

EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD E IRA EN PACIENTES CON VIH/SIDA

Inmaculada Teva*, María de la Paz Bermúdez*, José Hernández-Quero*, Gualberto Buela-Casal*

SUMMARY

Introduction. HIV infection is a chronic-character illness which implies a high level of uncertainty for patients. Indeed, HIV infection involves confronting an illness surrounded by social stigma and refusal. There following are some of the situations that suppose big emotional repercussions: When an individual does not know whether he/she is infected, when he/she receives HIV diagnosis, or when he/she must say to other people that he/she is HIV positive. The emotional effects are depression, anxiety, and anger, which are frequent emotional reactions among HIV infected patients. These reactions disappear when the patient adapts to his/her condition of HIV infected. Likewise, the uncertainty that produces HIV infection is related both to high levels of anxiety and depression because patients do not know how their infection will evolve. Anger and depression constitute other emotional factors related to a faster evolution of HIV infection. In addition to that, depression has effects over the fulfillment of the HIV infection treatment guidelines. Considering the importance of emotional aspects in HIV infection, this research's aims were to verify the differences in the sample of patients with HIV that has been evaluated regarding characteristics of depression, state of anxiety, state of anger, trait of anger, and expression of anger according to gender, stage of HIV infection, CD4 cells, viral load, transmission way, and the presence of lipodystrophy. Another aim was to verify if there were any differences between the sample of persons with HIV/AIDS that has been evaluated and the normative group in symptoms of depression, state of anxiety, state of anger, trait of anger, and expression of anger.

Method. In the present research participated 100 HIV/AIDS-infected patients; 37 of them were women and 63 were men. The patients attended medical visits in different hospitals of Andalusia (Spain). The age rank of these patients was between 18 and 70 years. The average age was 39.55 years and the standard deviation was 7.49. The instruments used for the assessment were the Beck Depression Inventory (BDI), the subscale of state of anxiety of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2). The data were collected in three hospitals of the Andalusian region by the same investigator and the confidentiality of the data was guaranteed. Another information collected were clinical data of the patients from the case histories. The statistic program SPSS 11.0 was used for the analysis of the data. This study has an *ex post facto* retrospective design.

Results. The results showed statistically significant differences in state of anxiety according to the viral load and lipodystrophy, with higher levels of state of anxiety in the group that had a halfway point in viral load and in the group that did not show lipodystrophy. On the other hand, there were statistically significant differences in the state of anger according to the stage of HIV infection, with higher levels of anger in the group that was in the symptomatic stage of HIV infection. In this study it has been found that most men with HIV/AIDS showed symptoms of depression that were between slight, moderate, and severe depression. In contrast, a big part of the group of women did not show characteristics of depression. With regard to anxiety, an important proportion of men showed a state of anxiety, while women did not show it in most cases. Most men and women presented a low level of state of anger. In the variable trait of anger, it has been found that approximately half of the men was in the normal rank. In the group of women, the majority was in the normal rank of trait of anger too. Finally, with regard to expression of anger, more of a third of the men and women with HIV/AIDS did not express anger.

Discussion. The stage of the HIV infection could be a factor that explains the high presence of characteristics of depression in men. Women could have better ways to confront the illness than men. The high levels of depression symptoms and anxiety in the group of men could be explained by the ignorance about how the infection will evolve. Other results indicated that patients infected by heterosexual relationships showed higher anxiety than patients infected by the intravenous use of drugs. This fact could be explained by a higher presence of cognitions related to the evolution of the HIV infection or risk behaviors in people who were infected by heterosexual intercourse. Patients with a halfway point in viral load showed higher levels of state of anxiety and state of anger than patients with low viral load, because people with halfway point in viral load were more aware of the deterioration produced by the HIV infection and they did not assume it. The stage of HIV infection could be a factor that explains the higher levels of state of anger in patients in the symptomatic stage. The presence of lipodystrophy implies a deterioration of corporal image in patients that suffer this syndrome. It has been found that patients who did not have lipodystrophy showed higher levels of state of anxiety than the patients with lipodystrophy. This result is incongruent with other studies that have been made. It is suggested that this is an effect

* Facultad de Psicología. Universidad de Granada, España.

Correspondencia: Gualberto Buela-Casal. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18071 Granada, España. E-mail: gbuela@ugr.es
Recibido primera versión: 19 de octubre de 2004. Segunda versión: 11 de abril de 2005. Aceptado: 28 de junio de 2005.

of a small sample. However, two explanations can be advanced about this result. On the one hand, lipodystrophy has nowadays a subjective diagnosis, and it could be the case that many patients' lipodystrophy has not been diagnosed, when they actually have the syndrome. On the other, it has been observed that there are delays when the data related to lipodystrophy must be gathered in case histories and thus it is not known if a patient endures lipodystrophy exactly. It could be the case that a patient suffers lipodystrophy and this fact does not appear in the case history.

Considering that depression and anxiety are frequent disorders in patients with HIV/AIDS and that these factors influence the immune system, the results obtained could be used for the design of intervention programs whose aims would be the assessment and the intervention of depression and anxiety. Some aspects which would be important to assess in future researches with HIV/AIDS patients are social support, levels of perceived stigma, and the perception of health control.

Key words: Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), depression, anxiety, anger.

RESUMEN

Introducción. La infección por el VIH constituye una enfermedad que, aunque actualmente se considera de carácter crónico, implica para el paciente que la padece unos niveles altos de incertidumbre y enfrentarse con una enfermedad rodeada de estigmatización y rechazo por parte de la sociedad. La depresión, la ansiedad y la ira son las reacciones emocionales que se manifiestan con más frecuencia entre los pacientes seropositivos. Igualmente, la infección por el VIH supone incertidumbre que se relaciona con elevados niveles de ansiedad y depresión debido a que los pacientes no conocen cómo va a evolucionar la enfermedad. Considerando la importancia de los aspectos emocionales en la infección por el VIH, se plantea esta investigación cuyos objetivos son evaluar si existen diferencias en la muestra de pacientes con VIH en cuanto a sintomatología depresiva, ansiedad estado, ira estado, ira rasgo y expresión de la ira en función del sexo, del estadio de la infección, del nivel de linfocitos CD4, del nivel de carga viral, de la vía a través de la cual se infectaron y de la presencia de lipodistrofia. Otro objetivo es evaluar si existen diferencias entre la muestra de personas con VIH/SIDA evaluada y el grupo normativo en cuanto a síntomas de depresión, ansiedad estado, ira estado, ira rasgo y expresión de la ira.

