Descargado el: 18-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/sida

Negative Emotional States and Clinical Variables in People with Human Immunodeficiency Virus/AIDS

Yamila Ramos Rangel[1] Ana Esther Cabrera Pérez[2] Belkis González Aguiar[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Policlínico de Rodas, Rodas, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Ramos-Rangel Y, Cabrera-Pérez A, González-Aguiar B. Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/sida. **Medisur** [revista en Internet]. 2016 [citado 2026 Nov 18]; 14(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3343

Resumen

Fundamento: en la actualidad se observa un incremento acelerado de las personas que conviven con el virus de inmunodeficiencia humana/sida, lo que constituye uno de los mayores desafíos al que se han tenido que enfrentar los profesionales e investigadores de la salud.
Objetivo: describir la relación entre variables psicológicas y variables clínicas en personas con diagnóstico de sida.
Métodos: estudio descriptivo, correlacional. Se trabajó con el universo, conformado por 19 personas diagnosticadas con sida. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas psicológicas. Se aplicó la entrevista semiestructurada, el inventario de ansiedad estado-rasgo, inventario de depresión de Beck e inventario de expresión de ira estado rasgo.
Resultados: predominaron rangos de edad correspondientes a adultos jóvenes (31,5 %) y de mediana edad (31,5 %), en su mayoría masculinos (74 %), blancos (14 %), con bajos niveles educacionales (57,9 %). Existió correlación directa entre años de evolución de la enfermedad con la ansiedad estado y rasgo, y la ira rasgo; y una correlación directa entre el conteo de CD4 y la ansiedad como estado, la ira estado rasgo, el índice de expresión de la ira y la depresión.
Conclusión: existen intervínculos entre las variables psicológicas y clínicas estudiadas, encontrándose asociaciones fuertes entre estas. En la mayoría de los casos la correlación fue muy fuerte y directa, excepto en la ansiedad como rasgo, que mostró una correlación inversa y muy débil respecto al conteo de CD4.

Palabras clave: VIH, emociones, síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Abstract

Foundation: At present it observed an accelerated increase of people who live with Human Immunodeficiency Virus/Aids. This constitutes one of the main challenges which health professionals and researchers have had to face.
Objective: to describe the relationship between clinical and psychological variables in people with the diagnosis of Aids.
Methods: descriptive correlational study. It was worked with a universe, formed by 19 people diagnosed with Aids. Socio-demographic, clinical and psychological variables were analyzed. A semi-structured interview, State-trait anxiety inventory, Beck depression inventory and State-Trait Anger Expression Inventory.
Results: predominating age range were young adults (31.5 %= and middle age (31.5 %) most of them males (74 %) white (14%) with low educational levels (57.9 %). There was a direct correlation between CD4 count and anxiety as a state, anger status trait, anger expression index and depression.
Conclusion: there are interlinks among the studied psychological and clinical variables, strong associations among them were found. In the majority of the cases the correlation was strong and direct, except in anxiety as a trait which showed an inverse correlation and very weak with respect to the CD4 count.

Key words: HIV, emotions, acquired immunodeficiency syndrome

Aprobado: 2016-11-14 09:36:03

Correspondencia: Yamila Ramos Rangel. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos psicologia6003@ucm.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En la historia de la humanidad nunca se había conocido un despliegue del fenómeno del sida como el que ha venido produciéndose desde mediados del pasado siglo, adquiriendo una nueva dimensión de pandemia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó a finales de siglo XX que más de 33 millones de adultos y tres millones de niños, habían sido infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH-1), y que el 70 % de los casos tenían lugar en África. Según el informe de la Organización de Naciones Unidas (ONU-Sida) y la OMS, el número de personas que vivían con VIH/sida a finales del 2012 ascendía a los 34 millones.[1]

En Cuba, la incidencia es la más baja de toda América (0,07 %), y una de las más bajas de todo el mundo. Hasta noviembre de 2011 existía un total de 4689 seropositivos vivos, y 6232 personas viviendo con VIH/sida. Prevalece el sexo masculino con un total de 6238, seguido por los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) que suman 5376.[2]

