



# Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social

Enrique Flores-Sarazúa, Mercedes Borda-Más<sup>1</sup> y María Ángeles Pérez-San Gregorio  
(Universidad de Sevilla, España)

(Recibido 4 de abril 2005/ Received April 4, 2005)

(Aceptado 5 de septiembre 2005 / Accepted September 5, 2005)

**RESUMEN.** El objetivo de este estudio *ex post facto* es detectar estrategias de afrontamiento comunes en personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven en una situación de exclusión social. La muestra está formada por 105 participantes, varones procedentes de la Comunidad Autónoma Andaluza, distribuidos en cuatro grupos: a) 30 personas con la infección SIDA, con historial de adicción a drogas vía parenteral (ADVP) y que viven en una situación de exclusión social; b) 30 personas con historial de ADVP y en situación de exclusión social; c) 15 personas en situación de exclusión social; y d) 30 personas en situación de adaptación social. Las medidas de evaluación utilizadas son: entrevista semiestructurada de elaboración propia y Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Los resultados indican, a partir del cuestionario utilizado, que no existe un modo de afrontamiento específico en la población estudiada. Estos resultados podrían ser interpretados en base a, por una lado, que no existen estrategias de afrontamiento comunes entre los distintos grupos, o por otro lado, que el material comúnmente utilizado para evaluar las mismas no fuese suficientemente válido para la población estudiada. Se discuten los resultados en función de estas dos justificaciones.

**PALABRAS CLAVE.** Estrategias de afrontamiento. SIDA. Drogadicción. Exclusión social. Estudio *ex post facto*.

<sup>1</sup> Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. C/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla (España). E-mail: mborda@us.es

**ABSTRACT.** This *ex post facto* study intends to detect common ways of coping in people infected by AIDS with a drug addiction case history and who live in a situation of social exclusion. This sampling has been made with 105 male participants who come from the Comunidad Autónoma Andaluza divided in four groups: a) 30 people with AIDS infection, with a drug addiction case history by parenteral means (ADVP) and who live in a condition of social exclusion. b) 30 people with ADVP case history and in a situation of social exclusion; c) 15 people in a condition of social exclusion; and d) 30 people in a condition of social adaptation. They completed an author-designed semi-structured interview and the Questionary of Coping Style of Lazarus and Folkman. The results that we get from the questionnaire point out that there is not a specific coping style in the studied population. These results could be interpreted in two ways: on the one hand, there may be not common coping style in the different groups, on the other hand, may be the material used to measure these coping style is not valid enough for the studied population. The results are discussed according to both interpretations.

**KEYWORDS.** Coping style. AIDS. Drug addiction. Social exclusión, *Ex post facto* study.

**RESUMO.** O objectivo deste estudo *ex post facto* é detectar estratégias de confronto comuns em pessoas afectadas por SIDA com antecedentes de toxicoddependência e que vivem numa situação de exclusão social. A amostra é formada por 105 participantes, homens procedentes da Comunidade Autónoma Andaluza, distribuída por quatro grupos: a) 30 pessoas infectados com SIDA, com história de consumo de substâncias por via parenteral (ADVP) e que vivem numa situação de exclusão social; b) 30 pessoas com história de ADVP e em situação de exclusão social; c) 15 pessoas em situação de exclusão social; e d) 30 pessoas em situação de adaptação social. As medidas de avaliação utilizadas são: entrevista semi-estruturada de elaboração própria e Questionário de Estilos de Confronto de Lazarus & Folkman. Os resultados indicam, a partir do questionário utilizado, que não existe um modo de confronto específico na população estudada. Estes resultados poderiam ser interpretados, por um lado, como não existindo estratégias de confronto comuns nos distintos grupos, ou por outro lado, no sentido de que o material comumente utilizado para avaliar as mesmas não fosse suficientemente válido para a população estudada. Discutem-se os resultados em função destas justificações.

