual es necesario realizar un análisis más detallado, con un mayor número de mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida.

Los eventos estresantes que ocasionaron un mayor impacto en las variables principales del estudio (ansiedad, depresión y percepción de control) fueron la atribución de efectos físicos y psicológicos a la toma de los antirretrovirales, la presencia de enfermedades en los últimos tres meses y la presencia de eventos difíciles también durante este tiempo. Como bien puede observarse, todos se refieren a los aspectos específicos de la infección por VIH/sida. Estos hallazgos permiten verificar lo planteado por Livingston (1988) citado por Campos y Thomason (1998), quienes argumentan que los estímulos estresantes a los que se enfrentan las personas diagnosticadas con VIH/sida son más elevados que aquellos de la población general, por lo cual perciben su situación como poco controlable. Así mismo, cuando el sujeto conoce su diagnóstico de VIH/sida, lo percibe como amenazante para su vida, puesto que es una enfermedad que no tiene cura y lleva a que se den una serie de alteraciones en el funcionamiento personal (Campos y Thomason, 1998).

Así mismo, es relevante mencionar que sumado a los eventos estresantes mencionados anteriormente, las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida que hicieron parte de este estudio, también se ven expuestas a otras situaciones

estresantes como: la atención deshumanizada, en algunos casos, por parte de los profesionales de la salud; las largas filas para ser atendidas por el personal médico; la discriminación por parte de la sociedad; duelos constantes; dificultades con su pareja y familia; problemas económicos y sobre todo el temor morir y de contagiar o hacer daño a su bebé. Estas diversas situaciones generan en las mujeres embarazadas VIH+ alteraciones a nivel emocional como rabia, culpa, tristeza, temor, entre otras, que si permanecen constantes pueden afectar su salud y la del bebé, al alterar las defensas del organismo.

Otro asunto importante de la investigación fue que la mayoría de las mujeres están en la etapa de la adultez joven, son amas de casa y adquirieron el VIH por vía sexual, lo cual concuerda con algunos aspectos del informe anual de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali [SSPMC], según el cual, en el 2005 se presentaron 770 casos nuevos confirmados de VIH/sida en la ciudad, de los cuales 305 eran mujeres y de éstas, 61 eran gestantes; y la principal fuente de transmisión de la infección fue la vía sexual (SSPMC, 2005). Así mismo, el informe de ONUSIDA (2004) revela una alta prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15-24 años en diversos países.

Estos datos permiten pensar, con mayor insistencia, en la posibilidad de que las mujeres que tienen estas condiciones psicosociales, sumadas ya a sus condiciones anatómicas, pueden ser un grupo vulnerable. Es importante recordar que el virus se trasmite más fácilmente de hombres a mujeres y que las amas de casa generalmente han adquirido el VIH de sus parejas «estables» (ONUSIDA, 2004; García *et al.*, 2005 citados por ONUSIDA, 2005; Rao, 2004 y Vélez, 2005), probablemente porque las condiciones económicas y socio-culturales que las rodean, les impide protegerse del VIH/sida debido a la desigualdad en las relaciones de género que establecen con sus compañeros (García *et al.*, 2005 citados por ONUSIDA, 2005; Rao, 2004).

Finalmente, es importante mencionar que los hallazgos de este estudio tienen algunas limitaciones debido a cuatro condiciones: la primera, corresponde al tamaño de la muestra del estudio, el cual no permite generalizar los resultados; la segunda condición es que la mayoría de las mujeres entrevistadas pertenece a un servicio de salud, con el cual se sienten satisfechas por la asistencia recibida, lo que permite disminuir la preocupación acerca de los altos costos del tratamiento, y por otro lado, que tienen un manejo médico y psicológico, en algunos casos, que las orienta en el cuidado correspondiente a su embarazo y al VIH/sida; la tercera condición es que más de la mitad de los sujetos cuenta con buenas redes sociales de apoyo, aspecto primordial para tener un buen afrontamiento ante el diagnóstico (Carrobes, Remor y Rodríguez, 2003; Gallar, 1998); y la cuarta condición se refiere a que la toma de medicamentos antirretrovirales pueden generar efectos secundarios tanto a nivel psiquiátrico como somático, lo que puede llevar a trastornos psicológicos como depresión y ansiedad y a una baja percepción de control sobre la salud y percepción de control sobre eventos estresantes (Millar, 2003), pero sólo el 29,4% de la muestra se encuentra tomando estos medicamentos, lo que representa una minoría del total de las participantes. En términos metodológicos, que el estudio sea transversal impide saber si sus reacciones psicológicas son transitorias y corresponden a una etapa identificable dentro de la historia de la enfermedad o si son permanentes o recurrentes.