La provincia de Cienfuegos se encuentra marcada en estas estadísticas, con un total de 435 casos, para una tasa de prevalencia de 0,09 x 100 000 habitantes. En el año 2012 se notificaron 49 casos. El municipio de Rodas, contexto donde se realiza el presente estudio, es considerado en esta provincia el más afectado por esta enfermedad, al contar con 19 casos de sida y 49 seropositivos, de los cuales 38 son hombres y 11 son mujeres.[3] Así mismo, se hace mayor el número de personas que sufren la descompensación en el normal equilibrio de sus procesos psíquicos, al conocer que han sido infectados por un virus, que quizás en pocos años pondrá fin a sus vidas; por estas razones, requieren de una adecuada atención psicológica. Múltiples investigaciones realizadas en la última década desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, han contribuido al abordaje de este fenómeno de gran repercusión social y humana, ya que han llevado a cabo aproximaciones al estudio del papel de los estados emocionales en la aparición y curso de esta enfermedad.[4-8]

En la actualidad, existen evidencias científicas que permiten suponer que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las negativas tienden a disminuirla.[9] Se ha descubierto que las emociones negativas, como la ira, la ansiedad o la depresión, debilitan la eficacia de ciertas células inmunológicas, haciendo que los pacientes contagiados del virus sean más susceptibles de contraer enfermedades oportunistas.[10]

Cuba cuenta con una estrategia de respuesta al VIH/sida con un enfoque integral, que garantiza y protege los derechos de las personas que conviven con esta enfermedad. Esta responde al principio de enriquecer y perfeccionar las prácticas actuales, desde un enfoque multidisciplinario de la atención al paciente con VIH/sida como tarea primordial.[11]

El objetivo de esta investigación es describir la relación entre variables psicológicas y variables clínicas en personas con diagnóstico de sida.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal, en el período de septiembre 2012 a abril 2013, con un enfoque cuantitativo, que se complementa con el análisis cualitativo de los datos (convergencia de paradigmas). Se trabajó con todos las personas que se encontraban en la fase de caso sida del municipio de Rodas en la provincia Cienfuegos (n=19).

Las variables se clasificaron en: variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de escolaridad, color de la piel); y variables clínicas: conteo de linfocitos CD4 (nivel bajo, medio y alto), años de evolución de la enfermedad sida caso sida (uno, dos, tres, cuatro y cinco años) y variables psicológicas: ansiedad (nivel bajo, medio y alto), depresión (ligera, moderada y grave) e ira (nivel alto, moderado, bajo y nulo).

Fueron analizados los manuscritos teóricos y metodológicos del programa de atención integral a personas que viven con VIH/sida en Cuba, y las historias clínicas de los pacientes, que permitieron obtener información sobre el diagnóstico, cuadro clínico, tratamiento y otras particularidades. Se aplicó el Inventario de ansiedad estado-rasgo, de Spielberger, para determinar el nivel de ansiedad peculiar o rasgo y ansiedad estado, el Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2), adaptación cubana del *State Trait Anger Expression Inventory*-2,[12] para medir los niveles de la ira estado, ira rasgo e índice de expresión (IEI) y el Inventario de depresión de Beck para medir la depresión.

Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos y

jurídicos en la obtención de la información, partiendo del principio de justicia social, el respeto a las diferencias y el trato a todos por igual. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes y la aprobación de Dirección Municipal de Salud en el municipio de Rodas para la realización del estudio. Al aplicar los instrumentos seleccionados, se garantizó el anonimato, con vistas a proteger la privacidad de los participantes.

Se realizó un análisis por técnicas y posteriormente un análisis integral del grupo. Se procesó la información en la base de datos del paquete estadístico SPSS 15,0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows. Para realizar las asociaciones entre las variables psicológicas y clínicas, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearmam. Se trabajó a un nivel de significación ά=0,01 para la prueba de hipótesis, con lo que se logró una confiabilidad de un 99 % en los resultados. Los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia y porcientos.

RESULTADOS

En relación a la edad, los rangos que más pacientes presentaron en el diagnóstico, fueron los correspondientes a los adultos jóvenes (20 a 30 años) y de mediana edad (41 a 50 años), con una frecuencia de 31,5 % en ambos grupos. Se encontraron infectados como caso sida en mayor porcentaje los del sexo masculino (74 %). Predominó el nivel de escolaridad primario vencido (57,9 %), seguido de niveles medios (21 %). De las 19 personas con diagnóstico confirmado como caso sida, 14 fueron de color de la piel blanco.