**PALAVRAS CHAVE.** Estilo de confronto. SIDA. Consumo de substâncias. Exclusão social. Estudo *ex post facto*.

## Introducción

Fuste y Ruiz (2000) señalan que los mecanismos de afrontamiento hacen referencia a la capacidad que el individuo tiene para hacer frente al efecto del estrés; añaden que con esta capacidad se emite una respuesta emocional tras la valoración que se hace de la situación. Por otro lado, Gard (1999) ofrece una visión algo más amplia, conceptualizando las estrategias de afrontamiento como un conjunto dinámico de respuestas cuya expresión está basada en las situaciones estresantes, ambientales y en

factores personales del individuo. En un estudio realizado con pacientes oncológicos durante más de diez años, Watson *et al.* (1988) señalan la importancia de las estrategias de afrontamiento como factor amortiguador del estrés y, consiguientemente, como variable capaz de influir en el desarrollo de determinadas enfermedades. Como en muchos campos de la Psicología Clínica y de la Salud, la psicooncología ha servido como base para abrir líneas de investigación. Existen trabajos que relacionan los estilos de afrontamiento con la función inmunitaria (Dykema, Bergbower y Peterson, 1995; Kamen-Siegel, Rodin, Seligman y Dwyer, 1991; Swindells, Mohr y Justis, 1999), donde se pone de manifiesto que éstos median en el desarrollo de ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmune. Desde ahí parte el estudio de los estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA, encontrándose básico para una mejora de la calidad de vida de estos pacientes el potenciar su capacidad de afrontamiento (Roca, Trujols, Tejero y Pinet, 2001).

Una persona con VIH/SIDA, en las distintas fases, ha de hacer frente a múltiples retos y numerosas circunstancias adversas. En este sentido, los procesos de afrontamiento le ayudarán a mantener el control sobre su vida y a encontrar el suficiente bienestar psicológico (Blannon y Feist, 2001; Vera-Villarroel, Pérez, Moreno y Allendes, 2004). Como refiere Ayuso (1997), los modos de afrontamiento son uno de los factores que más contribuyen a la aparición de problemas de salud mental una vez que se recibe el diagnóstico de seropositividad y, si éstos son insuficientes, pueden incluso llegar a surgir reacciones de descontrol con riesgo autolesivo (García-Camba, 1998).

Para algunos autores, la creencia en el control personal sobre la enfermedad está asociada de modo positivo con el ajuste psicológico en enfermedades crónicas, incluso en estados avanzados de la enfermedad. Como señalan Remor, Carroble, Arranz, Matínez-Donate y Ulla (2001), la percepción de control de la enfermedad se asocia con un menor número de síntomas depresivos y ansiosos, y con un mayor grado de adaptación. El sentido de control es el concepto básico en las estrategias de afrontamiento. Una persona con SIDA se ve obligada a renunciar a su creencia de control sobre su enfermedad cada vez que sufre una nueva infección oportunista. Al mismo tiempo, ha de adoptar nuevas creencias respecto a la habilidad de control sobre algunas de las consecuencias negativas de esta enfermedad, como pueden ser, en cómo afecta ésta a sus relaciones personales y a su aspecto personal (Kenneth y Judith, 1998). Aunque la persona presente un alto grado de cumplimiento del tratamiento antirretroviral y mantenga unos hábitos saludables de vida, el control que suele tener el individuo sobre las consecuencias de la infección, en determinados estadios, suele ser escaso (Tsasis, 2000). Esto hace que aparezcan en la persona con VIH/SIDA estados de indefensión. Este estado presenta un efecto de bloqueo producido por percepciones erróneas y por la percepción de no control (“no puedo hacer nada”, “no depende de mí”). Con este tipo de atribuciones los cambios de hábitos o la creación de hábitos saludables se dificultan (García, 1993).

Por todo ello, a pesar de que frecuentemente se asocia un mayor nivel de adaptación cuanto mayor es la sensación de control, en las personas con VIH/SIDA, dada la naturaleza de la propia enfermedad y el estado actual de los tratamientos, las consecuencias de la sensación de control son mucho más complejas. En algunas situaciones

tener control disminuye los niveles de estrés y en otras, el tener demasiada sensación de control, cuando aparecen síntomas físicos, hace que aumente, puesto que aparecen sentimientos de indefensión. Por ello, varios autores ven importante diferenciar entre lo que es percepción de control y control. Algunos creen que poseer ilusión de control es lo más importante para tener el control (Reed, Taylor y Kemeng, 1993; Thompson, 1989; Witenberg, 1983); sin embargo, otros autores sugieren que una creencia persistente de control en situaciones donde existe relativamente poco control puede ser maladaptativo (Wallston, Kenneth, Kaplan y Maides, 1987). Algunos estudios sugieren que la gran mayoría de la población mantiene frecuentemente exageradas creencias de control y un optimismo irreal sobre el futuro y que estas ilusiones positivas son psicológicamente adaptativas (Taylor y Brown, 1988). En el caso de las personas afectadas por el VIH/SIDA, este falseamiento de la realidad, que en principio es por definición negativo, se puede convertir en adaptativo puesto que podría incrementar la adherencia al tratamiento, hábitos saludables, etc.

