

## ¿VIOLENCIA PSICOLÓGICA LABORAL SOBRE PORTADORES DE VIH? RELACIONES CON INDICADORES DE BIENESTAR Y DE DEPRESIÓN

## PSYCHOLOGICAL VIOLENCE AT WORK ON HIV CARRIERS? RELATIONS WITH WELFARE AND DEPRESSION INDICATORS

Nino del Castillo Martín <sup>1</sup>  
Jorge Juan Román Hernández <sup>2</sup>  
Félix Jesús Amador Romero <sup>3</sup>  
María del Carmen Perdomo Hernández <sup>4</sup>  
Aymée Caridad Pulido Díaz <sup>5</sup>

### RESUMEN

El estudio tuvo como objetivos describir la eventual percepción de violencia psicológica en el trabajo, así como explorar la presencia de síntomas de depresión y de indicadores de bienestar en población con VIH. Se realizó un estudio descriptivo de tipo observacional con diseño de corte transversal empleando un muestreo no probabilístico. Se incluyó en la selección de sujetos a personas con VIH que acudieron a reconsultas entre enero y diciembre de 2010. La muestra quedó conformada por 102 sujetos. La media de la edad fue de 36,8 años; la mediana de la escolaridad fue de 10 grados; la mediana de años desde que fueron diagnosticados como portadores fue de 5 años. A los trabajadores seleccionados se les explicaron los objetivos, procedimientos y tareas del estudio y se les solicitó autorización para incluirlos en el mismo. Se les administró el Cuestionario sobre Bienestar Psicológico; el *Leymann Inventory of Psychological Terrorization*; y el Test de Depresión de Zung. En los resultados sobre la eventual percepción de violencia psicológica en el trabajo se evidencian valores mínimos en los indicadores del instrumento; el grupo parece poseer índices de salud mental, al encuestárseles sobre síntomas de depresión prevalecen los sujetos que pueden ser categorizados como sin depresión y con depresión leve. Para profundizar en el marco conceptual, en un mayor entendimiento de la interrelación entre los factores de riesgo laborales, entre los cuales está la violencia, y la salud de las personas con VIH, convendrán, probablemente, emplearse métodos mixtos, integrando la investigación cuantitativa y la cualitativa.

**Palabras clave:** violencia laboral, VIH, bienestar, depresión

### ABSTRACT

This research was mainly aimed at describing the possible percep-

tion of psychological violence at work as well as to find out presence of depression symptoms and indicators of well-being in HIV carriers. It was carried out a descriptive cross sectional study by a non-probabilistic sample. Within the selection process, it was included VIH carriers who attended consultations between January and December 2010. The sample was made up with 102 subjects. The average age was 36,8 years old; the school median was 10 degrees and the year median since they were diagnosed with HIV was 5 years. The chosen participants were explained the objectives, procedures and study assignments and were also requested authorization to be included in the process. They were assessed with a questionnaire about psychological Well-being, the *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* and Zung's Depression Test. The results of the possible perception of psychological violence show small values in the instrument indicators; the group seems to be mentally sane. When being tested on depression symptoms, the subjects categorized as depression-free and low depression prevailed. In order to go deeper into the conceptual frame in a better understanding of the interrelation among work risk factors such as violence and HIV carriers' health, it will be highly important to apply mixed methods integrating both quantitative and qualitative investigation.

**Keywords:** violence at work, HIV, well-being, depression

### INTRODUCCIÓN

Entre las proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015, según un documento de trabajo, están los siguientes propósitos:

<sup>1</sup> Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias de la Salud, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigador y Profesor Titular. Departamento de Investigaciones, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>2</sup> Licenciado en Psicología, doctor en Ciencias Psicológicas, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigador y Profesor Titular. Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>3</sup> Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias de la Salud, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigador Auxiliar, Profesor Instructor. Departamento de Fisiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>4</sup> Médico especialista de I grado en Medicina General Integral, Máster en Salud de los Trabajadores, Aspirante a Investigadora. Vicedirección de Atención Médica. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>5</sup> Médico especialista de I grado en Higiene, Máster en Salud de los Trabajadores. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología de La Habana Vieja, La Habana, Cuba