En el mayor número de pacientes, la enfermedad tenía 5 años de evolución. (Gráfico 1).



Gráfico 1. Distribución de pacientes según años de evolución de la enfermedad.

En cuanto a los conteos de CD4, se observó un predominio de niveles medios. (Gráfico 2).

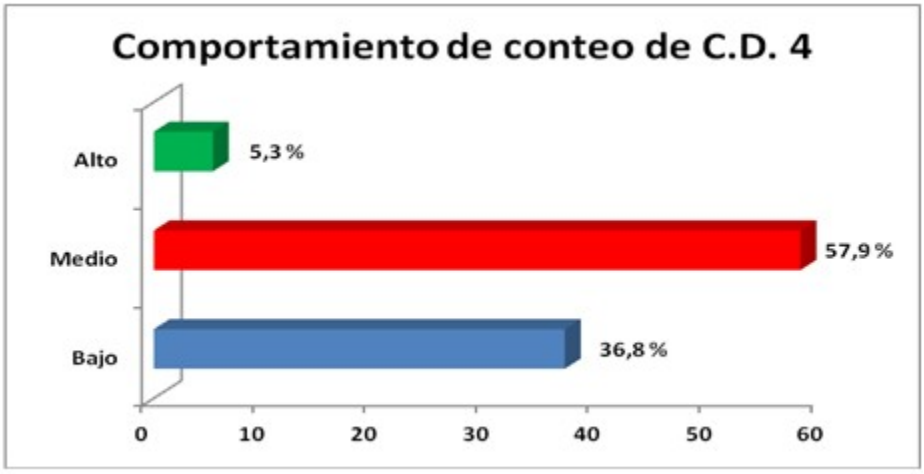


Gráfico 2. Distribución de pacientes según el conteo de CD4.

Los puntajes más altos de ansiedad se hallaron en la subescala estado (37,9 %), a diferencia de la subescala rasgo, donde el mayor porcentaje se encontró en los niveles bajos (42,1 %), predominando así niveles altos de ansiedad como estado y bajos de ansiedad como rasgo. (Gráfico 3).



Gráfico 3. Distribución de los niveles de ansiedad como estado y como rasgo en pacientes en fase de caso Sida

Existió un predominio de puntuaciones altas de depresión (moderada y severa) de gran interés clínico. (Gráfico 4).

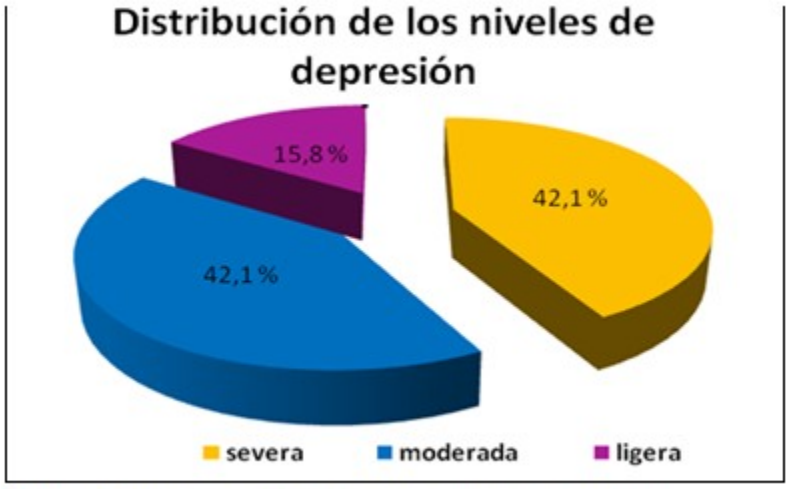


Gráfico 4. Distribución de pacientes según niveles de depresión.

Se registró la presencia de ira como estado, rasgo y su expresión (IEI), aunque la mayor frecuencia correspondió a niveles bajos, siendo de interés clínico las puntuaciones catalogadas como moderadas y altas. (Gráfico 5).

