

# Psicología

# y salud

Psicología y Salud

Universidad Veracruzana

rbulle@uv.mx.

ISSN (Versión impresa): 1405-1109

MÉXICO

2006

Isabel Cristina Villa / Stefano Vinaccia

ADHESIÓN TERAPÉUTICA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS EN  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH-SIDA

*Psicología y Salud*, enero-junio, año/vol. 16, número 001

Universidad Veracruzana

Xalapa, México

pp. 51-62

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

redalyc  
LA MEMORIA CIENTÍFICA EN LÍNEA  
<http://redalyc.uaemex.mx>

# Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida

## *Therapeutic adherence and associated psychological variables in patients suffering HIV-AIDS*

Isabel Cristina Villa y Stefano Vinaccia<sup>1</sup>

### RESUMEN

El objetivo del siguiente artículo fue hacer una revisión de literatura sobre la adhesión terapéutica y las variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. Se evalúa el peso de las variables psicológicas que en numerosas investigaciones se han relacionado con la adherencia terapéutica: variables individuales y variables relacionadas con la enfermedad y con el tratamiento; por otro lado, se examina también el rol del apoyo social y familiar como factores protectores, así como el peso de las emociones negativas, como la ansiedad y la depresión, en la evolución física y emocional de la enfermedad.

**Palabras clave:** VIH-sida; Adherencia terapéutica; Emociones negativas; Variables personales.

### ABSTRACT

*The aim of the following paper was to make a revision of literature on the therapeutic adherence and psychological variables associated, in patients with diagnoses of HIV-AIDS. It is evaluated the weight of the psychological variables that in several investigations have been related to the therapeutic adherence, such as individual variables and variables related to the disease and the treatment; in the other side, it is examined the role of social and familiar support as protective factors in the disease, as well as the weight of negative emotions, like anxiety and depression, in the physical and emotional evolution of the disease.*

**Key words:** HIV-AIDS; Therapeutic adherence; Negative emotions; Personal variables.

## INTRODUCCIÓN

El reconocimiento y la preocupación por el hecho de que a menudo los pacientes no siguen las prescripciones médicas de los profesionales de la salud se remonta a tiempos muy antiguos. Hipócrates afirmaba en algunos de sus escritos que algunos pacientes mentían al médico cuando eran interrogados acerca de si habían tomado las medicinas indicadas; en efecto, en el corpus hipocrático se habla ya de los errores y engaños de los enfermos y de cómo aquellos eran considerados como un obstáculo para la curación del paciente, teniendo en cuenta que para él —y luego para Galeno siete siglos después— el arte de la medicina consistía en ayudar a la naturaleza en su esfuerzo curativo. El papel del enfermo era juzgado como fundamental, así como la enfermedad, el oficio del médico y las circunstancias externas (Ballester,

---

<sup>1</sup> Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia, Apto. Aéreo 81240, Envigado, Antioquia, correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com. Artículo recibido el 3 de octubre de 2005 y aceptado el 23 de enero de 2006.

2003, 2004, 2005; Meichenbaum y Turk, 1991). A pesar de que el incumplimiento por parte de los pacientes de las prescripciones médicas es muy antiguo, el interés por investigarlo y por promoverlo se remonta escasamente a la década de los setenta, cuando los avances médicos y farmacológicos mostraron una revolucionaria eficacia. Los autores citados antes señalan además que el reconocimiento del problema de adhesión en los pacientes puede ser también en parte un problema del médico y del personal de salud, no sólo del enfermo.

Ahora bien, dado el reciente interés por este tema, su conceptualización ha implicado una delimitación y diferenciación con otros conceptos más antiguos. Durante mucho tiempo se han utilizado de forma indistinta los términos “adherencia”, “adhesión”, “cumplimiento” y “obediencia”, pero realmente los descriptores y los problemas de traducción del inglés ameritan una diferenciación. Por ejemplo, el término “adherencia” es una traducción extremadamente literal del inglés *adherence*, que hace referencia a la unión física, mientras que “adhesión”, según diccionario español, habla más del efecto de la acción de adherir o adherirse en un dictamen o partido. Los términos “cumplimiento” y “obediencia” se refieren al grado en que un paciente sigue escrupulosamente las instrucciones y las prescripciones del personal de salud, pero a su vez denotan su rol pasivo; y el término “incumplimiento”, su opuesto, posee connotaciones valorativas negativas que hacen de aquél el responsable, y afecta asimismo el vínculo terapéutico en su designación (Eisenthal, Emery, Lazare y Udín, 1979).

El concepto de “adhesión terapéutica” es un concepto complejo que se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (Martín y Grau, 2004). En todo caso, no existe una dicotomía completa entre adhesión y no adhesión, y puede realmente tratarse de una medición que suele reportar distintos grados de un continuo; por ejemplo, un paciente puede mostrar gran adhesión a tomar los fármacos, pero no a asistir a las consultas médicas, o asistir a ellas, pero tomando los medicamentos a las horas y en las dosis incorrectas, o podría asistir a las citas y tomar el tratamiento, mas no atender aspectos tales como

la dieta u otros cuidados de la salud. El olvido, la falta de tiempo, la complejidad del tratamiento o el número de cambios que el paciente debe hacer para seguir el tratamiento pueden ser algunas de las variables involucradas. Otro aspecto no menos sencillo es la relación entre adhesión y resultado terapéutico, pues en muchos casos la primera no garantiza el logro esperado de la segunda en cuanto que son muchos los factores que intervienen en la progresión de una enfermedad, y la adhesión es sólo uno de ellos (Ballester, 2003).