Investigaciones realizadas en los últimos años (Kenneth y Judith, 1998; Remor *et al.*, 2001) sugieren que la aceptación realista de una condición de deterioro y posible muerte puede tener negativas consecuencias que quizás sobrepasen los efectos beneficiosos. En este sentido, estos estudios señalan que las personas con mayor aceptación realista de su situación tenían menor tiempo de supervivencia al VIH que aquellos con poca aceptación realista. Esto contradice las investigaciones de Kluber-Ross, donde los estilos de afrontamiento realistas aseguran una mayor aceptación. Según Kenneth y Judith (1998), en la infección VIH/SIDA, no podemos seguir el modelo de Kluber-Ross porque variables como la inseguridad, la variabilidad y la impredecibilidad del VIH/SIDA marcan diferencias con las demás enfermedades crónicas y degenerativas. Diversos estudios han puesto de manifiesto que un optimismo irreal sirve como defensa para el impacto de las distintas situaciones; en cambio, otros autores plantean que lo que se consigue así es un mal ajuste. Kang (1999) plantea que el estilo de afrontamiento de evitación está relacionado con el optimismo. Concretamente, los individuos con estilo de afrontamiento evasivo perciben las consecuencias de la infección VIH como menos severas, consiguiendo un nivel de estrés menor. Esto contradice la visión clásica, en la que se afirma que las personas con alto nivel de sensación de control dedican una atención mayor a su salud (Fontaine, McKenna y Cheskin, 1997) y, por tanto, presentan un mejor ajuste a la infección VIH/SIDA (Zaleski, 2000).

La explicación de estos aparentes resultados contradictorios la podemos hallar en los estudios realizados por Kang (1999) en los casos de personas “VIH progresores lentos” (personas con infección VIH cuya progresión hacia estadios avanzados de la enfermedad no se ha producido a los 20 años de infección). Este autor ha planteado que los tipos de estrategias empleadas por personas con VIH/SIDA pueden ser varias en el *continuum* que es el VIH/SIDA. El responder a la demanda diaria del VIH exige el empleo de distintos modos o estilos de afrontamiento. Las personas en estadios asintomáticos, por ejemplo, usan más frecuentemente el estilo de afrontamiento de evitación y de distanciamiento y, en cambio, en las personas sintomáticas VIH/SIDA, es el estilo de afrontamiento centrado en la emoción el que más se lleva a cabo, probablemente porque el curso de la enfermedad es menos controlable que en los

estados asintomáticos (Kang, 1999). Así, podemos concluir que tener mayor o menor sensación de control produce un mayor o menor estrés según el momento (estadio) en el que se encuentre la persona. En fases más asintomáticas el control real sobre la enfermedad es mayor, por lo que será más adaptativo una mayor sensación de control; sin embargo, en fases avanzadas el optimismo irreal será lo más adaptado para que la persona no caiga en un estado de indefensión aprendida.

En un número notable de investigaciones, se halla una asociación entre un afrontamiento inadecuado (negar la enfermedad o aferrarse a una esperanza ilusoria) y niveles elevados de malestar psicológico y de trastornos depresivos (Blannon y Feist, 2001; Gard, 1999; Kang, 1999). Incluso ciertos estudios aluden a una relación entre estrategias de afrontamiento pasivas (negación) y progresión del VIH/SIDA (Pernas *et al.*, 2001). De hecho, y en este mismo sentido, se ha encontrado en personas con estrategias de afrontamiento evitativo-pasivo un peor funcionamiento del sistema inmune, un menor número de linfocitos CD4 y CD8 y una mayor probabilidad de deterioro general (Leserman *et al.*, 2000; Petrie, Booth y Pennebaker, 1998). Por el contrario, un afrontamiento activo (incluyendo la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social) se relaciona con un proceso adaptativo adecuado (Blannon y Feist, 2001; Kenneth y Judith, 1998) y una menor presencia de trastornos depresivos (Kang, 1999) y de estrés (Schmitz y Aystal, 2000). En el estudio de Watson *et al.* (1988) se observó que una de las variables que mejor predecía la supervivencia era el tipo de estrategia de afrontamiento denominada “espíritu de lucha” respecto a la enfermedad mostrando –las personas VIH/SIDA con este estilo de afrontamiento– un cambio inmunológico positivo (Petrie *et al.*, 1998) y una baja probabilidad de desarrollar infecciones oportunistas (Leserman *et al.*, 2000).