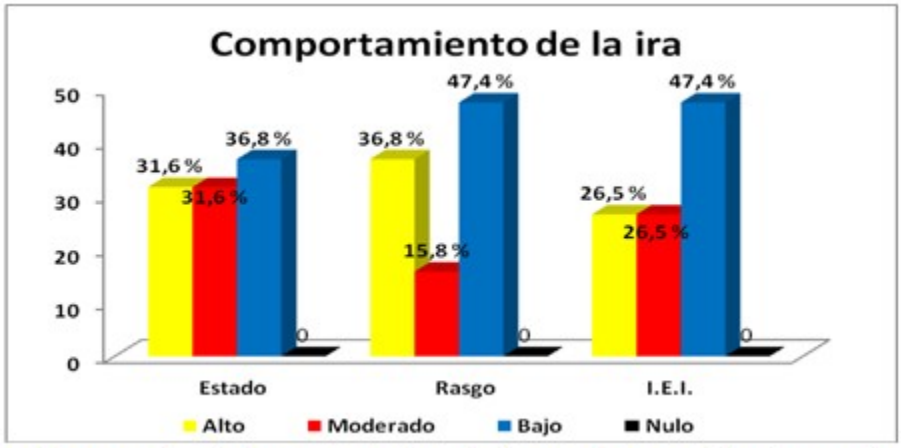


Gráfico 5. Distribución de pacientes según niveles de ira estado, rasgo e índice de expresión

Existió una correlación directa (**) entre los años de evolución de la enfermedad con la ansiedad como estado y como rasgo, con la ira como rasgo y como IEI y con la depresión. La relación resultó ser inversa y muy débil (*) con la ira como estado.

Se obtuvo una correlación directa y muy fuerte (**) entre el conteo de CD4 con la ansiedad como estado, con la ira como estado, como rasgo y como IEI y con la depresión y una correlación inversa y muy débil (*) con la ansiedad como rasgo. (Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones entre variables psicológicas y clínicas de pacientes en fase de caso Sida

Variables clínicas	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Ira estado	Ira rasgo	Ira IEI	Depresión
Años de evolución de la enfermedad	,117 (**)	,060(**)	,-083(*)	,189(**)	,347(**)	,367(**)
Conteo de CD4	,020(**)	-,226(*)	-,057(*)	-,325(*)	-,231(*)	-,102(*)

Correlación significativa para 0,05 (*) y 0,01(**)

DISCUSIÓN

El sida es un problema de salud de gran magnitud que afecta al mundo. En las personas con VIH/sida no solo se ve afectado el funcionamiento fisiológico, sino también el estado emocional y mental; estas se ven enfrentados a una serie de estresores socioculturales, económicos y psicológicos, con los que deben lidiar.

En relación a la edad, los rangos que más pacientes presentaron fueron los correspondientes a los adultos jóvenes (20 a 30 años) y de mediana edad (41 a 50 años); estos resultados coinciden con investigaciones donde se plantea que el 50 % de los casos han adquirido la enfermedad a los 20 años de edad y otras entre los 25 y 34 años de edad.[2,10]

En el 2013, una cifra estimada de 2704 jóvenes fueron diagnosticados con sida en los Estados Unidos, que representaron el 10 % de las 26 688 personas diagnosticadas con esta enfermedad durante ese año.[13,14]

Mediante el trabajo preventivo, Cuba ha logrado reducir los nuevos casos de edades entre 15 y 19 años, e incluso hasta los de 24, mientras que la infección continúa aumentando en los mayores de 29. La edad promedio de los seropositivos está entre 32 y 34 años.[10-15]

Los criterios del Dr. Jorge Pérez, subdirector del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK), avalan estos registros cuando plantea que el VIH/sida afecta fundamentalmente a los jóvenes, debido a que esta es la etapa de mayor actividad sexual; mientras que la edad media resulta ser el grupo económicamente más activo, pudiendo esta independencia económica facilitar las posibilidades de relaciones paralelas y contactos sexuales fortuitos con mayor riesgo de ser infectados.