En general, los estudios se han dirigido hasta el momento a explorar la adhesión al tratamiento en distintas enfermedades y se han guiado a partir de cinco factores clásicos expuestos por Meichenbaum y Turk (1991) y que se esbozan a continuación:

En primer lugar están los factores relacionados con los pacientes. Estos incluyen aspectos tales como las características del individuo, la presencia o no de un trastorno psicológico o discapacidad mental, motora o sensorial, las creencias en salud, la falta de autocuidado, las expectativas pobres o distorsionadas frente al tratamiento y la enfermedad, las creencias socioculturales, la apatía, el pesimismo o la aceptación realista, citada en otro apartado del texto, que generalmente se relaciona con una nula o escasa adhesión. En general, la aceptación de la enfermedad y todas sus implicaciones, la historia previa de adhesión, la insatisfacción con el profesional, la situación social, el apoyo familiar y social, la estabilidad de la vivienda, la pobreza, el desempleo y demás variables que atañen directamente a la persona enferma, son factores que afectan directamente la adhesión terapéutica.

En segundo lugar se encuentran los factores relacionados con la enfermedad; es decir, si se trata de una enfermedad crónica, con ausencia de síntomas manifiestos (como en el caso del paciente seropositivo asintomático), o de una enfermedad aguda con sintomatología evidente, lo que afecta el grado de adhesión, siendo más pobre en el primer caso que en el segundo. Por lo común, el grado de incapacidad y de malestar físico afecta directamente la adhesión.

En tercer lugar se hallan los factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad. La complejidad del régimen de tratamiento, como la

cantidad de medicaciones distintas, los horarios de administración, los efectos secundarios y el grado de cambio comportamental, así como la duración del mismo y el modo de administración, son factores que se relacionan con la adhesión; así, entre mayor sea la complejidad de estos aspectos menor adhesión habrá.

El cuarto aspecto son los factores relacionados con la institución que presta el servicio de salud, entre los que se encuentran la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el tiempo de espera, el intervalo entre consultas, la falta de asignación de tiempo para las mismas, el trato del personal, la reputación de la institución y del personal y las formas de acceso al lugar de atención.

Finalmente, se hallan los factores relacionados con la relación e interacción del personal de salud, entre los cuales se incluyen la comunicación, las actitudes, las conductas verbales y no verbales, la dificultad de los profesionales para elicitar las preocupaciones, sentimientos o emociones negativas del paciente, y la insatisfacción de este último con la relación o supervisión inadecuada del personal de salud.

Como se puede observar, los factores que se consideran asociados a la adhesión terapéutica se relacionan con los distintos elementos que intervienen en el abordaje terapéutico general de las ciencias de la salud y con la población que asiste a los servicios. Probablemente, muchos de los factores que influyen en la adhesión terapéutica de los pacientes infectados por VIH sean comunes a los propios de la adhesión de otros pacientes con enfermedades graves y crónicas; sin embargo, la infección por VIH como enfermedad tiene algunas características particulares, como por ejemplo el estigma social asociado, el número de fármacos necesarios para su tratamiento, la importancia de sus efectos secundarios y las circunstancias que rodean la vida de muchos de los afectados.

## ADHESIÓN TERAPÉUTICA Y VIH

El tratamiento médico de cualquier paciente con infección por VIH suele comprender, en principio, dos partes: por un lado, los fármacos destinados a defender al sistema inmune del VIH, los denomi-

nados antirretrovirales<sup>2</sup>, incluyendo los inhibidores de transcriptasa inversa y de proteasa; por el otro, los fármacos que son necesarios para el tratamiento de cualesquiera de las enfermedades oportunistas que exhibe el paciente, las que en ocasiones son múltiples (Ballester, 2003, 2005). Esto no siempre fue así, pues al principio los cuidados de estos pacientes se remitían a los mínimos paliativos ya que se carecía de una alternativa terapéutica para ellos, y las intervenciones consistían en tratar de reducir las consecuencias de las enfermedades oportunistas asociadas a la inmunodeficiencia. La etapa de los ochenta y los comienzos de los noventa estuvo caracterizada por el desarrollo de los denominados inhibidores de la transcriptasa inversa (AZT, o zidovudina, didanosina, estavudina y lamivudina), enzima responsable de la producción del ADN necesario por parte del VIH para entrar al núcleo del linfocito e integrarse en el código genético; no obstante, el VIH tiene un ciclo de vida muy corto: al menos diez billones de partículas son producidas y destruidas diariamente por el organismo, y su vida media es de seis horas en una persona infectada.

Como consecuencia de esta extraordinariamente rápida replicación del VIH, el virus muta a gran velocidad y fácilmente se vuelve resistente a las terapias simples; por ello, las terapias con inhibidores de transcriptasa inversa eran capaces en un principio de reducir la replicación del virus, pero en poco tiempo se volvían ineficaces (Kelly, Otto-Salaj, Sikkema, Pinkerton y Bloom, 1998). Ante esta situación, se hizo necesario el desarrollo de nuevos medicamentos capaces de reducir drásticamente el número de virus o carga viral, para con ello reducir también su capacidad de replicación y mutación. A mediados de 1996 apareció un nuevo tipo de antirretrovirales denominados inhibidores de proteasa, enzima responsable de la replicación del virus dentro del linfocito. La inclusión de estos fármacos (Ritonavir®, Indinavir®, Nelfinavir® y Saquinavir®) y su combinación con los anteriores dio lugar a lo que hoy se conoce como *terapia antirretroviral altamente activa* (HAART en inglés: Highly Active Anti-Retroviral Therapy). La HAART ha demostrado su capacidad para suprimir la carga viral en los pacientes hasta niveles

<sup>2</sup> El VIH es un retrovirus porque se compone de ARN y no de ADN.

indetectables, incrementar los indicadores de funcionamiento inmunitario —tales como recuento de linfocitos CD4—, mejorar el estado clínico y disminuir la mortalidad. Estos resultados han hecho posible comenzar a hablar del sida como una enfermedad crónica no necesariamente fatal.