### Correspondencia:

DrC Nino Pedro del Castillo Martín  
Calzada de Bejucal km 7½, N° 3035, entre Heredia y 1ª, La Esperanza, Arroyo Naranjo,  
La Habana, CP 10200, Cuba  
Tel.: (537) 643 4179  
E-mail: [nino@infomed.sld.cu](mailto:nino@infomed.sld.cu)

- Propósito N° 2: Reducir la mortalidad debida al VIH/SIDA en un 13% para el 2015.
- Propósito N° 15: Mejorar la calidad de la relación hombre-trabajo- salud y el control de los factores de riesgo del ambiente laboral. Cobertura de la población laboral con control efectivo de salud específico acorde a sus factores de riesgos laborales <sup>1</sup>.

En 2001, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH-SIDA*. En el artículo 59 de esta declaración, todos los Estados se comprometieron a '*promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH-SIDA y los miembros de grupos vulnerables, y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales; en particular, darles acceso a, entre otras cosas, educación, empleo, atención de la salud, servicios sociales y de salud, prevención, apoyo, tratamiento, información y protección jurídica, respetando al mismo tiempo su intimidad y confidencialidad; y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia*'. Cuba siempre ha cumplido con estos compromisos.

En ese mismo año 2001, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobó un código de conducta sobre el VIH-SIDA en el mundo del trabajo, que se ha convertido en '*un texto de referencia*' para todas las estrategias destinadas a hacer frente a esta enfermedad en el lugar de trabajo. Se trata de un repertorio de recomendaciones prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. Los objetivos fundamentales del mismo son los siguientes: salvaguardar unas condiciones de trabajo decentes y proteger los derechos y la dignidad de los trabajadores, así como de todas las personas que viven con el VIH/SIDA. Sus directrices abarcan las siguientes esferas principales de actuación:

- la prevención del VIH/SIDA;
- la gestión y atenuación de los efectos del VIH/SIDA en el mundo del trabajo; y
- la prestación de asistencia y apoyo a los trabajadores infectados por el VIH/SIDA y a los afectados por la epidemia; y la erradicación del rechazo y de la discriminación contra la persona real o supuestamente infectada por el VIH/SIDA.

Veamos un resumen de los principios fundamentales de este repertorio, el que fue preparado en colaboración con representantes de los gobiernos, empleadores y trabajadores de todas las regiones. Los 10 principios fundamentales del repertorio son los siguientes:

1. Reconocimiento del VIH/SIDA como un problema que concierne al lugar de trabajo. El VIH/SIDA es un problema que concierne al lugar de trabajo, no solamente porque afecta a la fuerza laboral, sino también porque el lugar de trabajo puede desempeñar un papel decisivo en la contención de la propagación y en la reducción de los efectos de la epidemia.
2. No discriminación. No debería haber estigma y discriminación de los trabajadores sobre la base del estado serológico respecto al VIH real o percibido.
3. Igualdad entre los sexos. Una mayor igualdad en las relaciones entre los sexos y la capacitación de la mujer son fundamentales para prevenir con eficacia la propagación de la infección por el VIH y facultar a la mujer para afrontar el VIH/SIDA.
4. Un lugar de trabajo saludable. Los entornos laborales deben ser saludables y seguros, y adaptados al estado de salud y las capacidades de los trabajadores.
5. Diálogo social. Unas políticas y programas sobre el VIH/SIDA eficaces requieren cooperación y confianza entre los empleadores, los trabajadores y los gobiernos.
6. Análisis con fines de empleo. No deberían exigirse pruebas de detección del VIH/SIDA a las personas que soliciten empleo o a las que ya estén trabajando, y las pruebas del VIH no deberían efectuarse en el lugar de trabajo, excepto en los casos especificados en el Repertorio.
7. Confidencialidad. El acceso a datos personales relativos al estado serológico del VIH de un trabajador debería atenerse a las reglas de confidencialidad concordantes con los repertorios de prácticas de la OIT existentes.
8. Continuación de la relación de empleo. La infección por el VIH no es una causa para el cese en el empleo. Las personas con enfermedades relacionadas con el VIH deberían poder seguir trabajando mientras estén en condiciones médicas apropiadas para hacerlo.
9. Prevención. Los asociados de la comunidad local están en una posición excepcional para promover iniciativas de prevención a través de la información y educación, y para apoyar cambios en el comportamiento y las actitudes.
10. Atención y apoyo. La atención y el apoyo solidarios deberían guiar la respuesta al SIDA en el lugar de trabajo. Todos los trabajadores tienen derecho a unos servicios de salud financieramente accesibles y a gozar de las prestaciones de planes de seguros reglamentarios y laborales.