En enfermedades tan complejas como el VIH/SIDA encontramos que en ocasiones existen beneficios potenciales en el estilo de afrontamiento de evitación. Las personas con SIDA de evolución lenta y los VIH utilizan estas estrategias para “distraerse de su enfermedad”: van al cine, escuchan música, usan sustancias para alterar su humor, etc. Esta aparente evitación del problema también ha sido asociada con un menor declive en el funcionamiento inmune y una más lenta progresión a SIDA si lo comparamos con individuos VIH que tenían un menor estilo de afrontamiento de evitación (Gard, 1999). La explicación podría ser que en personas VIH una excesiva hipervigilancia puede ser perjudicial por los niveles de estrés elevados que aporta. La evitación en este estadio puede no ser negativa; sin embargo, en fase SIDA, esta evitación puede ser mortal porque este estilo conlleva la ausencia de implicación en sus cuidados (Rokach, 2000).

A pesar de las investigaciones expuestas anteriormente, consideramos conveniente realizar estudios concluyentes para poder comprobar hipótesis que relacionen las estrategias de afrontamiento con la infección VIH/SIDA en nuestro entorno social, dado que actualmente son muy escasos. Por ello, el objetivo de este estudio *ex post facto* (Montero y León, 2005) es ampliar el conocimiento de las estrategias de afrontamiento existentes en el colectivo de personas con infección VIH/SIDA, centrándonos en aquellos individuos que, además de presentar la enfermedad, tienen antecedentes de drogadicción y viven en una situación de exclusión social. En la redacción de este artículo se siguen en la medida de lo posible las pautas establecidas por Ramos-Álvarez y Catena (2004).