No obstante, los nuevos y potentes tratamientos se enfrentan a dos grandes problemas: que dejan al margen a un porcentaje muy alto de los pacientes que viven en países subdesarrollados o en vías de desarrollo por sus altos costos (cfr. Ballester, 2003), y que implican ingerir diariamente un gran número de pastillas en pautas complejas (a veces hasta de 12 a 18 pastillas en diferentes horas) y tal vez indefinidamente, además de que suelen llevar aparejados efectos secundarios de cierta importancia, todo lo cual lleva a explicar la frecuencia de poca adhesión terapéutica. En otras palabras —aun cuando parezca contradictorio—, aunque el tratamiento para el sida es hoy más efectivo que nunca, clínicos e investigadores advierten sobre los bajos niveles de adhesión que muestran los pacientes (Aversa y Kimberlin, 1996; Ballester, Reinoso, García y Campos, 2000); hay investigaciones que informan que 50% de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento, y que 56% no acude el día de la cita a su consulta médica (cfr. Brannon y Feist, 2000); en otras, 14% sigue realizando las mismas prácticas de riesgo que causaron la infección, y 53% deja de tomar sus medicaciones por diversas circunstancias (Ballester, 2005).

El reto entonces es mayúsculo, pues si a la gravedad de los efectos en la salud de la infección por VIH/sida se le suma una adhesión inadecuada, las consecuencias pueden ser funestas. Incluso una moderada o leve falta de adhesión reduce de forma muy importante los beneficios del tratamiento (cfr. Brannon y Feist, 2000). Las conductas de riesgo en una persona infectada que se expone de nuevo al contacto con el virus (reinfeción), además de incrementar su carga viral, multiplica sus posibilidades de resistencia al tratamiento; un breve lapso sin tomar la medicación puede llevar fácilmente a la replicación del virus y a una resistencia a los fármacos (Ballester, 2005). Finalmente, la falta de adhesión y la aparición de resistencia ante un fármaco pueden acarrear una

resistencia secundaria hacia otros medicamentos y también efectos a largo plazo sobre la salud pública general, ya que algunos datos comienzan a confirmar la posibilidad de transmitir a través de las conductas de riesgo cepas de virus resistentes, lo que complicaría aún más la situación, presentándose en la actualidad casos de pacientes resistentes a los antirretrovirales que nunca habían tomado esos medicamentos (Bayés, 2000).

La gravedad de los problemas de adhesión expuestos ha hecho que se investiguen los posibles factores relacionados con ellos y su efecto modulador en la adhesión. Los trabajos de Ballester y cols. (2000), Gordillo y De la Cruz (2003), Martín y Grau (2004) y Remor (2002a, 2002b, 2002c), han analizado, entre las variables relacionadas, el nivel educativo, las creencias culturales, la valoración de la gravedad de la enfermedad, la percepción de la eficacia del tratamiento, la vulnerabilidad percibida, la intolerancia a los efectos secundarios, la creencia en la toxicidad de los fármacos, la relación terapéutica y la inestabilidad en la vida de los pacientes (no tener un hogar, por ejemplo), así como el ánimo depresivo, la ansiedad, la falta de apoyo social, el consumo excesivo de alcohol y de sustancias psicoactivas y el simple olvido. Tales variables se acentúan y dificultan la adhesión con el paso del tiempo y el curso de la infección.

En una investigación realizada en la Universidad Nacional de Bogotá, Correa, Hinestroza, Martínez y Estrada (2000) obtuvieron datos que sugieren algunos de los factores que pueden incidir en la adhesión de las personas que viven con VIH. Los factores favorecedores y no favorecedores fueron evaluados desde la heteropercepción y la autopercepción. La heteropercepción (aspectos ambientales) arrojó respuestas acerca de los favorecedores, como estar el paciente rodeado de su familia, conocer personas en quienes hayan tenido éxito los medicamentos (categoría intersíquica), y la autopercepción otras, como tener un esquema sencillo, verse muy grave o en estado terminal (por oportunos) o querer detener infecciones (categoría intrapsíquica). En cuanto a los factores no favorecedores, se ilustraron algunos, tales como los efectos colaterales, una gran cantidad de pastillas, querer sentirse bien inmediatamente después de la primera to-

ma del medicamento, no saber cómo actúa la droga, falta de disciplina, autoestima baja o creer que si no se aplican las dosis correctamente no ocurrirá nada. Los pacientes entrevistados hicieron sugerencias sobre posibles medidas que podrían ayudar a mejorar su adherencia, algunas de las cuales incluyen la mejora del nivel y calidad del conocimiento sobre la biología del virus y los medicamentos (posología, efectos colaterales y su manejo); fortalecimiento de la actitud proactiva de las personas vinculadas al programa para brindarles apoyo psicológico antes de empezar el tratamiento; horizontalización de las relaciones con el equipo de salud, lo que contribuiría a mejorar la confianza del paciente en el profesional; igualmente, dedicación de más tiempo a cada cita para poder expresar todas sus inquietudes, y necesidad de descubrir nuevos y mejores desarrollos de los medicamentos que pudieran disminuir el número de pastillas del régimen, entre otros. Asimismo, los investigadores sugieren estudiar la relación de la adhesión con la calidad de vida de las personas infectadas y otras variables psicológicas.

A pesar de los estudios mencionados, los problemas de adhesión son tan frecuentes y complejos en estos pacientes que ninguna combinación de variables sociodemográficas y psicológicas ha sido capaz de predecir en un grado aceptable qué pacientes no seguirán las prescripciones médicas; sin embargo, es éste un problema cuya solución es de vital importancia dada la existencia de tratamientos de alta efectividad para mejorar la calidad y la esperanza de vida, y además de las dificultades directas sobre la salud pública de no hacerse efectivo su control. Incluso algunos autores (cfr. Bayés, 2000) hablan de la etapa actual como la “era de la adhesión” en el tratamiento contra el VIH.