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud, en su undécima sesión plenaria el 23 de mayo de 2007, elaboró el documento *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial*, donde se lee: '*es preciso insistir en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo, sobre todo fomen-*

*tando entre los trabajadores una dieta sana y actividad física y promoviendo la salud mental y de la familia en el trabajo. También es posible prevenir y controlar en el lugar de trabajo las amenazas para la salud mundial, como la tuberculosis, el VIH/SIDA, la malaria y la gripe aviar*'.

El VIH y el SIDA están muchas veces asociados a los fenómenos del estigma y la discriminación, particularmente en el medio laboral. Aunque la discriminación pueda tomar muchas formas, ella se divide básicamente en dos categorías: comunitaria y legislativa. La discriminación legislativa está sancionada por leyes o políticas, en tanto la discriminación comunitaria es la acción o falta de acción en contextos menos formales, como los lugares de trabajo o los entornos sociales como centros deportivos o bares. Los lugares de trabajo son sitios ideales para la prevención, atención y tratamiento, así como para combatir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

La literatura muestra evidencias sobre pérdida de apoyo social, persecución, aislamiento y pérdida de trabajo en personas con VIH, que apuntan hacia la necesidad de reducir tales estigmatizaciones<sup>2</sup>. Este tema pasa en los distintos países por consideraciones legales que han llevado a las cortes a empleadores<sup>3</sup>; al parecer, se presentan diferencias entre la política escrita y la práctica social que conducen a fenómenos discriminatorios<sup>4</sup>.

Attawell et al.<sup>5</sup> han trabajado para disminuir las agresiones relacionadas con el estigma. Ya en 1987, el director del *WHO Global Programme on AIDS*, identificó tres fases de la epidemia del VIH-SIDA: la epidemia del VIH, la epidemia del SIDA y la epidemia del estigma y la discriminación. Él apuntaba que la tercera fase era un desafío tan central como la enfermedad en sí misma<sup>6</sup>. Más recientemente Peter Piot<sup>7</sup>, director ejecutivo de UNAIDS, identificó al estigma como un desafío que continúa. La percepción de estar estigmatizada varía en las personas entre unos y otros medios<sup>8</sup>, por lo que las intervenciones deben contextualizarse.

Es, pues, muy necesaria la implementación de programas de prevención en los lugares de trabajo. El lugar de trabajo es un punto de entrada lógico para ofrecer asistencia y apoyo. Las personas con VIH, cuando cuentan con el apoyo adecuado, pueden seguir teniendo vidas activas en el plano laboral, contribuir a la economía nacional y mantenerse a ellas mismas y a sus familias. Los servicios de salud ocupacional constituyen un medio para brindar servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias para la gestión de las infecciones oportunistas y para garantizar la observancia de los regímenes de tratamiento del VIH/SIDA.

Diez agencias de las Naciones Unidas y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) revisaron en el año 2006 la ejecución de las estrategias destinadas a abordar los problemas generados por el VIH SIDA. En

una nota de prensa, el Director General de la OIT explica que el VIH SIDA es en la actualidad '*uno de los temas más urgentes*', por lo que es '*esencial una acción coordinada*'. '*No se trata sólo de combatir los estragos de la enfermedad, sino también la discriminación, la intolerancia y los malentendidos que la acompañan*', añadió<sup>9</sup>.