De cualquier modo, los datos de esta investigación permiten considerar como prioritaria la intervención sobre los problemas emocionales que enfrentan esta mujeres, a pesar que en esta muestra la ansiedad y la depresión y aún más la percepción de control hayan estado presentes en porcentajes relativamente bajos. El apoyo psicológico podría contribuir a una mejor calidad de vida, así como las medida de autocuidado de las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida, tal como lo afirman Luque (2001) y Nieto, Abad, Esteban y Tejerín (2004), debido a que aumenta el control sobre la enfermedad (Griffin y Rabkin, 1998).

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M. T., Holguín, L. E. y Tovar, J. R. (2005). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/sida: un estudio correlacional. *Universitas Psychologica*, 5, 659-667.
- Berg, K. M., Demas, P. A., Howard, A. A., Schoenbaum, E. E., Gourevitch, M. N. y Arnsten, J. H. (2004). Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1111-1117.
- Campos, P. y Thomason, B. (1998). Intervenciones cognitivo-conductuales en personas con VIH/sida. En V. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Carballo, E., Cadarso-Suárez, C., Carrera, I., Fraga, J., De la Fuente, J., Ocampo, A., Ojea, R. y Prieto, A. (2004). Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*, 13, 587-599.
- Castillo, G., González, J., Hincapié, H. y García, G. (1995). Efectos de un programa de asesoría psicológica sobre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 89-99.
- Correa, A. L. (2005). El Virus de la inmunodeficiencia humana. En J. Betancur, A. Correa, S. Estrada y B. Orozco (dirs.), *Manual de VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Correa, D., Salazar, I. y Arrivillaga, M. (2007). Impacto emocional e intervención psicológica con personas diagnosticadas con VIH/sida. En M. Arrivillaga, D. Correa e I. C. Salazar (dirs.), *Psicología de la Salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: Manual Moderno.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Davison, G. C. y Neale, J. M. (2002). *Psicología de la conducta anormal DSM- IV*. México, D. F.: Limusa Wiley.
- Gallar, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Editorial Parinfo.
- Griffin, K. y Rabkin, J. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance, and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 407-425.
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J, Pintor, L., Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
- Kalichman, S. C., Rompa, D., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., Luke, W. et al. (2001). HIV treatment adherence in women living with HIV/AIDS: research based on the information-