La intervención del psicólogo y el personal de salud en este campo es vital si se tiene en cuenta lo reciente de la problemática hace apenas dos décadas, y además porque la HAART se viene poniendo en práctica desde 1996. Actualmente se tienen suficientes datos para afirmar que es este un fenómeno complejo en el que intervienen multitud de variables; en consecuencia, es comprensible que el tipo de intervención deberá ser uno que englobe todas las acciones dirigidas al entorno de la salud, las instituciones, los programas de atención, los profesionales que atienden dicha población

y los propios pacientes con quienes el tratamiento debe ser negociado sobre la base de una relación terapéutica abierta y mediante intervenciones orientadas a las distintas dimensiones del problema.

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y VIH

En lo que se refiere al apoyo social y familiar percibido, definido como la percepción subjetiva de apoyo en el paciente (emocional, instrumental e informacional), confianza e intimidad por parte de sus redes familiares y sociales (Remor, 2002a), las investigaciones lo han reportado como un cofactor importante en la progresión de la infección por VIH, e inclusive se le ha relacionado de forma consistente, en dirección inversa, con el distrés emocional.

Por otro lado, Remor (2003a) describe la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido con el distrés emocional (evaluado con el cuestionario HAD) en 229 hombres y mujeres adultos con infección por VIH de distinto origen cultural (español y peruano). Los resultados indican asociaciones entre las variables de afrontamiento y apoyo social percibido con el distrés. En cuanto este último, no se hallan diferencias entre los grupos con relación al apoyo familiar y afectivo puesto que en ambos grupos se encuentra que pueden acceder al apoyo y solidaridad de sus familiares y amigos cercanos, pero sí frente al apoyo sanitario, al que los españoles reportan percibir más alto. Una conclusión significativa del estudio es que se plantea que un afrontamiento activo, con actitudes de autocuidado, centrado en la solución de problemas, con búsqueda de apoyo social e información y la posibilidad de hallar personas dispuestas a brindar escucha y afecto, han sido identificados como factores protectores contra el distrés emocional y, por ende, contra la ansiedad y la depresión directamente.

También Remor (2002a) da cuenta de un estudio cuyo objetivo fue verificar, por una parte, la relación entre apoyo social y calidad de vida relacionada con salud (CVRS) —específicamente si un bajo apoyo social implica peores resultados en la CVRS— y, por otra, establecer el peso relativo del apoyo social en la predicción de la CVRS en una muestra de pacientes infectados con VIH. Se evaluaron

cien pacientes adscritos mediante los cuestionarios autoaplicados MOS-SF 30 y Duke-UNK. Entre los resultados más significativos, el autor encontró diferencias importantes en la calidad de vida de las personas con infección por VIH según el nivel de apoyo social que tenían; en concreto, aquellos con un bajo apoyo social tenían una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud, peor funcionamiento cognitivo y peor salud física y emocional que en el mes anterior. La variable de apoyo social ha mostrado ser predictora de la CVRS (13%) y de complicaciones psicopatológicas en las personas con VIH.

Aunque las asociaciones con síntomas físicos están menos apoyadas empíricamente, los teóricos en la materia suponen que el apoyo social puede actuar en forma indirecta sobre la salud física disminuyendo la carga emocional que se produce como consecuencia del aumento de los síntomas físicos. Remor (2003b) presenta otros hallazgos por los que se ha constatado que las variables psicosociales pueden predecir el curso de la infección por VIH, descrito por el avance de la sintomatología, el descenso de células CD4 y la mortalidad, y señala que los síntomas depresivos y pobres redes de apoyo social predicen la longevidad entre personas con sida, pero no en sujetos asintomáticos; es decir, que posiblemente las variables psicosociales y los estados afectivos pueden tener mayor peso en relación a los estadios tardíos de la enfermedad, asunto que también se apoya en los estudios de psiconeuroinmunología sobre el efecto inmunosupresor del estrés generado por un escaso apoyo social y familiar y los estados depresivos y ansiosos. En otros estudios citados por Remor (2003c), se halla que un menor apoyo social y familiar se asocia con síntomas físicos en pacientes con sida, pero además un menor apoyo social “disponible” lo hace con una más alta desesperanza y depresión en todos los pacientes sintomáticos y asintomáticos; que una mayor disponibilidad de apoyo social percibido implica un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo y menores trastornos del humor, incluyendo niveles más bajos de depresión y ansiedad y niveles más altos de vigor en los hombres, y que el apoyo social se relaciona con la salud física y mental (específicamente, el apoyo

instrumental o tangible es la variable relacionada con ellas que más alto puntúa). En resumen, se ha mostrado consistentemente que el tamaño y disponibilidad del apoyo social y familiar, así como la satisfacción con éste, se asocia significativamente con los estados de salud y la calidad de vida percibida en las personas infectadas.

Ahora bien, los cambios en el apoyo social y familiar pueden ser también una consecuencia de la enfermedad, más aún tratándose de una enfermedad estigmatizada socialmente; por lo tanto, las influencias entre estas variables pueden ser recíprocas; Burack, Barrett, Stall y cols. (1993) encuentran que si bien el tamaño de la red social disminuye a medida que las personas van enfermando, el apoyo instrumental mejora con la progresión de la enfermedad, es decir, que con el paso del tiempo el número de personas es menor, pero la calidad del apoyo social, familiar y afectivo es más fuerte y eficaz.