Consecuentemente con esto, el establecimiento de sistemas pertinentes de prevención y apoyo, con miras a atenuar los efectos de la epidemia del SIDA, constituye un factor esencial en la formulación de estrategias en el marco de la salud laboral. Entre esos sistemas de prevención debe estar la intervención relativa a la vida laboral, como complemento del tratamiento que reciben los portadores por parte de los especialistas de los Sistemas de Atención Ambulatoria. Se trata de evitar cualquier vestigio del estigma y de la discriminación resultante que con frecuencia trae consigo el VIH/SIDA, cualquiera que sea su origen y quienquiera que sea su víctima. Estas cuestiones han de analizarse de modo detallado y en sus respectivos contextos, tomando en consideración sus factores determinantes y sus efectos socioeconómicos y socioculturales en todos los niveles, para eliminar cualquier barrera relacionada con la vida laboral para con estas personas<sup>10</sup>.

Se han reportado hallazgos sobre discriminación en el ambiente de trabajo en personas con VIH que trabajan<sup>11</sup>. Parece, entonces, que un problema que pueden afrontar algunos de los portadores que trabajan o han trabajado, y al que se ha venido dando relevancia en salud ocupacional en los últimos tiempos es el de la violencia psicológica, esto es, ciertas situaciones de hostigamiento psicológico en el trabajo que se manifiestan en forma de conflictos interpersonales.

El hostigamiento psicológico está relacionado con una variedad de factores que incluyen la discriminación basada en el género, en las creencias religiosas, en las características étnicas, en la edad, la nacionalidad, las discapacidades, y la orientación sexual, entre otras<sup>12-15</sup>.

Los factores psicológicos de inhibición pueden desencadenarse o reforzarse a partir de situaciones de violencia psicológica. Esto no solo puede ser directamente perjudicial para la salud mental de las personas con VIH, sino también influir negativamente en su evolución en relación a su infección. En un estudio publicado en *Biological Psychiatry*<sup>16</sup> se encontró que algunas personas inhibidas infectadas con VIH/SIDA son menos resistentes a la enfermedad y responden peor a las terapias que los sujetos desinhibidos; en dicho estudio científicos de la Universidad de California analizaron a 52 hombres homosexuales infectados y hallaron diferencias significativas en la recuperación de las funciones inmunológicas en los inhibidos; mientras que en los sujetos extrovertidos casi se dobló el número de células CD4, en los retraídos no se registró un aumento de esas células que controlan la respuesta del sistema inmunológico y son el

blanco principal del VIH. Se descartó mediante un análisis de ADN viral que la explicación a esa diferencia se encontrara en la posibilidad de que los sujetos, que respondían peor al tratamiento, estuvieran infectados con una cepa más resistente a los fármacos. La causa de ese fenómeno, afirman los autores, se encuentra en la respuesta ante el estrés. El cerebro de muchas personas tímidas reacciona negativamente ante las adversidades y activa las alarmas que ponen en alerta todo el organismo.

Suscitar una respuesta al VIH/SIDA en el ámbito laboral supone un diagnóstico formulado en términos claros que incluya el riesgo en sí a que se expone el sujeto en el entorno de trabajo, y la vulnerabilidad que como consecuencia de diversos factores entre ellos el estado de salud, cada individuo presenta. Entre esos riesgos pueden estar diversas formas de hostigamiento psicológico laboral, con la consecuente incidencia sobre el sistema inmunológico del portador. Estas son dos cuestiones a las que se debe responder en todas sus facetas si queremos lograr una adecuada reinserción laboral de estos pacientes sin que se menoscabe su estado de salud. Los errores en el tratamiento psicológico y social de estas personas pueden tener efectos en el tratamiento biológico.

Una de las expresiones más conspicuas de la depresión, el intento de suicidio y el vínculo laboral como predictor, ha sido estudiado en una muestra de mujeres que viven con VIH-SIDA en la ciudad de Nueva York<sup>17</sup>.

El programa cubano de prevención del VIH-SIDA ha logrado involucrar a todos los sectores sociales y a la comunidad en general en la lucha contra la epidemia., pero no existen suficientes estudios sobre los aspectos relacionados con la calidad de vida laboral de estas personas<sup>18</sup>.