La distribución de los sujetos por sexo, evidenció que los hombres fueron los más afectados. Diversos trabajos epidemiológicos concluyen que existe una mayor prevalencia del sexo masculino en las personas que viven con el VIH.[10,11,14] En el caso de Cuba, hay un total de 4689 seropositivos vivos, y 6232 personas viviendo con VIH/sida (PVVIH/SIDA). De ellos, 6238 son pacientes de sexo masculino, seguido por los HSH, que suman 5376. El Anuario Estadístico de Salud de Cuba registra las mayores tasas de incidencia (tasa por 1 000 000 habitantes) en el sexo masculino, cifras que han ido en aumento (año 2000: 35,6 masculino y 10,8 femenino; año 2013: 64,4 masculino y 15,6 femenino; año 2014: 52,0 masculino y 9,7 femenino).[3]

La mayor afectación del sexo masculino puede estar asociada a diversos factores, como conductas sexuales con baja percepción de riesgo, principalmente entre los hombres que tiene sexo con otros hombres, a estereotipos sexistas de masculinidad y tendencias homofóbicas en la sociedad, que provocan que estos hombres con frecuencia tengan relaciones furtivas, secretas, de manera apresurada o en lugares semipúblicos, lo que puede obstaculizar el empleo de medidas preventivas como el uso del condón. Es por ello que se debe tener en cuenta que para evitar la propagación del VIH/sida, la prevención juega un papel protagónico,[16] desde una educación de la población encaminada al cambio en las percepciones prejuiciadas acerca de la orientación sexual y la identidad de género.

Existen reportes de investigaciones donde se indica que un bajo nivel educativo puede representar un obstáculo para la adherencia al

tratamiento.[17] Esta variable se asocia al manejo del proceso de aceptación de la enfermedad por estos pacientes, e influye en el resultado de los programas de intervención diseñados para facilitar la atención integral de estos desde enfoques personalizados. En la serie estudiada en particular, predominó el bajo nivel de escolaridad, resultado similar al de otras investigaciones.[10,17]

En cuanto al color de la piel, de las 19 personas con diagnóstico confirmado de caso sida, 14 eran blancos, lo que puede estar asociado a que el mayor porcentaje de personas que viven en el municipio Rodas son blancas.[3]

En el caso de los años de evolución de la enfermedad, se observó que el mayor número de pacientes conviven cinco años con este padecimiento. Estos resultados difieren significativamente de otra investigación realizada en Cuba, en la que predominaron los pacientes que llevaban de 10 a 15 años con el diagnóstico de la enfermedad.[17]

Al analizar el conteo de los CD4 se halló un predominio de niveles medios, lo que se explica por el hecho de que los pacientes se encontraban controlados y asintomáticos en el momento del estudio. Se encontraron investigaciones donde se reportaron comportamientos similares.[10,11]

En cuanto a los resultados de las variables psicológicas analizadas, se constató un predominio de niveles altos de ansiedad como estado y de niveles bajos de ansiedad como rasgo, en correspondencia con otras investigaciones donde los resultados arrojan puntuaciones de ansiedad altas.[7,13,18] Cuando el organismo se somete a alguna presión, las respuestas hormonales detienen ciertas funciones inmunológicas, haciendo a las personas más vulnerables a los patógenos responsables de las infecciones.

Llama la atención los elevados puntajes en la subescala que mide la ansiedad como estado, lo cual denota que encontrarse en la fase caso sida tiene un impacto importante sobre este aspecto clínico, por lo sombrío del pronóstico y las expectativas que esta genera en varias esferas, dígase social, laboral, familiar, entre otras. Al ser este estado emocional de ansiedad negativo, que surge ante condiciones específicas, no habituales como el diagnóstico de sida, y que depende directamente de la valoración por el individuo de la situación concreta percibida por él como amenazante, resultan en consecuencia, aspectos a modificar y prever para que sus manifestaciones psicofisiológicas no constituyan alteraciones estables de los procesos psíquicos, lo cual agravaría la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Con respecto a la depresión, los resultados mostraron un predominio de puntuaciones altas de depresión (moderada y severa) de gran interés clínico; lo mismo se ha observado en otras investigaciones.[10,13,18-20] Estos resultados apuntan a la presencia de una depresión clínica, que deberá ser corroborada con otros procedimientos diagnósticos, ya que hay consenso de que el Inventario de depresión de Beck no permite identificar trastornos como la depresión mayor o la distimia.[21]

No obstante, esta disfuncionabilidad en el desempeño emocional resulta un signo de alerta por las repercusiones sobre la propia evolución de la enfermedad, mediado por el efecto en el sistema inmunológico, siendo este un aspecto frecuentemente infravalorado por el Grupo Básico de Trabajo que asiste a estas personas. Las investigaciones afirman que un adecuado soporte psicológico y social se manifiesta con niveles más bajos de depresión, lo cual ayuda a mejorar la salud somática de las personas.