Múltiples investigaciones psicosociales en las que se han puesto en relación diversos factores interpersonales y el bienestar han reconocido de forma generalizada al soporte social como uno de los factores mediadores y moduladores de importancia en la salud percibida y manifiesta de las personas (Koopman, Gore-Felton, Marouf y cols., 2000), tal como se ha descrito; dichos estudios se han enfocado casi de forma exclusiva sobre las dimensiones positivas de la interacción social; es decir, se ha verificado que contar con una amplia red social que facilite apoyo informacional, emocional e instrumental permite una mejor y mayor adaptación ante situaciones de enfermedad o que entrañan riesgos para la salud, pero en muy escasas ocasiones se ha indagado sobre los aspectos negativos asociados a las interacciones con dicha red de apoyo. Resulta obvio pensar que las personas cercanas con las cuales se interactúa ofrecen en ocasiones ayuda o apoyo en la solución de problemas al actuar como amortiguadores de la presión del momento y permiten un afrontamiento más adaptativo; en otras ocasiones, sin embargo, pueden ser una fuente de conflicto o confrontación y un lastre que dificulta la resolución del problema, con posibles implicaciones negativas sobre el estado emocional. En el caso de la infección por el VIH o el sida, resulta que el impacto de tal situación no sólo repercute sobre el afectado sino

también sobre su red social. A este respecto, disponer de un apoyo social que actúe de forma positiva implicará una gran ayuda para el afectado respecto del afrontamiento de su situación, aunque también existe la posibilidad de que los allegados reaccionen de forma negativa y dispensen un apoyo social asimismo negativo. A pesar de los logros y cambios sociales alcanzados, todavía el VIH/sida sigue siendo un estigma para muchos.

Por esto, evaluar el apoyo familiar independientemente del apoyo social es muy importante porque a veces las necesidades de tal apoyo y acompañamiento para los pacientes son suplidas por amigos, instituciones, vecinos y otros, y el apoyo negativo es propiciado por la familia del paciente o simplemente se halla ausente. Ahora bien, puede ocurrir lo opuesto y encontrarse que la familia se constituye en la única fuente de apoyo social de la persona infectada, mientras que las redes de apoyo restante son marginales y aíslan al paciente por su condición de infectado por VIH.

Algunos estudios han descubierto que el apoyo social percibido, emocional e informacional, es mayor con amigos íntimos que con familiares (Burgoyne y Saunders, 2001), mientras que otros estudios no han encontrado diferencias o peculiaridades entre estos dos tipos de apoyo (Serovich, Brucker y Kimberly, 2000). El estudio de Ingram, Jones, Neidig y Song (1999) identificó cuatro tipos de respuestas insolidarias o preocupantes que una persona infectada por el VIH podría recibir de otras: insensibilidad, separatismo, optimismo forzado e inculpação. En un análisis con una submuestra de 96 personas con VIH, las interacciones sociales no solidarias estuvieron sólo moderadamente relacionadas con el apoyo social, lo que sugiere que estas construcciones son relativamente independientes. Utilizando el análisis de regresión jerárquica, los autores encontraron que las interacciones sociales no solidarias predecían una cantidad significativa de variación en la depresión, más allá de la variación explicada por la función física y el apoyo social positivo.

Sobre los síntomas de ansiedad y depresión, son muchas las investigaciones que dan cuenta de una estrecha relación entre estas variables afectivas y el curso de la infección. Remor (2001) realizó un estudio con 100 pacientes infectados por VIH utilizando tres escalas para medir las variables

de percepción de control sobre la salud, ansiedad y depresión con el HAD (instrumento utilizado en dicho estudio) y la subescala de percepción de control sobre los eventos estresantes de la vida. Entre los resultados más relevantes, se encuentra una correlación inversa observada entre la percepción de control y el tiempo de infección, lo que parece indicar que a medida que pasa el tiempo, disminuye la percepción de control que los sujetos parecen tener sobre los sucesos estresantes de la vida diaria. También se halla una correlación significativa entre la percepción de control y la ansiedad, y entre percepción de control sobre la salud y la percepción de control sobre los eventos estresantes. En este sentido, los sujetos con un mayor grado de control sobre los eventos estresantes de la vida diaria también muestran un alto grado de percepción de control sobre su salud. Es importante decir que la ansiedad se halla en este estudio como predictora de la progresión de la infección y que aumenta en especial cuando el paciente pasa del estado asintomático al desarrollo de síntomas menores o el sida. Es posible concluir que el desarrollo de la percepción de control constituye un aspecto muy importante en el ajuste psicológico de los pacientes con enfermedades crónicas o que amenazan la supervivencia, y que tal percepción puede proteger a los sujetos de posibles consecuencias negativas derivadas de los eventos estresantes de la vida o del propio deterioro clínico que experimentan; finalmente, sugiere algunas labores prioritarias del psicólogo de la salud para favorecer este aspecto en los pacientes.

El diagnóstico diferencial de la depresión en personas con VIH es complicado porque muchos de los síntomas (fatiga, perturbación del sueño y pérdida de peso) son también síntomas frecuentes de la progresión de la infección, o incluso efectos secundarios del tratamiento con antirretrovirales (Remor, 2003b); sin embargo, diversas investigaciones han propuesto examinar esta variable por las implicaciones adversas para la influencia inmunosupresiva en el estado de salud. Algunos estudios han estimado que de 4 a 7% de los seropositivos han tenido algún episodio de depresión (Perkins, Leserman, Stern y cols., 1995). Los estudios anteriores demuestran una relación significativa entre parámetros inmunológicos y declive de células CD4 (Burack y cols., 1993), baja adhesión



terapéutica (Catz, Heckman y Kochman, 1999) y bajo apoyo social derivado del diagnóstico (cfr. Sandín, 2001).