## Método

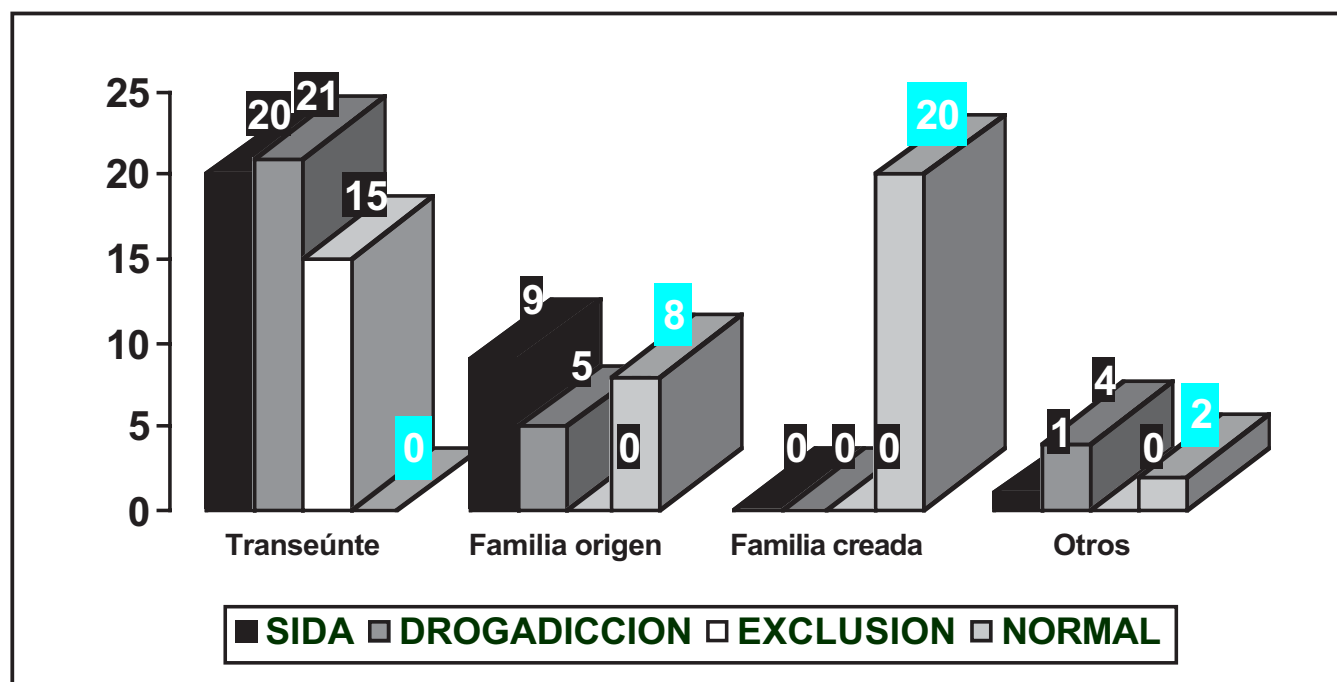
### *Participantes*

Para poder desarrollar nuestra investigación, seleccionamos un total de 105 personas procedentes de la Comunidad Autónoma Andaluza, residentes en un elevado porcentaje en Sevilla, todos ellos varones, distribuidos en varios grupos. Para ello, incluimos en primer lugar, un grupo formado por 30 personas con la infección VIH en categoría SIDA, con una edad media de 40,63 años (desviación típica 5,39) que presentaban un historial de dependencia a tóxicos y cuya situación social era de exclusión. Un segundo grupo estaba formado por 30 personas con una edad media de 40,53 años (desviación típica 10,21), con una historia de dependencia a tóxicos y cuya situación social era de exclusión. Un tercer grupo estaba formado por 15 personas, con una edad media de 42,2 años (desviación típica 9,27) cuya situación social era de exclusión y, por último, un cuarto grupo de 30 personas sin patología detectada y en situación de adaptación social (edad media 34,47 años y desviación típica 6,20). Los grupos correspondientes a “excluidos”<sup>2</sup> se denominaron SIDA, drogadicción y pobreza, y el cuarto grupo se denominó grupo Normal. Para poder acceder a los grupos de “excluidos” estimamos conveniente contactar con asociaciones que interviniesen en el ámbito de la exclusión social y, para los participantes del grupo normal, entrevistamos a personas de ambientes de adaptación social.