En el presente estudio nos interesó describir la eventual percepción de violencia psicológica en el trabajo en población trabajadora con VIH en la provincia de La Habana, explorar la presencia de síntomas de depresión en dicha población y también intentar conocer sobre relaciones entre ambas variables –violencia psicológica y depresión- con indicadores de bienestar.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de tipo observacional con diseño de corte transversal. Se empleó un muestreo no probabilístico “intencional por criterios”<sup>19</sup>. Se incluyó para dicha selección de sujetos a personas con VIH que acudieron a reconsultas en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí los martes y jueves entre enero del 2009 y julio de 2010. Esta periodicidad y marco temporal respondió a razones de factibilidad de los investigadores. La selección de los individuos obedeció a los siguientes criterios de inclusión: Trabajado-

ras y trabajadores con VIH no enfermos de SIDA; edad: entre 17 y 60 años; voluntariedad de participación en el estudio, expresada mediante consentimiento informado; poseer una antigüedad inferior a seis meses.

## Instrumentos y procedimientos de recolección de los datos

Se les administraron a los sujetos los siguientes instrumentos:

- El Cuestionario de Bienestar Psicológico, validado por Oramas et al.<sup>20</sup>. Según estas autoras, el bienestar psicológico constituye un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida. Está formado por variables del auto-concepto como:
  - Autoconciencia: componente cognitivo de las actitudes hacia sí mismo. Se expresa en las creencias y pensamientos que tiene el sujeto sobre sí mismo.
  - Autoestima: componente afectivo de las actitudes hacia sí mismo. Consiste en la apreciación y valor que se concede el sujeto a sí mismo, y se expresa en el grado en que se quiere y se acepta.
  - Autoeficacia: componente conductual de las actitudes consigo mismo, grado en que el sujeto considera que puede llevar a cabo sus propósitos y cumplir sus metas.

Estos tres componentes se encuentran íntimamente relacionados entre sí y con el sentido que le otorga el sujeto a su vida. El concepto de “sentido” se traduce en proporcionar una razón, orden o coherencia a la existencia del individuo; está relacionado con el concepto de “propósito”, el cual hace referencia a la intención, al cumplimiento de alguna función o al logro de algún objetivo, que nuestra vida tenga un sentido significa que tenemos un propósito y luchemos por alcanzarlo. El sentido de la vida es considerado también como un indicador positivo de la salud mental. El Cuestionario de Bienestar Psicológico aplicado está formado por 14 reactivos, los cuales están dirigidos a explorar estos componentes del autoconcepto y el sentido de vida.

- El *Leymann Inventory of Psychological Terrorization*, en su versión modificada y adaptada al español por González de Rivera<sup>21</sup>, adaptado y validado por Almirall et al.
- El Test de Depresión de Zung.

Se les comunicó a los participantes, a fin de que firmaran la solicitud de consentimiento informado, el contenido de las preguntas de los instrumentos, los mo-

tivos de la investigación y las explicaciones pertinentes de las variables que medimos. Se garantizó la protección de la identidad de los encuestados y la confidencialidad de las respuestas. Se realizó una labor inductiva y de información previa a los evaluados sobre los propósitos del estudio y sus alcances. También se aseguró que los participantes tendrían pleno derecho a recibir toda la información que solicitaran concerniente al estudio por parte de los organizadores y ejecutores del mismo, y que serían informados sobre cualquier cambio o modificación que pudiera tener lugar en el mismo. Por último, que la participación en el estudio sería absolutamente voluntaria. Por tanto, la inclusión en el estudio de los sujetos, fue bajo la obtención de ese consentimiento informado.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muestra quedó conformada por 102 sujetos. En cuanto a la variable sexo, 96 fueron hombres y 6 mujeres. El alto porcentaje del sexo masculino está en correspondencia con la prevalencia por sexos de la población portadora de VIH. La media de la edad fue de 36,8; la mediana de la escolaridad fue de 10 grados; la mediana de años desde que fueron diagnosticados como portadores fue de 5 años.