- motivation-behavioral skills model of health behaviour. *Journal of the Association of Nurses in AIDS CARE*, 12, 58-67.
- Kumarasamy, N., Safren, S. A., Raminani, S. R., Pickard, R., James, R., Krishnan, S. et al. (2005). Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among patients with HIV in Chennai, India: a qualitative study. *AIDS patient care and STDs*, 19, 526-537.
- Luque, R. (2001). *El sida en primera persona*. Bogotá, D.C.: Panamericana Editorial.
- Menec, V., Chipperfield, J. y Perry, R. (1999). Self-perception of health: a perspective analysis of mortality, control y health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54b, 85-93.
- Millar, L. (2003). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes enfermos de sida de la región del Bío Bío. *Psykhé*, 12, 145-160.
- Mocroft, A., Youle, M., Moore, A., Sabin, C. A., Madge, S., Cozzi Lepri, A. et al. (2001). Reasons for modification and discontinuation of antiretrovirals: results from a single treatment centre. *AIDS*, 15, 185-194.
- Moscoso, M. (1995). Manejo cognitivo-conductual del estrés en individuos VIH-1 seropositivos. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 39-53.
- Nieto, J., Abad, M. A., Esteban, M. y Tejerín, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud*. Madrid: McGraw-Hill.
- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2004). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Recuperado el 5 de noviembre de 2005, de http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_sp/UNAIDSGlobalReport2004_sp.pdf
- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2005). *Situación de la epidemia de sida: diciembre de 2005, América Latina*. Recuperado el 2 de enero de 2006, de http://www.unaids.org/epi2005/doc/EPLupdate2005_pdf_sp/Epi_09_sp.pdf
- Rao, G. (2004). Globalization, women and the HIV/AIDS epidemic. *Peace Review*, 16, 79-83.
- Reynolds, N. R. (2003). The problem of antiretroviral adherence: a self-regulatory model for intervention. *AIDS CARE*, 15, 117-124
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Remor, E. A., Carrobbles, J. A., Arranz, P., Martínez, A. y Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y sida. *Psicología Conductual*, 9, 323-336.
- Remor, E. y Carrobbles, J. (2001) Versión española de la escala de estrés percibido (PSS-4): estudio psicométrico en una muestra VIH positiva. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Richardson, D. (1990). *La mujer y el sida*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Roberts, K. y Mann, T. (2003). Adherence to antiretroviral medications in HIV/AIDS care: a narrative exploration of one woman's foray into intentional nonadherence. *Health Care for Women International*, 24, 552-564.
- Secretaría de Salud Pública Municipal (2005). *Informe anual de VIH/sida*. Santiago de Cali.
- Simoni, J. M. y Ng, M. T. (2002). Abuse, health locus of control, and perceived health among HIV-positive women. *Health Psychology*, 21, 89-93.
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Leport, C., Raffi, F. et al. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science y Medicina*, 54, 1481-1496.
- Vélez, L. (2005). VIH: tratamiento de la mujer embarazada y prevención de la transmisión vertical. En J. Betancur, A. Correa, S. Estrada y B. Orozco (dirs.), *Manual de VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Vergara, T. (2006). *Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida*. Trabajo de grado sin publicar, Pontificia Universidad Javeriana, Cali.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Anexo 1

Entrevista de datos sociodemográficos, características biomédicas y psicosociales
para mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida
(Grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, 2005)

Por medio de esta entrevista se pretende obtener algunos datos sociodemográficos e información sobre su estado de salud. Los datos que se recogen son de carácter absolutamente confidencial, de manera que puede responder con la mayor libertad y sinceridad posible. Cualquier inquietud sobre la entrevista pregúntesela al terapeuta para resolver sus dudas.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Código de la Historia Clínica:	Código de identificación de la institución:
Código de identificación de la paciente:	Teléfono:
¿Cuánto tiempo de embarazo tiene? ____ semanas	
1. ¿Cuál es su edad? ____ años	2. ¿Cuál es su lugar de residencia?
3. ¿Con quién vive? - Grupo familiar cercano (papá, mamá, hermanos) - Otros familiares - En casa de familia distinta a la propia - Pareja e Hijos - Pareja - Amigos o compañeros - Solo - Otros	- Cali - Ciudad diferente a Cali - ¿Cuál?: _____
	4. ¿Cuál es su estrato socio-económico? 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____
	5. ¿Cuál es su nivel educativo?
	- Sin escolaridad - Primaria Año ____ - Bachillerato Año ____ - Técnico - Pregrado (licenciatura) - Postgrado
	6. ¿Cuál es su ocupación actual?
7. ¿Cuánto tiempo de embarazo tiene? ____ semanas	8. a) ¿Tiene pareja actualmente? ____ Sí ____ No b) ¿Su pareja actual es el padre del bebé? ____ Sí ____ No ____ No sabe c) ¿Su pareja actual está diagnosticada con VIH/sida? ____ Sí ____ No
9. ¿Tiene otros hijos diagnosticados con VIH/sida? ____ Sí ____ No	

II. CARACTERÍSTICAS BIOMÉDICAS Y PSICOSOCIALES:

10. ¿Actualmente está tomando medicamentos antirretrovirales? Sí ____ No ____
11. En general, ¿usted piensa que los medicamentos le producen efectos físicos? No ____ Sí ____ ¿Cuáles?
12. En general, ¿usted piensa que los medicamentos le producen efectos psicológicos? No ____ Sí ____. ¿Cuáles?