Comparando los grupos de “excluidos”, los participantes presentaban las siguientes características. Respecto a las variables sociodemográficas, el domicilio habitual en la mayor parte de los participantes respondía a la categoría “transeúnte” (78,9%), en el momento de la evaluación residían en centros de carácter social, siendo el tiempo de estancia mayor en el grupo SIDA (16,7% era mayor a seis meses) que en el resto de los grupos de excluidos (véase la Figura 1). Con respecto a la cantidad de ingresos económicos nos ha llamado la atención el escaso número de participantes que superaban los 300 euros mensuales (10%) y en el caso de que esto fuese así, la fuente de los mismos era generalmente las pensiones no contributivas y otras actividades como mendicidad, actividades delictivas, aparcacoches, etc. En cuanto al contacto familiar, éste era esporádico o inexistente (64,4%). Con respecto a los participantes del grupo Normal, éstos vivían con su familia creada (66,7%), con unos ingresos superiores a los 600 euros mensuales (73,3%) que procedían de su propio trabajo (83,3%).

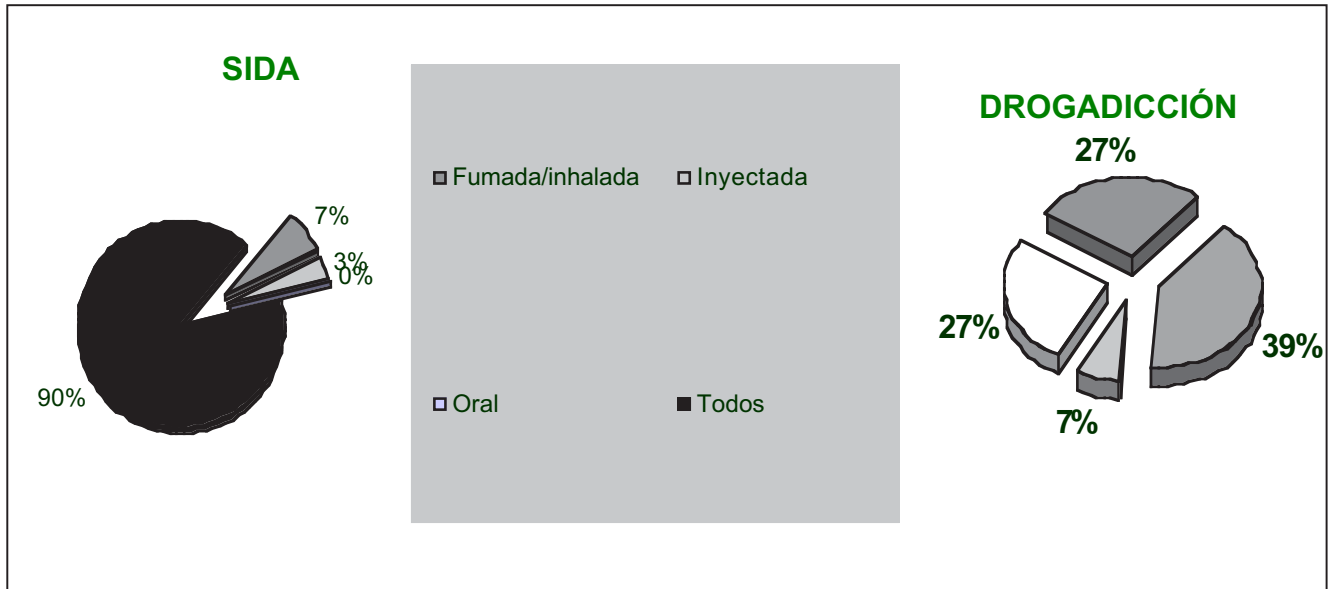
<sup>2</sup> Para poder delimitar el concepto de exclusión social, utilizamos la reciente propuesta de Pérez, Sáez y Trujillo (2002). Estos autores operativizan la exclusión en distintas dimensiones, por una parte las llamadas dimensiones generales (vivienda, trabajo y educación) y, por otra parte, las dimensiones llamadas situaciones específicas (politoxicomanías, problemas con la justicia, disminuidos físicos y psíquicos, y salud). En nuestro trabajo, estas dimensiones fueron medidas y categorizadas a través de distintas variables recogidas en la entrevista semiestructurada de elaboración propia (Flores, 2004) cuyo contenido describimos más adelante.