En cuanto a la presencia eventual de violencia psicológica en el trabajo, un análisis de los siguientes datos obtenidos de la aplicación del *Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT)*, revela que la canti-

dad de estrategias de violencia psicológica, esto es, el conteo simple de todas las respuestas diferentes de cero, el indicador NEAP (número de estrategias de acoso psicológico), asciende a una media de 7,37; el máximo posible es 60. Por otro lado, el IMAP, Índice medio de violencia psicológica, calculado a través de la suma de las intensidades/NEAP, exhibe una media de 1,25; el máximo del IMAP es 4. En el IGAP -Índice global de violencia psicológica, obtenido sumando los valores asignados a cada estrategia de violencia psicológica y dividiendo esta suma entre el número total de estrategias consideradas en el cuestionario, es decir, entre 60- se obtuvo una media de 0,19.

El SIDA ha sido descrito como un paradigma de una enfermedad que requiere de un enfoque biopsicosocial. La infección por VIH es una enfermedad transmitida, a veces por conductas estigmatizadas socialmente, que biológicamente afecta el cerebro y el sistema inmunológico. Al mismo tiempo, un diagnóstico de VIH crea una serie de daños psicológicos que ocurren en un complejo escenario psicosocial. Los datos del cuestionario de violencia psicológica en el trabajo que aquí aplicamos revelan, en los tres indicadores, cifras bajas. No parece existir una particular presencia de tal tipo de violencia.

Con el propósito de buscar relaciones entre las puntuaciones en el cuestionario de bienestar y las del LIPT, aplicamos una prueba *t* entre los grupos de bienestar: alto y bajo, según calificaciones por encima y por debajo de la media (tabla).

### Tabla

**Prueba *t*. Valores medios. Diferencias entre los grupos de alto y bajo Bienestar en indicadores del LIPT**

Cuestionario de Bienestar	Media NEAP	Media IMAP	Media IGAP
Grupo alto	5,47 (5,83)*	1,19 (1,04)*	0,12 (0,13)*
Grupo bajo	15,57 (16,79)	1,51 (0,54)*	0,48 (0,70)*
P	0,00	0,27	0,00

\* Desviaciones estándares: valores entre paréntesis.

Los datos anteriores indican que los sujetos con puntuaciones más altas en “bienestar” refirieron menos variedad de estrategias de violencia psicológica  $p=0,00$  (para el valor de *t* en NEAP). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en el indicador IMAP –suma de las intensidades/número de estrategias- entre ambos grupos; al ser significativamente menor el número de estrategias referidas en el grupo alto bienestar, parece ser que la intensidad de las mismas en el grupo bajo fue menor. En el IGAP la diferencia vuelve a ser significativa ya que aunque en el grupo de bajo bienestar las intensidades fueron menores hubo en éste un mayor número de estrategias reportadas. El bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de

bienestar subjetivo; de hecho, ambos términos están estrechamente relacionados. El bienestar psicológico puede ser considerado como la parte del bienestar que compone el nivel psicológico, siendo el bienestar general o bienestar subjetivo el que está compuesto por otras influencias, como, por ejemplo la satisfacción de necesidades de diversa naturaleza y no de tipo psicológico<sup>22</sup>.

Nos referimos al bienestar en su conceptualización de vivencia individual subjetiva; no sólo implica “estar bien”, sino “sentirse bien”. Se trata de una vivencia positiva del ser humano acerca de sí mismo, expresión de lo cognitivo (balance positivo entre expectativas y logros en la vida) y lo afectivo (predominio de estados emocionales positivos).

El bienestar es una categoría que lleva en sí misma un sello muy personal, lo que es para un hombre o una mujer el bienestar es elaborado por cada uno.

Como era de esperarse se observan, a partir de los resultados descritos, en el grupo de bienestar altas cantidades mínimas de estrategias de violencia y aunque éstas aumentan significativamente en el grupo bajo, no parecen predominar las de altas intensidades.

El Cuestionario de Zung para evaluar depresión que administramos muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75 %) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general y ha sido ampliamente utilizado con esta finalidad. En nuestro estudio los valores descriptivos de las puntuaciones totales fueron: media=36,65 y mediana= 35,5, con una desviación estándar de 9,47. Biggs<sup>23</sup> aconseja que ante puntuaciones superiores a 50 la persona consulte con un especialista en salud mental.