Método. En la presente investigación participaron 100 pacientes con VIH/SIDA. De ellos, 37 eran mujeres y 63 varones que acudían a visitas médicas a diferentes hospitales de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España). El rango de edad de los pacientes oscilaba entre los 18 y 70 años. La media de edad era de 39.55 años y la desviación típica era de 7.49. Los instrumentos de evaluación empleados fueron el Inventory de Depresión de Beck (BDI), la subescala de ansiedad estado del Inventory de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAII) y el Inventory de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2). El diseño de este estudio es de tipo *ex post facto* retrospectivo.

Resultados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad estado en función del nivel de carga viral y en función de la lipodistrofia. Se destacaron mayores niveles de ansiedad estado en el grupo con un nivel de carga viral medio y en el grupo que no presentaba lipodistrofia. Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ira estado en fun-

ción del estadio de la infección. Los mayores niveles de ira estado se presentaron en el grupo en fase sintomática. La mayoría de los varones con VIH/SIDA mostró niveles de sintomatología depresiva localizados entre la depresión leve, moderada y grave. Sin embargo, en la mayor parte del grupo de mujeres no hubo rasgos de depresión. En cuanto a la ansiedad, una gran proporción de los varones presentó ansiedad estado, lo que en general no ocurrió con las mujeres. Gran parte de los varones y de las mujeres tenían niveles bajos de ira estado. En cuanto a la variable ira rasgo, los resultados han puesto de manifiesto que aproximadamente la mitad de los varones y gran parte de las mujeres no la presentan. Por último, respecto a la expresión de la ira, más de la tercera parte de los varones y de las mujeres de la muestra no solían expresarla.

Discusión. Los elevados niveles de ansiedad y de síntomas de depresión en el grupo de varones se pueden deber a una incertidumbre respecto de la evolución de la enfermedad. Por otro lado, dado que la mayoría de los varones se encuentra en los estadios asintomático y sintomático, las propias manifestaciones de la enfermedad podrían contribuir a la presencia de niveles elevados de ansiedad y de sintomatología depresiva. El estadio de la infección puede ser un factor que explique los mayores niveles de ira estado de los pacientes en estadio sintomático. Los resultados obtenidos se podrían utilizar para diseñar programas de intervención en que se aborden los factores emocionales más prevalentes en esta población, como la depresión y la ansiedad. Algunos aspectos que sería importante evaluar en futuras investigaciones en pacientes con VIH/SIDA son el apoyo social, los estilos de afrontamiento, el nivel de estigmatización percibido y la percepción de control de la salud por parte del paciente.

Palabras clave: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), depresión, ansiedad, ira.

INTRODUCCIÓN

Para la persona que la padece, la infección por el VIH implica enfrentar una enfermedad que actualmente es crónica. Después de que la persona se entera de que está infectada por el VIH, reacciona con elevados niveles de ansiedad, ira y hostilidad (19). Por otra parte, el hecho de estar infectado por el VIH supone un gran impacto emocional cuando el paciente duda de estarlo en realidad o no, cuando recibe el diagnóstico de seropositividad, cuando comunica a otros que es VIH positivo, cuando aparece la primera sintomatología, etc. (33). La aparición de síntomas de depresión es esperable ante el conocimiento del diagnóstico de VIH, pero estos síntomas pueden convertirse en patología si no desaparecen tras un proceso de ajuste a su nueva situación por parte del individuo (5). De la misma manera, la incertidumbre generada por el desconocimiento acerca de la evolución de la enfermedad se asocia con niveles elevados de ansiedad y depresión (17). Existen otras investigaciones que han encontrado que la depresión es un factor contribuyente a la evolu-

ción de la infección por el VIH y que existen relaciones entre la ira y una evolución más rápida del VIH hacia la fase de SIDA (12).

Desde hace siglos, en la medicina perdura la creencia de que hay una relación entre mente y enfermedad. Actualmente, se sabe que el sistema inmunológico y el cerebro mantienen una interconexión a través del sistema endocrino (9). En esta interconexión influye, por ejemplo, el apoyo social, ya que se sospecha de la existencia de un efecto de éste sobre el sistema inmune. Además, las investigaciones han concluido que el apoyo social es importante en la salud mental (14). Otros factores, además del apoyo social, influyen sobre el sistema inmune. Los hallazgos de las investigaciones indican que el estrés, la ansiedad y la depresión producen efectos perjudiciales en una gran cantidad de enfermedades, entre las que se encuentra, la infección por el VIH. Por tanto, se ha concluido, aunque con reservas, que existe una relación entre los factores psicológicos y las enfermedades que afectan al sistema inmunológico (29). A este respecto, cabe destacar que el estrés favorece la liberación de citocinas y neurotransmisores que producen cambios conductuales en los individuos para el afrontamiento de los estímulos estresantes, que pueden ser de carácter físico o psicológico (20). Si los estresores están presentes durante períodos extensos, aparecen alteraciones en los sistemas neuroendocrino e inmunológico, lo cual a su vez provoca modificaciones en las interacciones neuroendocrinoimmunológicas. La pérdida del equilibrio en dichas interacciones conduce a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades y a trastornos como la depresión (20). En esta misma línea, la revisión realizada por Trujillo, Oviedo-Joekes y Vargas (29) ha indicado que la influencia de los estresores depende de las características de éstos, de la experiencia anterior que se haya tenido con ellos y de factores relacionados con el organismo. Los estudios realizados con humanos indican que los estresores psicológicos -como los casos de duelo, divorcio, las situaciones traumáticas y los estados depresivos- alteran el funcionamiento del sistema inmunológico (29). Entre otras pruebas que existen al respecto, vale subrayar que se han encontrado disminuciones en las cantidades de linfocitos en las personas infectadas por el VIH y que padecen depresión (12).