Simoni, Frick y Lockhart (2002) realizaron un estudio con 230 mujeres infectadas por VIH en la ciudad de Nueva York y examinaron la asociación entre los informes propios retrospectivos de abuso sexual y físico, las estrategias actuales de afrontamiento y la sintomatología depresiva (puntuaciones CES-D). Los resultados revelaron una alta prevalencia de abuso en la infancia (50%) y en la adolescencia (68%), y 7% reportó asalto físico o violación en los últimos 90 días. Como se esperaba, el abuso en la infancia estuvo relacionado significativamente con traumas adultos y recientes, y cada tipo de trauma fue cotejado con puntuaciones CES-D. El abuso en la infancia también se asoció positivamente con la frecuencia de estrategias de afrontamiento adaptativas y de evitación, aunque estas últimas tuvieron una asociación negativa más fuerte con las puntuaciones CES-D. Los análisis de regresión jerárquica revelaron que la asociación entre los abusos en la infancia y las puntuaciones CES-D persistía incluso después de controlar las diferentes variables demográficas relevantes, el trauma más reciente y las estrategias de afrontamiento. Con respecto del malestar psicológico, 66% de la muestra obtuvo una puntuación total en depresión superior al indicador tradicional de posible depresión clínica (16 o más). Según diversos estudios, este porcentaje es similar al de los pacientes psiquiátricos. La depresión se asoció positivamente con el afrontamiento de evitación y negativamente con el adaptativo, así como con el suceso traumático en cada uno de los períodos analizados. Tanto en el caso de abuso sexual como físico, las puntuaciones más altas en depresión corresponden al caso de las mujeres revictimizadas.

En cuanto a la variable de afectividad y emoción, se hallaron en el rastreo interesantes investigaciones que muestran su influencia en el estado de salud percibido; sin embargo, no hubo estudios que trataran este asunto específicamente con relación a la infección por VIH; de todas formas, los hallazgos dan cuenta de implicaciones muy significativas entre los estados afectivos y la salud que pueden ser de vital importancia en las enfermedades crónicas y el VIH.

Aunque tal vez desde siempre se ha tenido la noción de que las emociones y la forma en que se expresan pueden relacionarse con el estado de salud, hasta hace poco no se tenía una comprensión suficiente de los mecanismos específicos que permiten vincular los estados emocionales con la salud física. Para mejorar tal comprensión, se ha hecho necesario considerar un rango amplio de factores fisiológicos, cognitivos, sociales y conductuales que pueden ayudar a explicar la influencia de las emociones en la salud. Algunas de las formas en que las experiencias emocionales pueden influir en la salud son mediante sus efectos directos en el funcionamiento fisiológico, en el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica, en la involucración en conductas saludables y no saludables como estrategias de regulación emocional, y en la compleja relación entre apoyo social y salud. A continuación se revisan someramente las principales evidencias disponibles acerca de tales influencias, al tiempo que se examina la importante relación existente entre salud y expresión emocional, para lo cual se toman como referencia la revisión hecha por Barra (2003).

Las experiencias emocionales pueden influir en la salud física mediante sus consecuencias fisiológicas, existiendo ya muchas evidencias de que los estados emocionales negativos pueden prolongar las infecciones y retardar la cicatrización de heridas (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002), así como hacer al individuo más vulnerable a diversas enfermedades (Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000).

El estado anímico parece relacionarse con la liberación de inmunoglobulina secretora A, el anticuerpo considerado como la primera línea de defensa contra el resfriado común, habiendo evidencias de que el ánimo positivo refuerza la respuesta inmune, al tiempo que el ánimo negativo la reduce. Así, el nivel de inmunoglobulina secretora A en estudiantes decae durante los exámenes finales y aumenta nuevamente después de que estos han terminado; y cuando las personas experimentan varios eventos negativos en un determinado período, aumenta no solamente su estrés percibido sino también su susceptibilidad al resfriado común (Cohen, Tyrrell y Smith, 2002).

Además, cuando los individuos son expuestos a un virus respiratorio en el laboratorio, se observa que aquellos que experimentan mayor ánimo negativo desarrollan síntomas más severos que los individuos cuyo estado de ánimo es más positivo (Cohen, Frank, Doyle y cols. (1998), y las personas que enfrentan estresores severos por un tiempo prolongado son significativamente más susceptibles al resfriado inducido experimentalmente.

Aunque se supone que la activación emocional tendría efectos inmediatos en algunos aspectos del sistema inmune, no existe aún total claridad acerca de cuán duraderos serían tales efectos y si es que las diferencias persistentes en el estado anímico producen diferencias significativas en la resistencia de los individuos a las enfermedades; no obstante, hay algunas evidencias que apuntan en esa dirección.

No sólo existe evidencia de la influencia del estado emocional sobre problemas menores de salud, sino que se ha sugerido que algunas condiciones psicológicas negativas pueden estar relacionadas con la génesis y progresión de enfermedades más serias. Como ilustración de esto, Stone, Mezzacappa, Donatone y Gonder (1999) encontraron que los niveles de antígeno prostático tenían una relación directa con el estrés percibido y una relación inversa con el apoyo social percibido, lo cual sugiere la posibilidad de que algunos factores psicosociales puedan intervenir en la enfermedad prostática a través de efectos fisiológicos directos. También se ha observado una relación entre salud física y ciertos estilos personales, la que podría explicarse en parte por el estado emocional asociado con esos estilos y su efecto en el funcionamiento fisiológico.

Algunos de esos estilos que muestran una relación positiva significativa con la salud son el optimismo (Segerstrom, Taylor, Kemeny y Fahey, 1998) y la llamada "dureza psicológica" (*hardiness*) (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). A diferencia del efecto positivo que tendrían sobre la salud esos estilos, la hostilidad sería un patrón que se relaciona negativamente con la salud (Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996; Suinn, 2001).

Las experiencias emocionales son una de las fuentes de información que tienen las personas acerca de sí mismas, y además el estado emocional es uno de los factores que determina la acce-

sibilidad de una información o pensamiento, por lo cual un estado de ánimo positivo o negativo hará más accesibles pensamientos positivos o negativos, respectivamente. Debido a esto, la evaluación que hace un individuo de su estado de salud puede variar dependiendo de cuál sea su estado anímico, lo que lleva a preguntar si el estado emocional influye en el reconocimiento o interpretación de síntomas físicos, y específicamente si las personas que exhiben un estado anímico negativo están más predisuestas a interpretar un indicio fisiológico como un posible problema de salud, aspecto sumamente relevante en las personas con VIH. En cuanto al apoyo social, y considerando la importante relación existente entre apoyo social y salud (Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996), otra vía mediante la cual los estados emocionales pueden afectar la salud es la interacción que existe entre tales estados emocionales y la disponibilidad de contactos interpersonales y apoyo social.