Sobre lo relacionado con la exploración de síntomas de depresión, generalmente se encontraron, en la muestra, casos dentro de límites normales, no deprimidos, o solo levemente deprimidos. Las puntuaciones totales llevadas a las categorías relacionadas con diagnósticos de la depresión, originarias del test, indican que el 49 % de los casos clasifica como no depresión; el 31 % como depresión leve; el 9 % como moderada; y el 3 % como grave.

Es relevante el estudio de la eventual presencia de síntomas de depresión entre los trabajadores con VIH; y también es de amplio dominio el presagio de una próxima epidemia de depresión a nivel mundial, al menos en esos términos ha sido interpretado el pronóstico realizado por Murray y López en su obra "La carga mundial de la morbilidad", publicado por la Universidad de Harvard a inicios de la pasada década. Estos autores advirtieron que hacia el año 2020 la depresión mayor pasaría a ocupar el segundo lugar a nivel mundial de días perdidos por incapacidad, solo precedida por la isquemia cardíaca. Curiosamente, vale notar, el vaticinio relacionó el trastorno con sus consecuencias a nivel laboral. En relación con la depresión encontramos igualmente referencias sobre su impacto sobre la vida y salud de los trabajadores y sobre la economía de las empresas. En la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, publicada en español en el año 2001, Lasser y Kahn escriben: "La depresión es sumamente importante en el campo de la salud mental en el trabajo, tanto por su impacto en el lugar de trabajo como por el impacto de éste en la salud mental del trabajador. Su prevalencia es muy grande y puede tratarse con facilidad, pero por desgracia muchas veces pasa inadvertida, con graves consecuencias tanto para el enfermo como para la empresa. En consecuencia, un mayor énfasis en la detección y el tratamiento de la depresión permitirían ayudar a reducir el sufrimiento individual y las pérdidas empresariales".

Reportes de investigaciones sugieren que la depresión está relacionada con la más rápida progresión del VIH; los sujetos con mayores síntomas exhiben menores conteos de

células CD4 y fallan más en seguir adecuadamente la medicación que tienen prescrita<sup>24</sup>. El grupo de trabajadores con VIH estudiado parece exhibir indicadores de salud mental. El vínculo laboral y la calidad de ese vínculo podría resultar un factor protector a la salud mental de los portadores de VIH.

Una matriz de correlaciones donde se incluyeron las puntuaciones totales del Cuestionario de Zung, las del Cuestionario de Bienestar, los indicadores del LIPT y el tiempo (años) de haber sido diagnosticados como portadores del VIH no exhibió ninguna correlación significativa.

En un informe difundido por el Programa de la ONU contra el SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se destaca que en cuanto a los tratamientos con medicamentos antirretrovirales, el acceso ha mejorado de forma palpable desde ya hace siete años, y que: "La cobertura del tratamiento en países como Argentina, Brasil, Chile y Cuba supera el 80 %" de los afectados..."<sup>25</sup>. Esto ha llevado a algunos a tener la esperanza de que el SIDA se torne una condición crónica y tratable en vez de contar con un pronóstico fatal; esto pudiera traer, sin embargo, complicaciones psicosociales adicionales relacionadas con el ambiente laboral las que, por lo general, no se han encontrado en nuestro estudio.

Entre las recomendaciones fundamentales, tenemos las siguientes:

1. Diseñar estudios contribuyentes al desarrollo del marco conceptual para un mejor entendimiento de la interrelación entre los factores de riesgo laborales y la salud de las personas con VIH.
2. Desarrollar más investigaciones, sobre todo longitudinales, así como de metanálisis, para alcanzar mayores evidencias de los mecanismos de mediación de la relación del empleo con la salud. Futuros análisis deberán tener en cuenta variables, por separado, referidas al sexo, la edad y los ingresos económicos.
3. A fin de obtener superiores contribuciones en lo relativo a la comprensión de las condiciones de trabajo y de salud de estas personas, deberán emplearse métodos mixtos, integrando la investigación cuantitativa y la cualitativa.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. Documento de trabajo. 2006 [citado 27 Mar 2009]. Disponible en: <http://intranet.sld.cu/sns/proyecciones-de-la-salud-publica-2015/documento-central-versiones/proyecciones-salud-publica-cubana-2015.doc/> download.
2. Varas-Díaz N, Serrano-García I, Toro-Alfonso J. AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qual Health Res.* 2005;15(2):169-87.