Las implicaciones de la depresión en los pacientes infectados por el VIH/SIDA son importantes. Se ha demostrado que los pacientes VIH positivos con síntomas depresivos tienen mayores probabilidades de no cumplir las pautas del tratamiento con fármacos antirretrovirales y de no seguir los consejos médicos (8, 10, 21). Además, hay que destacar que la prevalencia de la depresión en pacientes con VIH/SIDA es alta. Por ejemplo, Su (28) encontró que 6.3% de los

pacientes de su estudio presentaba un diagnóstico de depresión. Igualmente, en otro estudio se descubrió que 176 varones con VIH de los 475 que participaron en el estudio tenían depresión (11). Por otra parte, se ha puesto de manifiesto que la calidad de vida, la ansiedad y la depresión son variables psicológicas relacionadas (13), por lo que habrá que considerar la depresión y la ansiedad como factores influyentes en la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA.

En cuanto a la ansiedad, se ha investigado su relación con la infección por el VIH y se ha puesto de manifiesto que la ansiedad varía en función del estadio de la infección. A su vez, una mayor percepción de control de la salud por parte del paciente supone un descenso en los niveles de ansiedad. De esta manera, si la persona percibe que tiene cierto control sobre la enfermedad, es decir, si la persona cree que puede influir sobre ella y se siente capaz de afrontarla, se produce un descenso en los niveles de ansiedad (23). En una investigación realizada por Van-Servellen, Aguirre, Sarna y Brecht (30), se reveló que 50% de los pacientes con VIH de la muestra presentaba ansiedad y aproximadamente uno de cada diez presentaba depresión. Dentro de otros estudios realizados en esta misma línea, las mujeres han presentado un peor ajuste a la infección por el VIH que los varones y tienen elevados niveles de depresión, ansiedad y ira (25).

Un síndrome que se da con frecuencia entre los pacientes con VIH es la lipodistrofia. Dicho síndrome aparece como efecto secundario de los fármacos antirretrovirales y se caracteriza por alteraciones metabólicas y por una redistribución de la grasa corporal (7). La lipodistrofia tienen implicaciones emocionales, pues produce un deterioro de la imagen corporal y trae como consecuencia problemas en la autoestima y en las relaciones sociales; influye asimismo en la aparición de ansiedad y depresión (6). Por consiguiente, la presencia de lipodistrofia se debe tener en cuenta por sus consecuencias físicas y psicológicas.

En función de las investigaciones realizadas que se han comentado anteriormente, se ha propuesto la presente investigación cuyo objetivo es evaluar la sintomatología depresiva, la ansiedad y la ira en un grupo de pacientes con VIH/SIDA. En la redacción se han seguido, en la medida de lo posible, las normas propuestas por Ramos-Álvarez y Catena (22). Concretamente, los objetivos de este estudio han sido los siguientes:

- Evaluar si existen diferencias en la muestra de pacientes con VIH/SIDA estudiada en cuanto a sintomatología depresiva, ansiedad estado, ira estado, ira rasgo y expresión de ira en función del sexo, del estadio de la infección, del nivel de linfocitos CD4, del nivel de carga viral, de la vía a través de la cual se infectaron y de la presencia de lipodistrofia.

- Evaluar si existen diferencias entre la muestra de pacientes con VIH/SIDA estudiada y el grupo normativo (datos obtenidos de los baremos de las muestras españolas publicados por los autores de los instrumentos de evaluación [2, 3, 15, 24, 31, 32]) en cuanto a los niveles de depresión, ansiedad estado, ira estado, ira rasgo y expresión de ira.

MATERIAL Y MÉTODOS

Variables

Las variables independientes (por selección) de la presente investigación fueron el sexo, el estadio de la infección, el nivel de linfocitos CD4, el nivel de carga viral, la vía de infección y la presencia de lipodistrofia.

Las variables dependientes evaluadas fueron la sintomatología depresiva, la ansiedad estado, la ira estado, la ira rasgo y la expresión de ira.

Participantes

Los participantes fueron un grupo de 100 pacientes adultos con VIH/SIDA. De este grupo, 63 eran varones y 37 eran mujeres. El rango de edad se ubicó entre los 18 y los 70 años. La media de edad fue de 39.55 años y la desviación típica fue de 7.49. En el cuadro 1 se pueden observar las características clínicas de la

muestra referidas al estadio de la infección, nivel de carga viral, nivel de linfocitos CD4, lipodistrofia, año del diagnóstico del VIH y la vía de infección por el VIH.

Instrumentos

Los instrumentos empleados en la investigación fueron los siguientes:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI), versión revisada (1). Este cuestionario evalúa la intensidad de la depresión. Consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3) ordenadas en función de la gravedad. La persona debe indicar la opción que mejor describe la manera en que se ha sentido en la última semana, incluido el día en curso con respecto a cada afirmación. La puntuación total oscila entre 0 y 63. Los criterios de gravedad de la depresión son los siguientes: ausencia (puntuación de 0 a 9); leve (puntuación de 10 a 15); moderada (de 16 a 23 puntos); grave (de 24 a 63 puntos). La validación española de la prueba (24, 31, 32), realizada con muestras normal y clínica, presenta niveles de consistencia interna de 0.83 para la muestra normal y de 0.90 para la muestra clínica.
- Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (27). Este cuestionario se compone de 40 reactivos y evalúa la ansiedad. Existen dos subescalas