Las personas que perciben menos apoyo social están más predisuestas a experimentar trastornos emocionales y físicos cuando enfrentan altos niveles de estrés, en comparación con las personas que disponen de ese apoyo. Además, el reducido apoyo social se relaciona con ciertas conductas o factores que afectan negativamente la salud, como la falta de actividad física, el sueño irregular y el no usar cinturón de seguridad (Allgoewer, Wardle y Steptoe, 2001). En cambio, un considerable apoyo social se relaciona con una mayor resistencia a las enfermedades infecciosas, una menor incidencia de enfermedades coronarias, una mejor recuperación de cirugías cardíacas y una menor mortalidad (Salovey y cols., 2000). Se puede plantear una relación recíproca entre estado emocional y apoyo social: así como la disponibilidad de apoyo social influye en el estado emocional, éste también repercute en la probabilidad de recibir apoyo social, ya que sería más probable que las personas se acercaran e interactuaran más con aquellas que tienen una visión más optimista de la vida. Aunque algunos signos de perturbación emocional pueden inducir a los otros a ofrecer apoyo, la expresión prolongada de sentimientos negativos puede llevarlos a dejar de proporcionar ese apoyo y a evitar al individuo.

La relación entre apoyo social y salud puede ser mediada en parte por el estado emocional.

El apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo lleva a sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente. Esos sentimientos pueden a su vez motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés. La combinación de estos factores tiene efectos positivos en su bienestar emocional y en su salud física, aumentando por una parte su resistencia a las enfermedades y, por otra, reforzando sus redes sociales de apoyo. Esto último se debe a que las personas que tienen un estado emocional positivo encuentran más fácil desarrollar y reforzar relaciones personales significativas, en comparación con aquellas personas en quienes predomina un ánimo negativo.

Con relación a la salud, dado que los estados emocionales negativos se asocian con alteraciones del funcionamiento inmunológico y con una mayor vulnerabilidad a la enfermedad, se podría pensar en la conveniencia de minimizar o suprimir tales sentimientos negativos, especialmente cuando no se relacionan con aspectos muy relevantes para el individuo. Sin embargo, aunque de esa manera podrían obtenerse algunos beneficios emocionales y tal vez inmunológicos inmediatos, la inhibición o supresión de emociones negativas intensas provocadas por eventos significativos puede tener efectos muy adversos en la salud al producir alteraciones fisiológicas y aumentar la vulnerabilidad del organismo ante ciertas enfermedades (Gross y Levenson, 1997), aun cuando la magnitud de tales efectos puede variar dependiendo de diversos factores moderadores (Consedine, Magai y Bonanno, 2002). Para explicar esos efectos, habría que considerar que la inhibición activa de pensamientos, sentimientos o impulsos asociados con recuerdos dolorosos o traumáticos implica un trabajo fisiológico que se refleja en la actividad nerviosa tanto central como autonómica. Esta labor inhibitoria puede ser considerada como un estresor de baja intensidad, pero de carácter acumulativo o crónico, que puede producir o exacerbar procesos psicósomáticos, aumentando por tanto el riesgo de enfermedades y otros problemas relacionados con el estrés (Petric, Booth y Pennebaker, 1998). Así como la inhibición o supresión emocional puede tener consecuencias negativas para la salud, el hecho de que

las personas procesen y confronten sucesos vitales traumáticos tendría efectos positivos significativos en su salud, incluyendo menos enfermedades, menor uso de servicios de salud y mejor funcionamiento del sistema inmune (Greenberg, Wortman y Stone, 1996).

Con relación a las personas que conviven con VIH, estos antecedentes tienen una importancia mayor, pues los eventos estresantes, luego de un diagnóstico de VIH y de todo el curso de la infección, pueden influir de forma más negativa en las personas con afecto negativo (estado y rasgo), o ser mejor tolerados y afrontados por las que tienen una afectividad positiva como rasgo de personalidad. Empíricamente, se ha observado que las personas, desde el momento en que reciben el diagnóstico —o incluso desde la toma de muestras para el examen diagnóstico—, experimentan en menor o mayor grado algún tipo de alteración emocional, con severidad, tiempo e intensidad variables (Remor, 2003b); tales alteraciones incluyen pérdida de autoestima, sentimientos de alienación y aislamiento de grupos sociales, pérdida de la pareja o el empleo, culpabilidad por la vida sexual pasada, cambios en la imagen corporal, aumento de la atención a síntomas o manifestaciones físicas, incertidumbre frente al futuro, indefensión y frustración, y percepción de pérdida de control sobre sus vidas; sin embargo, los datos obtenidos en diversos estudios revelan que al cabo de seis a ocho semanas después de conocer el diagnóstico ocurre un ajuste psicológico y un retorno a estados emocionales más funcionales que les hacen posible afrontar mejor su nueva situación; obviamente, este período de desajuste y de retorno posterior a un mejor estado emocional dependerá de otras variables psicosociales y de salud real —como se ha esbozado anteriormente—, como el apoyo social y familiar, el estadio de la infección y el acceso rápido a los tratamientos de control de la infección, pero adicionalmente dicho retorno al ajuste y adaptación psicológica se superará también a los rasgos afectivos del paciente; es decir, a la afectividad positiva o negativa que lo lleven a percibir y enfrentar de una manera particular esta nueva realidad, y que asimismo podrá afectar el curso de la infección en su cuerpo, como ya pudo confirmarse en los estudios antes expuestos. Por esta razón, en la presente revisión

se ha pretendido evaluar el afecto positivo y negativo como estado emocional, pero también como rasgo de personalidad, a fin de conocer su relación con las demás variables psicosociales y la calidad de vida y adhesión terapéutica en esta población, a manera de una aproximación pionera en la búsqueda de datos que ilustren su influencia.