De estas afirmaciones se destaca la importancia de conocer de qué manera las variables psicológicas y sociales intervienen en la recuperación de la persona con enfermedad física, en este caso específico con VIH/sida, ya que se trata de una población de enfermos vulnerables por todo el estigma que rodea a la enfermedad.[14] Además, la sintomatología depresiva es necesaria no desdeñarla, al diseñar estrategias interventivas para los pacientes que atraviesan este proceso, pues se conoce que los estados depresivos se asocian a una disminución de la respuesta inmunológica.

En relación con la ira, se evidenció que existe presencia de ira como estado, rasgo y su expresión, aunque la mayor frecuencia correspondió a niveles bajos, y resultaron de interés clínico las puntuaciones catalogadas como moderadas y altas.

Desde el punto de vista de su significado, la emoción de ira aparece principalmente asociada a situaciones interpersonales valoradas por el individuo como una violación injustificada e intencional de sus expectativas o de su territorio

personal. El mecanismo básico o primario dirigido a afrontar este tipo de situaciones, es la respuesta de lucha o ataque, variable relevante en el desarrollo y agravamiento de la enfermedad.[22,23] Estos aspectos deben ser estudiados para su mejor caracterización y comprensión en el comportamiento de los pacientes en estudio.

Parece ser que los estados de frustración y enojo vivenciados por los pacientes ante el diagnóstico de la dolencia, son proyectados hacia el mundo circundante, como reacción ante el evento, aunque sus niveles pudieran disminuir en la medida que avanza la enfermedad y se acepta el diagnóstico.[20]

Al correlacionar los años de evolución y el conteo de CD4 con las variables psicológicas ansiedad, depresión e ira, se constató una relación directa y muy fuerte, lo que coincide con varias investigaciones realizadas.[10,14,24]

La Psiconeuroinmunología sugiere que la ansiedad, la depresión y la ira pueden tener un importante papel en la progresión de la infección por VIH, e incluso, que en personas con un diagnóstico de seropositividad reciente, pueden exacerbar la inmunosupresión inducida por el virus, provocando un rápido deterioro de parámetros inmunológicos como los CD4.[25] Son precisamente los pacientes con años de evolución más avanzados de la infección, los que se asocian con niveles más elevados de ansiedad, depresión, y hostilidad, estados que entorpecen el ajuste emocional y alteran la salud mental en general, y los hace ser más vulnerables a enfermar.[10]

La infección por VIH conlleva una importante carga sintomática que causa un considerable deterioro de la salud percibida, tanto por el aspecto clínico como por la propia persona que recibe el diagnóstico, afectando dimensiones físicas, psíquicas y sociales, y comprometiendo de manera importante la calidad de vida de los pacientes. La mejoría inmunológica se acompaña de una mejor situación física y psíquica percibida por los infectados; por ello la necesidad de prestar más atención a la respuesta psicológica del paciente y particularmente a su funcionamiento emocional.

Se evidenció una ansiedad alta como estado y baja como rasgo, estados de depresión e ira de importancia clínica. Existen intervínculos entre las variables psicológicas y clínicas estudiadas, encontrándose asociaciones fuertes entre estas. En la mayoría de los casos la correlación fue muy fuerte y directa, excepto en la ansiedad como rasgo, que mostró una correlación inversa y muy débil respecto al conteo de CD4.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Progress Report 2011: Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards universal access WHO, UNICEF, UNAIDS [Internet]. Ginebra: OMS; 2011. [cited 11 Mar 2013] Available from: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/.

2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2013. [cited 5 Ene 2013] Available from: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf.

3. Cueto IM, Díaz JC. Anuario estadístico de salud. Cienfuegos, 2014. Medisur [revista en Internet]. 2015 [cited 28 Ene 2016] ; 13 (6): [aprox. 14p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3140/1934.

4. Piña JA, Dávila M, Sánchez JJ, Togawa C, Cázares O. Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. Rev Panam Salud Pública [revista en Internet]. 2008 [cited 11 Mar 2013] ; 23 (3): [aprox. 10p]. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000600002.

5. Rivera BM, Corrales AE, Cázarez O, Piña JA. Validación de la Escala de Depresión de Zung en personas con VIH. Terapia Psicológica [revista en Internet]. 2007 [cited 11 Mar 2013] ; 25 (2): [aprox. 14p]. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525204.