CUADRO 1. Características clínicas de la muestra de pacientes con VIH/SIDA

Características clínicas	Total muestra (N = 100)		Mujeres (N = 37)		Varones (N = 63)	
	N	%	N	%	N	%
Estadio de la infección						
Asintomático	39	39.0	15	40.5	24	38.1
Sintomático	26	26.0	7	18.9	19	30.2
Sida	21	21.0	8	21.6	13	20.6
Desconocido*	14	14.0	7	18.9	7	11.1
Nivel de carga viral						
Alto (>7.000 copias/ml)	10	10.0	3	8.1	7	11.1
Medio(200-7.000 copias/ ml)	17	17.0	8	21.6	9	14.3
Bajo (<200 copias/ml)	49	49.0	19	51.4	30	47.6
Desconocido	24	24.0	7	18.9	17	27.0
Nivel de linfocitos T CD4						
Alto ($\geq 500/\mu\text{l}$)	31	31.0	12	32.4	19	30.2
Medio (200-499/ μl)	32	32.0	15	40.5	17	27.0
Bajo ($<200/\mu\text{l}$)	12	12.0	3	8.1	9	14.3
Desconocido	25	25.0	7	18.9	18	28.6
Lipodistrofia						
Si	28	28.0	12	32.4	16	25.4
No	48	48.0	18	48.6	30	47.6
Desconocido	24	24.0	7	18.9	17	27.0
Año diagnóstico VIH						
	Media= 1993		Media= 1992		Media= 1993	
Vía de infección**						
UDVP	40	40.0	12	32.4	28	44.4
Heterosexual	37	37.0	21	56.8	16	25.4
Homosexual	11	11.0	0	0.0	11	17.5
T. sanguínea/hemo.	2	2.0	0	0.0	2	3.2
Madre-hijo	1	1.0	1	2.7	0	0.0
No sabe	7	7.0	2	5.4	5	7.9
Desconocido	2	2.0	1	2.7	1	1.6

Nota: *Desconocido = Número de pacientes de los que no se dispone de dato clínico.

**UDVP = usuarios de droga por vía parenteral; T. sanguínea/hemo = transfusión sanguínea/hemoderivados.

de 20 reactivos cada una (estado y rasgo). En la subescala de estado, la persona debe señalar la puntuación que indica cómo se siente en el momento de su aplicación, en la de rasgo debe marcar cómo se siente en general. Cada reactivo posee una escala que va de 0 a 3, por lo que las puntuaciones obtenidas varían de 0 a 60. Con respecto a la interpretación de las puntuaciones, existen baremos que indican la posición de los individuos evaluados con respecto a la población normal. La validación española del STAI, desarrollada por Bermúdez (2, 3), especifica valores de consistencia interna altos (entre 0.82 y 0.92). Considerando los objetivos de la investigación, se ha utilizado únicamente la subescala de ansiedad estado.

- Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) (26). La versión española de este cuestionario fue realizada por Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (15), y está constituida por 49 reactivos. El inventario está integrado por seis escalas: estado de ira, rasgo de ira, expresión externa de ira, expresión interna de ira, control externo de ira, control interno de ira. Tiene tres subescalas para la escala de estado: sentimiento, expresión verbal y expresión física. Además, existen dos subescalas para la escala de rasgo: temperamento de ira y reacción de ira. Existe un índice de expresión de ira como medida total de la expresión de la ira. El sujeto debe seleccionar la alternativa de respuesta que mejor se ajuste a la manera en que cada cuestión presentada describa su comportamiento. Respecto a la interpretación de las escalas, existen baremos en función del sexo y la edad con que comparar las puntuaciones de los individuos. Se considera que puntuaciones entre los percentiles 25 y 75 indican normalidad. Las puntuaciones que se encuentran por encima del percentil 75 ponen de manifiesto una interferencia con un funcionamiento óptimo. Esta interpretación no debe aplicarse a las escalas de estado, en cuyo caso se construyeron cuatro niveles de clasificación (alto, moderado, bajo y nulo) en función del sexo y la edad. La consistencia interna de las escalas y subescalas es moderadamente alta (el alfa de Cronbach oscila entre 0.67 y 0.89).

Diseño

En cuanto al diseño, la presente investigación es un estudio *ex post facto* de tipo retrospectivo (18).

Procedimiento

La muestra se seleccionó en función de la disponibilidad de la misma. Se tuvo en cuenta que los participantes estuviesen en tratamiento farmacológico para la infección durante más de un mes para evitar los positi-

bles efectos secundarios de carácter psicológico de la medicación y que pudieran confundirse con problemas psicológicos primarios. Igualmente, otro criterio de inclusión consistía en que los pacientes supieran leer y escribir. La recolección de datos tuvo lugar en tres hospitales públicos de la Comunidad Autónoma Andaluza, previa solicitud formal de autorización a los directores médicos de tales hospitales. Cada hospital aportó, respectivamente, 12, 26 y 62% de la muestra de pacientes. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de forma individual y la realizó siempre el mismo investigador, manteniendo constante la aplicación de los instrumentos. Los pacientes con VIH/SIDA acudían a la consulta del médico para una revisión de la enfermedad y éste les solicitaba su participación en el estudio. Los pacientes dispuestos a participar en el estudio pasaban entonces a una sala con el investigador para llenar los cuestionarios tras la visita a su médico. El investigador le explicaba a cada participante el objetivo del estudio y le entregaba los cuestionarios, informándole que los datos eran confidenciales. A los participantes se les daba la oportunidad de abandonar si después de leer la hoja de información general sobre la investigación no estaban conformes con ésta. Se proporcionaba a cada participante un cuadernillo donde se presentaban todos los instrumentos de evaluación engrapados con una hoja de información general sobre el estudio y una hoja de consentimiento informado. La duración de la aplicación oscilaba entre 25 y 35 minutos. Los datos clínicos fueron facilitados por los médicos especialistas en enfermedades infecciosas a partir de las historias médicas de los pacientes que participaron. Es necesario mencionar que algunos pacientes no dieron su consentimiento para que se revisaran sus historias clínicas. En otros casos no se disponía de la información relativa a algunos parámetros clínicos dado que las bases de datos informáticas no estaban actualizadas en el momento en que se consultaron. Por tanto, esos pacientes no se consideraron en los análisis estadísticos realizados. Por último, vale mencionar que se cumplieron con los requisitos éticos necesarios para la realización de investigaciones con humanos.

Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 11.0. Se empleó el estadístico *t* de Student para muestras independientes. El nivel de significación establecido fue $p < 0.05$.