13. ¿Qué tipo de servicio de salud cubre su tratamiento y/o control por VIH/sida?
 14. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con la atención recibida (1 baja satisfacción y 5 alta satisfacción)?

Servicio de Salud	Nivel de Satisfacción				
SISBEN	1	2	3	4	5
EPS	1	2	3	4	5
Medicina Prepagada	1	2	3	4	5

15. ¿Realiza el control prenatal mensual? Si ____ No ____

16. ¿Ha utilizado otro tipo de tratamientos para el VIH/sida?

No ____ Tratamiento psicológico ____ Tratamiento psiquiátrico ____
 Medicina alternativa ____ Otros ¿Cuál(es):

17. ¿Ha tenido alguna otra enfermedad en los últimos tres meses? No ____ Si ____
 ¿Cuál(es)?

18. ¿De las personas cercanas, quién conoce su diagnóstico por VIH/sida?

Nadie ____ Pareja ____ Padre del bebé ____ Familiares ____ Amigos ____ Otros ¿Quién(es)?:

19. De las siguientes personas ¿de quién considera que recibe apoyo para afrontar el VIH/sida?

- Pareja
- Familiares ¿Quién(es)? _____
- Amigos
- Grupos de apoyo o autoapoyo.
- Vecinos
- Profesionales de la salud
- Ninguno de los anteriores
- Otros ¿Cuáles? _____
- De ninguno

20. ¿Usted conoció su diagnóstico por VIH/sida antes del embarazo? No ____ Si ____

21. ¿Cuál(es) de los siguientes métodos de planificación familiar utilizaba antes de su embarazo?

No utilizaba ____ Ritmo ____ Píldora ____ Condón ____
 Dispositivo Intrauterino ____ Inyección ____ Norplan (pila) ____
 Otro ¿Cuál?

22. ¿Su embarazo fue planeado?
23. Si contestó afirmativamente las tres preguntas anteriores, ¿qué la llevó a decidir continuar con su embarazo?
24. En algún momento de su embarazo ¿pensó en el aborto? No ____ Si ____ ¿Por qué?
25. a) ¿Su pareja conoce su diagnóstico por VIH/sida? No ____ Si ____ No aplica ____ b) ¿El padre del bebé conoce su diagnóstico por VIH/sida? No ____ Si ____ No aplica ____
26. a) ¿Su pareja está de acuerdo con su embarazo? No ____ Si ____ No aplica ____ b) ¿El padre del bebé está de acuerdo con su embarazo? No ____ Si ____ No aplica ____
27. De las siguientes personas ¿de quién considera que recibe apoyo para afrontar su embarazo? <ul style="list-style-type: none"> — Pareja — Familiares ¿Quién(es)? _____ — Amigos — Grupos de apoyo o autoapoyo. — Vecinos — Profesionales de la salud — Ninguno de los anteriores — Otros ¿Cuáles? _____ — De ninguno
28. ¿Ha tenido algún evento difícil que la haya alterado emocionalmente en los últimos tres meses?
29. ¿Qué tipo de problema(s) la ha(n) alterado emocionalmente en los últimos tres meses? Problemas de pareja ____ Problemas familiares ____ Problema ocupacional/laboral ____ Problemas económicos ____ Problema de salud ____ Ampliar cuál(es): Observaciones o datos importantes: <i>(consignarlas en la cara posterior de la hoja)</i>

Anexo 2

Batería de evaluación de variables psicológicas en mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH/sida» (adaptada por el Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, 2005)

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Código de identificación de la paciente:	Código de la institución:
Fecha de aplicación:	<input type="checkbox"/> Mujer embarazada <input type="checkbox"/> Mujer no-embarazada

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL

(*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HAD; Zigmond y Snaith, 1983)
 Traducción y adaptación al español por Bulbena y Berrios (1986)

A través de este cuestionario se pretende conocer más sobre sus sentimientos. Lea cada frase y escoja la respuesta que más se ajusta a la forma como se sintió la semana pasada, sin pensar mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta rápidamente, sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada. Ésta información es de carácter confidencial.