Los resultados evidencian la importancia de la disciplina psicológica para el abordaje de una enfermedad actualmente crónica, como el VIH-sida, y la necesidad de un trabajo inter y transdisciplinario para su tratamiento.

Se pone de manifiesto la necesidad de asumir el VIH-sida desde una perspectiva biopsicosocial, como un sistema en que la modificación de una dimensión puede producir alteraciones en la otra. Un modelo biopsicosocioambiental y cultural podría permitir entender más coherentemente esta enfermedad crónica multifactorial al ubicarla dentro de un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus diferentes componentes.

## REFERENCIAS

- Allgoewer, A., Wardle, J. y Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20, 223-227.
- Aversa, S.L. y Kimberlin, C. (1996). Psychosocial aspects of antiretroviral medication use among HIV patients. *Patient Education and Counseling*, 29, 207-219.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15, 517-523.
- Ballester, R. (2004). Adhesión terapéutica. Revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 151-175.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 53-69.
- Ballester, R., Reinoso, I., García, S. y Campos, A. (2000). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 109-115.
- Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 121, 55-60.
- Bayés, R. (2000). *SIDA y Psicología*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Brannon, L. y Feist, J. (2000). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Burack, J.H., Barrett, D.C., Stall, R.D., Chesley, M.A., Ekstrand, M.L. y Coates, T.J. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2568-2573.
- Burgoyne, R.W. y Saunders, D.S. (2001). Quality of life among urban Canadian HIV/AIDS clinic outpatients. *International Journal of STD and AIDS*, 12, 505-512.
- Catz, S., Heckman, T. y Kochman, A. (1999). Adherence to HAART therapy among older adults living with HIV disease. *4th International Conference on the Biophysical Aspects of HIV Infection*, Canada: Ottawa, Poster 18.
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, B.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S. y Gwaltney, J.M. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold. *Health Psychology*, 17, 214-223.
- Cohen, S., Tyrrell, D.A.J. y Smith, A.P. (2002). Life events, perceived stress, negative affect and susceptibility to the common cold. En S. Kassin y S. Fein (Eds.): *Readings in social psychology* (4th ed.). Worcester, MA: Houghton Mifflin.
- Consedine, N.S., Magai, C. y Bonanno, G.A. (2002). Moderators of the emotion inhibition-health relationship: A review and research agenda. *Review of General Psychology*, 6, 204-228.
- Correa, M., Hinestroza, J., Martínez, O. y Estrada, A. (2000). *Factores favorecedores y no favorecedores de la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivos*. Trabajo de grado en Psicología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Eisenthal, S., Emery, R., Lazare, A. y Udin, H. (1979). "Adherence" and the negotiated approach to patienthood. *Archives of General Psychiatry*, 36(4), 393-398.
- Gordillo, Á. y De la Cruz, R. (2003). Adherencia al tratamiento y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: Algunas consideraciones desde la Psicología. *Psicothema*, 5, 227-233.
- Greenberg, M.A., Wortman, C.B. y Stone, A.A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 588-602.

- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Ingram, K.M., Jones, D.A., Neidig, J.L. y Song, Y.S. (1999). Social support and unsupportive social interactions: Their association with depression among people living with HIV. *AIDS Care*, 11(3), 313-329.
- Kelly, J.A., Otto-Salaj, L.L., Sikkema, K.J., Pinkerton, S.D. y Bloom, F.R. (1998). Implications of HIV treatment advances for behavioral research on AIDS: Protease inhibitors and new challenges in HIV secondary prevention. *Health Psychology*, 17(4), 310-319.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 537-547.
- Kobasa, S., Maddi, S. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.
- Koopman, C., Gore-Felton, C., Marouf, F., Butler, L. D., Field, N., Gill, M., Chen, X. H., Israelski, D. y Spiegel, D. (2000). Relationships between perceived stress and attachment, social support, and coping among HIV-positive persons. *AIDS Care*, 12(5), 663-672.
- Martín, M. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14, 5-7.
- Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1991). *Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L. y Hallet, A.J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Perkins, D.O., Leserman, J., Stern, R.A., Baum, S.F., Liao, D., Golden, R.N. y Evans, D.L. (1995). Somatic symptoms and HIV infection: relationship to depressive symptoms and indicators of HIV disease. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1776-1781.
- Petrie, K.P., Booth, R.J. y Pennebaker, J.W. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1264-1272.
- Remor, E. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicología Conductual*, 9, 323-336.
- Remor, E. (2002a). Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH. *Atención Primaria*, 30, 143-149.
- Remor, E. (2002b). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Remor, E. (2002c). *Manual del cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Remor, E. (2003a). El psicólogo en el ámbito hospitalario. Intervención del psicólogo en una unidad de tratamiento de pacientes con infección por VIH y SIDA. En E. Remor (Ed.): *Psicología hospitalaria*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Remor, E. (2003b). Afrontamiento, apoyo social y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Remor, E. (2003c). Cuestionario MOS SF 30. *Atención Primaria*, 32, 1.
- Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B. y Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Sandín, B. (2001). *Estrés, hormonas y psicopatología*. Madrid: Universidad Nacional a Distancia (UNED).
- Segerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E. y Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1646-1655.
- Serovich, J.M., Brucker, P.S. y Kimberly, J.A. (2000). Barriers to family social support for persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 12(5), 651-662.
- Simoni, J.M., Frick, P.A. y Lockhart, D. (2002). Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. *AIDS Patient Care*, 16(9), 431-439.
- Stone, A., Mezzacappa, E., Donatone, B. y Gonder, M. (1999). Psychosocial stress and social support are associated with prostate-specific antigen levels in men: Results from a community screening program. *Health Psychology*, 18(5), 482-486.
- Suinn, R.M. (2001). The terrible twos-anger and anxiety. Hazardous to your health. *American Psychology*, January, 56(1), 27-36.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. y Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.