RESULTADOS

De acuerdo con los análisis realizados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en fun-

CUADRO 2. Media, desviación típica y comparación de medias de los diferentes grupos clasificados por sexo en función de las variables psicopatológicas evaluadas

Variables psicopatológicas	Mujeres		Varones		Comparación de medias	
	M	DT	M	DT	t	p
Ansiedad estado	22.13	12.23	21.28	12.96	-0.293	0.770
Ira estado	18.97	5.49	19.88	6.51	0.696	0.488
Ira rasgo	19.97	5.37	20.31	6.22	0.276	0.783
Expresión de ira	29.88	12.78	28.75	10.86	-0.438	0.663
Depresión	12.21	8.09	14.62	10.81	1.225	0.224

ción del sexo en cuanto a síntomas de depresión, ansiedad estado, ira estado, ira rasgo y expresión de ira (cuadro 2).

En relación con los resultados obtenidos en la variable vía de infección, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos que se infectaron a través de diferentes vías en función de las variables evaluadas. Sin embargo, entre el grupo que se infectó por consumo de drogas por vía parenteral y el grupo que lo hizo a través de relaciones heterosexuales, las diferencias en ansiedad estado se acercan al nivel de significación ($t = -1.904$; $p = 0.062$) (cuadros 3 y 4).

Respecto a los resultados obtenidos en la variable nivel de linfocitos CD4, en el cuadro 5 se puede observar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de pacientes que se encuentran en los distintos niveles de linfocitos CD4 en función de las variables evaluadas. Los datos relativos a las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones de los pacientes para depresión, ansiedad estado, ira esta-

CUADRO 3. Comparación de medias de los diferentes grupos clasificados por vías de infección en función del tipo de variable psicopatológica

Variables psicopatológicas	UDVP-Hetero*		Hetero-Homo		UDVP-Homo	
	t	p	t	p	t	p
Depresión	-0.731	0.467	0.455	0.651	-0.011	0.992
Ansiedad estado	-1.904	0.062	0.267	0.791	1.102	0.277
Ira estado	-0.843	0.402	-0.577	0.567	1.196	0.238
Ira rasgo	1.040	0.302	-0.804	0.426	0.096	0.924
Expresión de ira	0.764	0.448	-0.452	0.654	0.027	0.979

*UDVP-Hetero: usuarios de droga por vía parenteral-heterosexuales; Hetero-Homo: heterosexuales-homosexuales; UDVP-Homo: usuarios de droga por vía parenteral-Homosexuales

CUADRO 4. Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas por los pacientes con VIH/SIDA evaluados en función de la vía de transmisión en las variables psicopatológicas evaluadas

Variables psicopatológicas	Usuarios de drogas por vía parenteral		Heterosexual		Homosexual	
	M	DT	M	DT	M	DT
Depresión	13.44	9.46	15.24	11.50	13.40	10.06
Ansiedad estado	19.21	11.33	25.42	14.45	24.00	12.42
Ira estado	18.89	5.70	20.08	6.41	21.44	5.96
Ira rasgo	20.67	6.27	19.20	5.57	20.89	5.79
Expresión de ira	30.13	12.24	27.93	11.18	30.00	9.32

CUADRO 5. Comparación de medias de los diferentes grupos clasificados por niveles de linfocitos CD4 en función del tipo de variable psicopatológica

Variables psicopatológicas	Nivel alto-Nivel bajo		Nivel medio-Nivel bajo		Nivel alto-Nivel medio	
	t	p	t	p	t	p
Depresión	0.559	0.580	1.057	0.297	-0.723	0.473
Ansiedad estado	0.183	0.856	1.044	0.305	-0.814	0.419
Ira estado	0.792	0.433	1.621	0.113	-0.931	0.356
Ira rasgo	-0.843	0.405	0.098	0.923	-1.095	0.279
Expresión de ira	-1.180	0.246	-0.278	0.783	-0.955	0.344

CUADRO 6. Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas por los pacientes con VIH/SIDA evaluados en función del nivel de linfocitos CD4 en las variables psicopatológicas evaluadas

Variables psicopatológicas	Nivel alto		Nivel medio		Nivel bajo	
	M	DT	M	DT	M	DT
Depresión	14.03	9.99	16.03	11.19	12.18	7.31
Ansiedad estado	21.17	13.25	24.41	14.58	20.36	8.84
Ira estado	19.33	7.11	21.00	6.74	17.58	4.31
Ira rasgo	19.59	6.20	21.45	6.46	21.25	4.13
Expresión de ira	28.19	9.99	31.27	13.34	32.55	11.14

do, ira rasgo y expresión de la ira en función del nivel de linfocitos CD4 se recogen en el cuadro 6.

En cuanto al nivel de carga viral, en el cuadro 7 se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con niveles medio y bajo de carga viral para ansiedad estado ($t = 2.916$; $p = 0.005$). En el cuadro 8 se detallan las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas por los participantes en las diferentes variables evaluadas en función del nivel de carga viral.

CUADRO 7. Comparación de medias de los diferentes grupos clasificados por niveles de carga viral en función del tipo de variable psicopatológica

Variables psicopatológicas	Nivel alto-Nivel bajo		Nivel medio-Nivel bajo		Nivel alto-Nivel medio	
	t	p	t	p	t	p
Depresión	0.000	1.000	0.931	0.356	-0.652	0.521
Ansiedad estado	0.772	0.444	2.916	0.005*	-1.551	0.137
Ira estado	0.792	0.433	1.621	0.113	-0.931	0.356
Ira rasgo	-0.843	0.405	0.098	0.923	-1.095	0.279
Expresión de ira	-1.180	0.246	-0.278	0.783	-0.955	0.344

*Estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

CUADRO 8. Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas por los pacientes con VIH/SIDA evaluados en función del nivel de carga viral en las variables psicopatológicas evaluadas

Variables psicopatológicas	Nivel alto		Nivel medio		Nivel bajo	
	M	DT	M	DT	M	DT
Depresión	14.20	10.40	17.00	10.80	14.20	10.16
Ansiedad estado	23.33	10.86	31.85	13.72	19.80	12.69
Ira estado	18.60	5.23	23.47	9.96	18.85	5.07
Ira rasgo	18.40	5.58	20.87	6.31	21.20	5.94
Expresión de ira	28.38	10.14	30.80	13.53	30.31	11.23