**FIGURA 1.** Domicilio habitual de los grupo SIDA, drogadicción, exclusión y normal.



Centrándonos en el grupo que representa al colectivo estudiado, SIDA, los participantes presentaban la infección con una evolución de más de once años en el 70% de los casos y un estadio actual de SIDA avanzado en un 89,9%. Según la información aportada por los propios participantes la vía de contagio más frecuente fue la parenteral. En el momento de la valoración, el 70% realizaba el tratamiento antirretroviral y un 100% hacía menos de seis meses que había acudido a su revisión médica del especialista. En cuanto a las enfermedades que padecían existía una media de 1,07 por participante siendo la más frecuente la hepatitis. En relación a los tratamientos recibidos hemos de señalar que uniendo las medias de los distintos tratamientos y multiplicando por la dosificación media habitual, el número total aproximado de comprimidos diarios ingeridos era de 16 por participante. Finalmente, con respecto a las variables que hacen referencia a los problemas de tóxicos, se observa que en el grupo SIDA, la mayor parte de los participantes reconocían un historial de politoxicó consumo y un 90% haber usado todas las vías de administración (véase la Figura 2). El tiempo total de consumo fue muy similar en los grupos SIDA y drogadicción. Sin embargo, en el grupo SIDA la participación en PMM (Programa Mantenimiento Metadona) fue muy superior con un 86%, y una cantidad media de metadona de 85 mg./día.

**FIGURA 2.** Vía de administración habitual de tóxicos en los grupos SIDA y drogadicción.



### *Instrumentos*

La elección de los instrumentos para la evaluación ha sido altamente compleja. Estos debían ser adecuados a nuestros objetivos teniendo en cuenta las características especiales de las distintas muestras, tales como el bajo nivel cultural, la alta deseabilidad social, el alto nivel de sedación y de deterioro físico, y el bajo nivel de atención. Además, la situación multiproblemática en la que vivían hacía necesario la evaluación de un gran número de variables. Tratando de salvar estas dificultades, diseñamos un protocolo de evaluación psicológica compuesto por los siguientes instrumentos.

- Entrevista semiestructurada. La entrevista, elaborada por los autores del trabajo, pretende recabar información de distintas áreas que estimamos importantes para nuestro estudio. Los ítems se agrupan en cinco bloques: datos sociodemográficos, de salud, de drogadicción, de salud mental y datos sociojudiciales (Flores, 2004; Flores, Borda y Pérez San Gregorio, 2005). Este instrumento, al ser el primero en aplicar de todo el protocolo, tiene un doble objetivo; por una parte, obtener la información pertinente y, por otra, establecer un mínimo vínculo de cercanía con la persona antes de pasar a la aplicación del resto del material de evaluación.
- Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986). Está constituido por 50 ítems que engloban dos escalas derivadas racionalmente: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción. El afrontamiento orientado al problema tiene como función controlar la fuente de estrés, mientras que el afrontamiento orientado a la emoción se dirige a regular las emociones estresantes, esto es, a reducir o controlar el malestar emocional asociado a la situación. Lazarus y Folkman (1986) a partir de las dos escalas iniciales, derivaron, por medio de análisis factorial, ocho subescalas: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Búsqueda de apoyo social, Aceptación de