3. Rincon GH. Colombia: Constitutional Court grants interim order reinstating HIV-positive woman in her job. *HIV AIDS Policy Law Rev.* 2005;10(1):57-8.
4. Merati T, Supriyadi, Yuliana F. The disjunction between policy and practice: HIV discrimination in health care and employment in Indonesia. *AIDS Care.* 2005;17 Suppl 2:S175-9.
5. Attawell K, Pulerwitz J, Brown L. Horizons Program HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action. Richard Parker and Peter Aggleton with Kathy Attawell. Copyright © 2002 The Population Council Inc.
6. Mann J. Statement at an informal briefing on AIDS to the 42<sup>nd</sup> Session of the United Nations General Assembly. New York: United Nations; 1987.
7. Piot P. Report by the Executive Director. Programme Coordinating Board. Joint United Nations Programme on AIDS. Rio de Janeiro: United Nations; 2000.
8. Poku KA, Linn JG, Fife BL, Azar S, Kendrick L. A comparative analysis of perceived stigma among HIV-positive Ghanaian and African American males. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS.* 2005;2(3).
9. EFE. Madrid. Abril 06/2006.
10. Martin DJ, Brooks RA, Ortiz DJ, Veniegas RC. Perceived employment barriers and their relation to workforce-entry intent among people with HIV/AIDS. *Journal of Occupational Health Psychology.* 2003;8(3):181-94.
11. Conyers L, Boomer KB, McMahon BT. Workplace discrimination and HIV/AIDS: the national EEOC ADA research project. *Work.* 2005;25(1):37-48
12. Bruziches-Bruziches D, Rinaldi B. Job safety: where there is high tension at the work place: Mobbing. *Prof Inferm.* 2000;53(1):46-9.
13. Carreras MV, Cosculluela A, Freixa M, Gómez J, Lucaya D. Acoso moral en el trabajo, mobbing. *Aula Médica Psiquiátrica.* 2002;2: 65-91.
14. Cassitto MG. Mobbing in the workplace: new aspects of an old phenomenon. *Med Lav.* 2001;92(1): 12-24.
15. Cassitto MG. Gonik raising awareness of psychological harassment at work. *Protecting Workers' Health Series No. 4., V.* 2003.
16. Cole SW, Kemeny ME, Fahey JL, Zack JA, and Naliboff BD. Psychological risk factors for HIV pathogenesis: mediation by the autonomic nervous system. *Biological Psychiatry.* 2003;54(12):1444-56.
17. Cooperman NA, Simoni JM. Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS. *J Behav Med.* 2005;28(2):149-56
18. Diaria. Boletín electrónico de la red Infomed. Cuba. Diaria 02-12-03. 2003.
19. Bacallao J, Alerm A, Artiles L. Texto básico de metodología de la investigación educacional. Material de la Maestría en Educación Médica. La Habana; 2002.
20. Oramas A, Santana S, Vergara A. El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo.* 2006;7(1-2):34-9.
21. González de Rivera JL: El maltrato psicológico. Madrid: Espasa Calpe, 1<sup>a</sup> ed. 2002; 2<sup>a</sup> ed 2003.
22. García-Viniegras CR, González BI. La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16 (6).
23. Biggs JT. Validity of the Zung Self-rating Depression Scale, *Br J Psychiatry.* 1978;132:381-5.
24. Sledjeski EM, Delahanty DL, Bogart LM. Incidence and impact of posttraumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ counts in people living with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2005;19(11):728-36.
25. EFE. Madrid, abril 06/2006.

---

**Recibido:** 10 de noviembre de 2011

**Aprobado:** 10 de septiembre de 2012