CUADRO 9. Comparación de medias de los diferentes grupos clasificados por estadios de la infección en función del tipo de variable psicopatológica

Variables psicopatológicas	Asintomático-SIDA		Sintomático-SIDA		Asintomático-Sintomático	
	t	p	t	p	t	p
Depresión	-1.233	0.223	-0.629	0.533	-0.534	0.595
Ansiedad estado	-0.221	0.826	0.543	0.590	-0.824	0.414
Ira estado	-0.772	0.433	1.098	0.278	-2.072	0.043*
Ira rasgo	-1.141	0.259	0.369	0.714	-1.536	0.130
Expresión de ira	0.494	0.623	0.443	0.660	0.014	0.989

*Estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

Los resultados obtenidos en la variable estadio de la infección indican que existen diferencias estadísticamente significativas para ira estado entre el grupo de sujetos que se encuentra en el estadio asintomático y el grupo que se encuadra en el estadio sintomático ($t = -2.072$; $p = 0.043$) (cuadros 9 y 10).

Tras realizar análisis estadísticos aplicados a la variable lipodistrofia, se indica que únicamente existen diferencias estadísticamente significativas en la variable ansiedad estado entre el grupo que presenta lipodistrofia y el grupo que no la presenta ($t = -2.161$; $p = 0.035$) (cuadro 11).

En cuanto a la comparación para la variable depresión con el grupo normativo, se puso de manifiesto que 52.9% de las mujeres no tuvo rasgos de depresión, 23.5% presentó características de depresión leve y 23.5% manifestó síntomas moderados de depresión. Respecto a los varones, 1.7% no manifestó sintomatología depresiva, 25.0% mostró rasgos de depresión leve, 20.0% tuvo rasgos moderados de depresión y 13.3% presentó síntomas graves de depresión.

Respecto a la variable ansiedad estado, 49.0% de los varones y 53.5% de las mujeres se ubicaron por debajo del percentil 50. Por encima del percentil 50 para ansiedad estado se situaron 51.0% de los varones y 46.5% de las mujeres.

En relación con la variable ira estado, 5.0% de los varones tuvo un nivel alto, 6.7% se encontró en un nivel moderado, 58.3% estuvo en un nivel bajo y 30.0% no la presentó. En cuanto a las mujeres, ninguna de ellas tuvo un nivel alto de ira estado, 8.6% se ubicó en un nivel moderado, 51.4% se encontró en un nivel bajo

CUADRO 10. Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas por los pacientes con VIH/SIDA evaluados en función del estadio de la infección en las variables psicopatológicas evaluadas

Variables psicopatológicas	Asintomático		Sintomático		SIDA	
	M	DT	M	DT	M	DT
Depresión	12.89	11.52	14.40	9.81	16.10	7.86
Ansiedad estado	20.97	14.21	24.10	12.69	21.88	11.78
Ira estado	18.33	5.42	21.73	7.50	19.52	5.93
Ira rasgo	19.03	5.77	21.54	6.81	20.84	5.26
Expresión de ira	29.65	11.31	29.60	12.06	28.05	10.61

CUADRO 11. Media, desviación típica y comparación de medias de los diferentes grupos clasificados por presencia y ausencia de lipodistrofia en función de las variables psicopatológicas evaluadas

Variables psicopatológicas	Presencia de lipodistrofia		Ausencia de lipodistrofia		Comparación de medias	
	M	DT	M	DT	t	p
Ansiedad estado	18.38	9.88	25.12	14.42	-2.161	0.035*
Ira estado	19.07	4.72	20.20	7.50	-1.13	0.479
Ira rasgo	21.67	6.19	20.22	5.85	1.44	0.342
Expresión de ira	30.73	13.22	29.82	10.39	0.91	0.758
Depresión	14.38	8.14	15.09	11.38	-0.70	0.783

*Estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

y el 40.0% no la presentó. En la variable ira rasgo, 25.8% de los varones y 17.7% de las mujeres se situaron entre los percentiles 1 y 25; 27.5% de los varones y 35.3% de las mujeres se ubicaron entre los percentiles 26 y 50 en ira rasgo; 17.1% de los varones y 32.3% de las mujeres estuvieron entre los percentiles 51 y 75. Entre los percentiles 76 y 100 en ira rasgo se hallaron 29.2% de los varones y 14.6% de las mujeres. En la variable expresión de ira, 40.0% de los varones y 34.3% de las mujeres se situaron entre los percentiles 1 y 25 en expresión de ira; 14.5% de los varones y 25.0% de las mujeres se ubicaron entre los percentiles 26 y 50 en expresión de ira; 21.8% de los varones y 18.7% de las mujeres estuvieron entre los percentiles 51 y 75 en expresión de ira. Por último, 23.6% de los varones y 21.9% de las mujeres se encuadraron entre los percentiles 76 y 100 en expresión de ira.

DISCUSIÓN

La depresión y la ansiedad son frecuentes entre los pacientes con VIH/SIDA (6, 11, 13, 25, 28, 30). En nuestra investigación, la mayoría de los varones con VIH/SIDA muestra una sintomatología depresiva que oscila entre la depresión leve, moderada y grave. En cambio, la mayoría de las mujeres del grupo no manifiesta rasgos de depresión. Este resultado es interesante, pues en la población normal se da la condición inversa, es decir, existe una mayor proporción de mujeres con depresión. Por tanto, se podría estudiar en el futuro qué factores influyen para que los varones padeczan más síntomas depresivos. Por otro lado, la mayoría de los varones de nuestra muestra se encuadra en los estadios asintomático y sintomático, por lo que las manifestaciones de la enfermedad pueden haber contribuido a una mayor presencia de características de depresión en este grupo.