6. Siegel K, Schrimshaw EW. The stress moderating role of benefit finding on psychological distress and well-being among women with HIV/AIDS. AIDS Behav. 2007 ; 11 (3): 421-33.

7. Nogueira L, de Fátima P, Crosland MD. Anxiety and depression assessment prior to initiating

antiretroviral treatment in Brazil. AIDS Care. 2006 ; 18 (6): 529-36.

8. Piña JA, Valencia MA, Corrales AE. Validación de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés en personas VIH positivas. Terapia Psicológica. 2006 ; 24 (1): 15-21.

9. Molerio O, García G. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. Rev Cubana Med [revista en Internet]. 2004 [cited 24 May 2016] ; 43 (2-3): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200007&lng=es.

10. American Cancer Society. Infección con VIH y SIDA [Internet]. 2009 [cited 13 Mar 2016] Available from: http://www.cancer.org/espanol/cancer/queesloquecausaelcancer/infeccionesycancer/fragmentado/infeccion-con-vih-y-sida.

11. Albear O, Lugo I. Conviviendo con VIH. Manual dirigido a las familias de las personas que viven con VIH/SIDA en Cuba. La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/sida; 2004.

12. Molerio O, Nieves Z, Otero I, Casas G. Manual de Inventario de Ira Rasgo-Estado (STAXI -2). Adaptación Cubana. Santa Clara: Editorial Feijoo; 2004.

13. Gaviria AM, Quiceno JM, Vinaccia S, Martínez LA, Otalvaro MC. Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/sida. Ter Spsicol [revista en Internet]. 2009 [cited 25 May 2015] ; 27 (1): [aprox. 17p]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001.

14. Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades. El VIH en los jóvenes [Internet]. Atlanta: Departamento de Salud y Servicios Humanos; 2016. [cited 24 Feb 2016] Available from: http://www.cdc.gov/hiv/spanish/group/age/youth/index.html.

15. Acosta S, Fernández C, Toledo HJ, Mamora Y. Infección por micoplasmas en pacientes VIH-SIDA con enfermedad respiratoria. Rev Cubana Med Trop [revista en Internet]. 2004 [cited 24 Feb 2016] ; 56 (3): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602004000300006.

16. Otero I, González R, Padrón O, León D. Enfoque extensionista sobre VIH/SIDA en la formación de estudiantes de Estomatología. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2015 [cited 12 Feb 2016] ; 19 (4): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400013&lng=es.

17. Varela MT, Salazar IC, Correa D. Adherencia al tratamiento en la infección por vih/sida: consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Act Colom Psicol [revista en Internet]. 2008 [cited 12 Feb 2016] ; 11 (2): [aprox. 2p]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000200010.

18. Edo MT, Ballester R. Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/Sida y enfermos oncológicos. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [revista en Internet]. 2006 [cited 1 Ene 2016] ; 11 (2): [aprox. 12p]. Available from: http://www.aepcp.net/arc/02.2006(2).Edo y Ballester.pdf.

19. Eller LS, Corless I, Bunch EH, Kemppainen J, Holzemer W, Nokes K, el al. Self-care strategies for deppresive symptoms in people with VIH disease. J Adv Nurs. 2005 ; 51 (2): 119-30.

20. Pimentel MR, Bisso AA. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH/Sida asintomáticos y sintomáticos. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2000 ; 13 (1): 8-12.

21. González FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: ECIMED; 2007.

22. Miguel JJ, González H. Emociones y salud: perspectivas actuales en el estudio de los trastornos cardiovasculares. Ansiedad y estrés. 2003 ; 9 (2-3): 121-44.

23. Diamond EL. The role of anger hostility in essential hypertension and coronary heart disease. Psychol Bull. 1982 ; 92 (2): 410-33.

24. Garcia R, Pondé M, Lima M, Souza AR, Stolze SM, Badaró R. Lack of effect motivation on the adherence of VIH-positive/Aids patients to antiretroviral treatment. Braz J Infect Dis. 2005 ; 9 (6): 494-9.

25. Piña JA, Corrales AE, Mungaray K, Valencia MA. Instrumentos para medir variables

psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH. Rev Panam Salud Pública [revista en Internet]. 2006 [cited 1 Ene 2016] ; 19 (4): [aprox. 20p]. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=es.