1. Me siento tensa o nerviosa (3) Todos los días (2) Muchas veces (1) A veces (0) Nunca	8. Me siento como si cada día estuviera más lenta (3) Casi todo el tiempo (2) Frecuentemente (1) A veces (0) Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba (0) Como siempre (1) No lo suficiente (2) Sólo un poco (3) Nada	9. Tengo una sensación extraña, como de «aleteo» en el estómago (0) Nunca (1) En ciertas ocasiones (2) Con bastante frecuencia (3) La mayoría de las veces
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a pasar (3) Definitivamente, y es muy fuerte (2) Sí, pero no es muy fuerte (1) Un poco, pero no me preocupa (0) Nada	10. He perdido interés en mi aspecto personal (3) Totalmente (2) Mucho (1) Un poco (0) Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas (0) Al igual que siempre lo he hecho (1) Ahora no tanto (2) Casi nunca (3) Nunca	11. Me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme (3) Totalmente (2) Mucho (1) Un poco (0) Nada
5. Tengo muchas preocupaciones (3) La mayoría de las veces (2) Con bastante frecuencia (1) A veces, aunque no muy seguido (0) Sólo en ocasiones	12. Me siento optimista respecto al futuro (0) Igual que siempre (1) Menos que antes (2) Mucho menos que antes (3) Nada optimista
6. Me siento alegre (3) Nunca (2) No muy seguido (1) A veces (0) Casi siempre	13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico o miedo intenso (3) Muy frecuentemente (2) Frecuentemente (1) Pocas veces (0) Nunca
7. Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada (0) Siempre (1) Frecuentemente (2) Pocas veces (3) Nunca	14. Me divierto leyendo, escuchando la radio o viendo televisión (0) Frecuentemente (1) Algunas veces (2) Pocas veces (3) Rara vez

Nota: Los números que aparecen entre paréntesis frente a las opciones de respuesta, son los puntajes que deben asignarse en caso de que la paciente conteste esa opción.

ENCUESTA GENERAL DE SALUD.

SUBESCALA DE PERCEPCIÓN DE CONTROL SOBRE LA SALUD

(*Perceived Stress Scale, PSS-10; Cohen, Kamark y Mermelstein, 1983*)

Traducido al español por Remor y Carboles (2001)

Las siguientes preguntas están relacionadas con su estado de salud, escoja la opción que más se ajusta a lo que usted piensa y hace respecto a su enfermedad.

Ítem	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Mucho	Ampliación
1. Hasta qué punto se siente capaz de hacerle frente a la infección por VIH/Sida	1	2	3	4	5	
2. Hasta qué punto le cuesta un esfuerzo afrontar la infección por VIH/Sida	5	4	3	2	1	
3. Hace algo que considera beneficioso para su salud	1	2	3	4	5	

Nota: Los números que aparecen en las casillas de las opciones de respuesta, son los puntajes que deben asignarse en caso de que la paciente conteste esa opción.

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO
SUBESCALA DE PERCEPCIÓN DE CONTROL SOBRE EVENTOS ESTRESANTES
DE LA VIDA

(*Perceived Stress Scale, PSS-10; Cohen, Kamark y Mermelstein, 1983*)

Traducido al español por Remor y Carboles (2001)

En las siguientes preguntas escoja la opción que más se parezca a su situación actual en el último mes.

Ítem	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Casi siempre	Siempre	Ampliación
1. En el último mes, ¿ha podido controlar las dificultades de su vida?	1	2	3	4	5	
2. En el último mes, ¿ha sentido que es capaz de controlar la mayoría de situaciones en su vida?	5	4	3	2	1	
3. En el último mes, ¿se ha enfadado porque las cosas que le han ocurrido han estado fuera de su control?	1	2	3	4	5	

Nota: Los números que aparecen en las casillas de las opciones de respuesta, son los puntajes que deben asignarse en caso de que la paciente conteste esa opción.