En cuanto a la ansiedad, una gran proporción de los varones de nuestra muestra presenta ansiedad estado, mientras que la mayoría de las mujeres no la muestra. Parece ser que las mujeres que participaron en esta in-

vestigación presentan un mejor afrontamiento a la infección que los varones. Se podría evaluar en posteriores estudios qué estrategias de afrontamiento emplean mujeres y varones, cuáles son más efectivas, qué diferencias hay por sexo en función de las estrategias de afrontamiento utilizadas y si realmente el manejo de diferentes estrategias de afrontamiento surte un efecto benéfico sobre la ansiedad y la depresión. Otro factor importante es que la incertidumbre generada por el desconocimiento de cómo va a evolucionar la enfermedad podría explicar los niveles elevados de rasgos de depresión y de la ansiedad estado en el grupo de varones, tal como apuntan algunas investigaciones (17).

Con respecto a las vías de transmisión, un dato que vale destacar es que 44.4% de los varones participantes se infectaron por el VIH por consumir drogas por vía parenteral. Este elevado porcentaje es comprensible si se considera que, hasta diciembre de 2003, 64.70% de los varones con SIDA en España había contraído el virus por medio de esta vía de transmisión (4) y, por tanto, la muestra de varones con VIH/SIDA representa la realidad de la infección por el VIH en España. Se encontraron diferencias que se acercan al nivel de significación para la ansiedad estado entre el grupo que se infectó por el VIH por consumir drogas por vía parenteral y el grupo que contrajo el VIH en relaciones heterosexuales. Los pacientes que se contagieron de la infección en relaciones heterosexuales muestran mayor ansiedad estado que aquellos que se infectaron por consumo de drogas por vía parenteral. Puede ser que los que se infectaron por consumo de drogas por vía parenteral fueran más conscientes del peligro que corrían de contraer el VIH al compartir jeringuillas para el consumo de drogas, mientras que a los que se contagieron del virus en relaciones heterosexuales se percibirían como menos susceptibles a la infección. De esta manera, los resultados observados podrían explicarse, posiblemente, por una mayor presencia en los pacientes infectados en relaciones heterosexuales de cogniciones frecuentes entre las personas seropositivas, como las relacionadas con la incertidumbre sobre el curso de la enfermedad, y que implican ansiedad, y de las relativas a las conductas de riesgo, que traen consigo sentimientos de culpa (5). Otros estudios han encontrado resultados similares; por ejemplo, se ha hallado que existía una relación significativa positiva entre contraer el VIH por transmisión sexual y ansiedad (13).

En la presente investigación se ha hecho patente que los pacientes con VIH/SIDA con un nivel medio de carga viral tienen mayor ansiedad estado que el grupo con un nivel de carga viral bajo. Esto puede deberse a que la ansiedad estado puede influir en el nivel fisioló-

gico de manera que dichos estados emocionales pueden producir un aumento en la carga viral de las personas con VIH/SIDA. Otra posible explicación es que los pacientes con carga viral media, al encontrarse más deteriorados físicamente que los que tienen una carga viral baja, no hayan asumido completamente el deterioro progresivo que produce la infección, por lo que sus niveles de ansiedad estado son mayores. Además, los pacientes con carga viral media perciben en mayor medida el deterioro que produce en sus cuerpos y que la infección avanza, por lo que los niveles de ansiedad estado son más elevados que los de los pacientes con carga viral baja.

La ira está entre otras reacciones emocionales que se suelen manifestar con frecuencia entre los pacientes a los que se les diagnostica el VIH o el SIDA (5). Los pacientes en fase sintomática muestran una mayor ira estado que los pacientes en fase asintomática. El estadio de la infección puede constituir un factor que explique este resultado, ya que los pacientes en fase sintomática empiezan a desarrollar la sintomatología propia de la infección, lo cual podría provocar la aparición o el aumento de un estado emocional de ira al percibir que no pueden frenar el curso de la enfermedad. En esta misma línea, se ha afirmado que la aparición de los primeros síntomas de la infección supone un gran impacto emocional (33). En general, la mayoría de los varones y de las mujeres del presente estudio tiene niveles bajos de ira estado; en cuanto a la variable ira rasgo, aproximadamente la mitad de los varones no la manifiesta. Sin embargo, un porcentaje importante de varones con VIH/SIDA experimenta, expresa o reprime poco la ira, y otra proporción sustancial de varones presenta con frecuencia sentimientos de ira y suele pensar que son tratados indebidamente por los demás. En lo referente al grupo de mujeres de nuestra investigación, la mayoría no posee ira rasgo. En general, se puede afirmar que nuestra muestra de pacientes no se caracteriza por ser de personas en quienes la ira constituya un rasgo de personalidad. Respecto a la expresión de la ira, más de la tercera parte de los varones y de las mujeres de nuestra muestra no suele expresarla. Aproximadamente, la cuarta parte de los varones y de las mujeres experimenta intensos sentimientos de ira que pueden ser suprimidos o expresados en conductas agresivas. En relación con esta línea, se ha puesto de manifiesto que la ira, como forma de afrontamiento, constituye un factor derivado de vivir con VIH/SIDA (19).

Otro aspecto importante en la infección por el VIH es la presencia de lipodistrofia, síndrome que genera un deterioro de la imagen corporal, por lo que se producen alteraciones en la autoestima y en las relaciones sociales (6). En la presente investigación se ha encon-

trado que las personas que no manifiestan lipodistrofia presentan más ansiedad estado que aquellas que sufren lipodistrofia. Este resultado es incongruente con algunos estudios realizados que han hecho patente que la presencia de lipodistrofia produce malestar emocional (7). Quizá se debería contar con una muestra más amplia de pacientes con lipodistrofia para observar si se mantienen estos resultados. Actualmente, no existe una definición diagnóstica consensuada para la lipodistrofia, por lo que para su diagnóstico se recurre a los informes del paciente acerca de los cambios físicos que se producen, junto con la confirmación del médico, o bien es éste quien la identifica (7). Si se tiene en cuenta que el diagnóstico de lipodistrofia es subjetivo, puede ser que la padeczan pacientes a los que no se les ha diagnosticado. A este hecho hay que añadir que se pueden dar retrasos en el ingreso de los datos relativos a la lipodistrofia en las historias médicas, de manera que puede parecer que el paciente no presenta lipodistrofia cuando en realidad sí la padece.

Dado que algunas investigaciones han puesto de manifiesto que existe una relación entre factores psicológicos y enfermedades que afectan al sistema inmunológico, y que factores como el estrés, la ansiedad y la depresión producen efectos perjudiciales en una gran cantidad de enfermedades, entre la que está la infección por el VIH (29), la evaluación e intervención en estos aspectos tendría como consecuencia una mejora de los pacientes en el nivel psicológico, lo cual repercutiría a su vez en el nivel fisiológico. Todo lo anterior contribuiría de esta manera a una desaceleración de la evolución de la enfermedad. Además, se podrían alcanzar mejoras en cuanto al cumplimiento de las pautas del tratamiento y de los consejos médicos.

Otros aspectos que sería importante evaluar en futuras investigaciones en los pacientes con VIH/SIDA son el apoyo social, los estilos de afrontamiento, el nivel de estigmatización percibido y la percepción de control de la salud por parte del paciente, ya que algunos estudios realizados han indicado su importancia en las enfermedades que afectan al sistema inmunológico y, por tanto, en el VIH/SIDA (11, 14, 23, 29).

REFERENCIAS

1. BECK A, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G: *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. Nueva York, 1979.
2. BERMUDEZ J: Análisis funcional de la ansiedad. *Rev Psicol Gen Apl*, 153:617-634, 1978.
3. BERMUDEZ J: Ansiedad y rendimiento. *Rev Psicol Gen Apl*, 151:183-207, 1978.
4. BERMUDEZ MP, TEVA I: Situación actual del SIDA en España: análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. *Int J Clin Health Psicol*, 4:553-570, 2005.
5. CHURCH J: The application of cognitive-behavioural therapy for depression to people with Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Psychooncology*, 7:78-88, 1998.
6. COLLINS E, WAGNER C, WALMSLEY S: Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *AIDS Reader*, 10:546-551, 2000.
7. GARCIA MD, FONT A: Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia. *Psicol Salud*, 14:5-11, 2004.
8. GORDILLO V, DEL AMO J, SORIANO V, GONZALEZ-LAHOZ J: Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13:1763-1769, 1999.
9. HEINZE G: Mente-cerebro: sus señales y su repercusión en el sistema inmunológico. *Salud Mental*, 24:3-9, 2001.
10. HOLZEMER WL, CORLESS IB, NOOKES KM, TURNER JG y cols.: Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease. *AIDS Patient Care ST*, 13:185-197, 1999.
11. KATZ MH, DOUGLAS JM, BOLAN GA, MARX R y cols.: Depression and use of mental health services among HIV-infected men. *AIDS Care*, 8:433-442, 1996.
12. LESERMAN J, PETITO JM, GU H, GAYNES BN: Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: Psychosocial and physiological predictors. *Psychol Med*, 32:1059-1073, 2002.
13. MARTIN I, CANO R, PEREZ DE AYALA P y cols.: Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *An Med Interna*, 19:396-404, 2002.
14. MATUD P, CARBALLEIRA M, LOPEZ M, MARRERO R, IBAÑEZ I: Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25:32-37, 2002.
15. MIGUEL-TOBAL JJ, CASADO MI, CANO-VINDEL A, SPIELBERGER CD: *Manual del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2*. TEA Ediciones. Madrid, 2001.
16. MIGUEL-TOBAL JJ, GONZALEZ-ORDI H: Anxiety disorders. En: Fernández Ballesteros R (ed). *Encyclopedia of Psychological Assessment*. Sage: 40-44, Londres, 2003.
17. MOLASSIOTIS A, CALLAGHAN P, TWINN SF, LAM SW: A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counselling in decreasing psychological distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. *AIDS Patient Care ST*, 16:83-96, 2002.
18. MONTERO I, LEON OG: Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *Int J Clin Health Psychol*, 5:115-127, 2005.
19. MOSCOSO MS, BERMUDEZ MP: Ira y hostilidad: evaluación e implicaciones en el tratamiento psicológico de pacientes infectados por VIH. En: Fernández-Abascal EG, Palmero F (coords). *Emociones y Salud*. Ariel, pp 233-250, Barcelona, 1999.
20. PAVON RL, HERNANDEZ ME, LORIA SF, SANDOVAL LG: Interacciones neuroendocrinoinmunitológicas. *Salud Mental*, 27:19-25, 2004.
21. PENZAK SR, REDDY YS, GRIMSLEY SR: Depression in patients with HIV infection. *Am J Health Syst Pharm*, 57:376-386, 2000.
22. RAMOS-ALVAREZ MM, CATENA A: Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en ciencias del comportamiento. *Int J Clin Health Psychol*, 4:173-189, 2004.
23. REMOR EA, CARROBLES JA, ARRANZ P, MARTINEZ DA, ULLA S: Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicol Conduct*, 9:323-336, 2001.
24. SANZ J, VAZQUEZ C: Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10:303-318, 1998.

25. SIEGEL K, KARUS D, RAVEIS VH, HAGEN D: Psychological adjustment of women with HIV/AIDS: racial and ethnic comparisons. *J Community Psychol*, 26:439-455, 1998.
26. SPIELBERGER CD: *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Psychological Assessment Resources. Odessa, 1996.
27. SPIELBERGER CD, GORSUCH R, LUSCHENE R: *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press. California, 1970 (Adapt. Española, TEA, 1982).
28. SU L: Depression, antidepressant prescribing and quality of life in an urban HIV-infected population. *Dissert Abst Int Section B Sciences Engineering*, 57:3163, 1996.
29. TRUJILLO HM, OVIEDO-JOEKES E, VARGAS C: Avances en psiconeuroinmunología. *Rev Int Psic Clín Salud/Int J Clin Health Psychol*, 1:413-474, 2001.
30. VAN-SERVELLEN G, AGUIRREM, SARNAL, BRECHT ML: Differential predictors of emotional distress in HIV-infected men and women. *West J Nurs Res*, 24:49-72, 2002.
31. VAZQUEZ C, SANZ J: Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica Salud*, 8:403-422, 1997.
32. VAZQUEZ C, SANZ J: Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978, en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica Salud*, 10:59-81, 1999.
33. VERA-VILLARROEL P, PEREZ V, MORENO E, ALLENDE F: Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *Int J Clin Health Psychol*, 4:55-67, 2004.