la responsabilidad, Huida-avoidancia, Planificación de solución de problemas y Reevaluación positiva. Los ítems se factorizaron utilizando el método alfa y el de factores principales aplicándoles una rotación oblicua. Los resultados de los análisis obtuvieron ocho factores que explican el 46,2% de la varianza (Soriano y Zorroza, 1999). Los índices de fiabilidad alfa para las distintas subescalas son los siguientes: Confrontación  $\alpha=0,70$ ; Distanciamiento  $\alpha=0,61$ ; Autocontrol  $\alpha=0,70$ ; Búsqueda de apoyo social  $\alpha=0,76$ ; Aceptación de la responsabilidad  $\alpha=0,66$ ; Huida-avoidancia  $\alpha=0,72$ ; Planificación de solución de problemas  $\alpha=0,68$ ; y Reevaluación positiva  $\alpha=0,79$  (Folkman, Lazarus, Dunkel, DeLongis y Gruen, 1986). Según los propios autores, se produce una correlación moderada-baja entre las escalas (siendo  $r= 0,39$  la más alta).

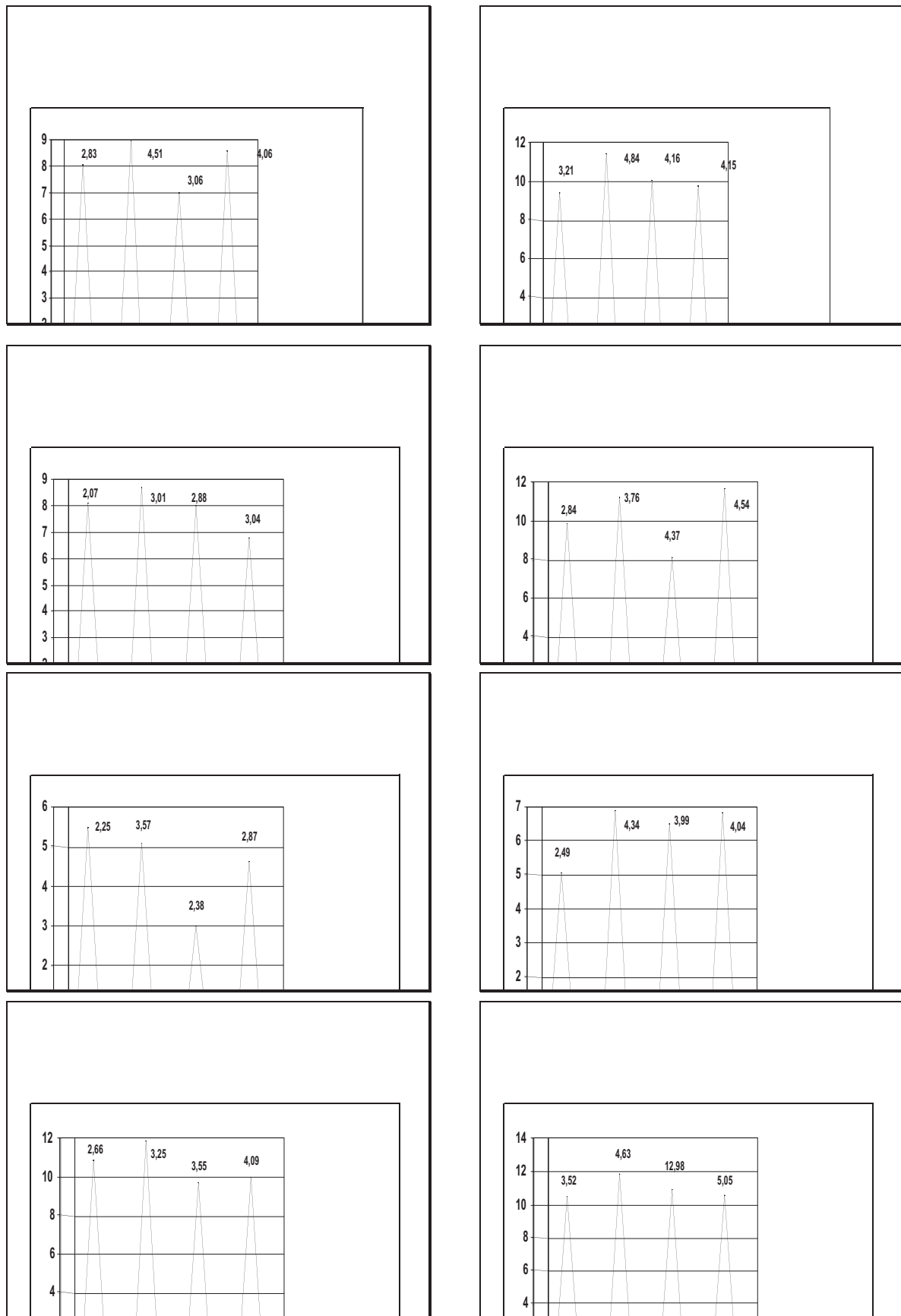
### *Procedimiento*

La evaluación se realizó en condiciones adecuadas para la aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica y fue realizada por psicólogos entrenados y cualificados. El tiempo medio de aplicación del protocolo de valoración fue de 90 minutos, separándose en dos sesiones si el estado de salud de la persona así lo requería. El nivel cultural de los participantes (en los tres grupos donde existía exclusión) determinó que en todos los casos, los ítems y las posibles respuestas fuesen leídas por el evaluador y si experimentaban dificultades en comprender los ítems de las pruebas se les explicó su significado de manera adecuada a su nivel cultural. Para cumplimentar el Cuestionario de Modos de Afrontamiento se acordó que los participantes en situación de exclusión se enfrentasen hipotéticamente a la misma situación, y por razones prácticas se decidió que ésta fuese el cierre del centro donde asistían. Las instrucciones que recibían eran: “Imagínate que un día llegas a tu hora habitual al Centro, y en una reunión se te comunica que el Centro cierra al día siguiente por motivos internos. Según la forma habitual que tú tienes de hacer frente a los problemas, elige el grado de acuerdo con las siguientes frases (Grados de acuerdo: 0=En absoluto; 1=En alguna medida; 2=Bastante; 3=En gran medida)”. A pesar de la posible interferencia en los niveles de discapacidad social en las respuestas ofrecidas por los participantes por la situación que se les planteó (cierre del Centro), estimamos más conveniente esta opción que asumir la variabilidad que aportaba la gran diversidad de situaciones complejas que estas personas están habituados a afrontar.

### **Resultados**

Además de estudios descriptivos de todas las variables (véase la Figura 3), se realizó en primer lugar un análisis de la varianza de un factor (ANOVA). De las variables analizadas, cumplieron el supuesto de homogeneidad (prueba de Levene) las siguientes subescalas: Confrontación [ $F(3, 101)=1,900$ ;  $p>0,05$ ], Distanciamiento [ $F(3, 101)=2,133$ ;  $p>0,05$ ], Autocontrol [ $F(3, 101)=1,473$ ;  $p>0,05$ ], Búsqueda de apoyo social [ $F(3, 101)=2,275$ ;  $p>0,05$ ], Aceptación de la responsabilidad [ $F(3, 101)=2,694$ ;  $p>0,05$ ], Planificación de solución de problemas [ $F(3, 101)=2,567$ ;  $p>0,05$ ] y Reevaluación positiva [ $F(3, 101)=1,419$ ;  $p>0,05$ ].

**FIGURA 3.** Medias y desviación tipo de las Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.



*Nota.* Los valores que se han incorporado en las figuras coinciden con las desviaciones típicas en cada caso.

Posteriormente, con estas variables realizamos el correspondiente ANOVA de comparaciones de grupos. Resultaron significativas las diferencias entre las variables Búsqueda de apoyo social [ $F(3, 101)=3,603$ ;  $p<0,05$ ] y Aceptación de la responsabilidad [ $F(3, 101)=4,651$ ;  $p<0,01$ ]. Con la finalidad de precisar entre qué grupos se encontraban dichas diferencias, utilizamos comparaciones *a posteriori*, concretamente, empleamos el método de Scheffé asumiendo varianzas iguales (véase la Tabla 1).

**TABLA 1.** Comparaciones múltiples *a posteriori* del grupo Normal con Drogadicción, Pobreza y SIDA en la Escala de Modos de Afrontamiento.

<i>Variables</i>	<i>(I) Grupo</i>	<i>(J) Grupo</i>	<i>Diferencia entre medias (I-J)</i>
Búsqueda de apoyo social	Drogadicción	SIDA	-3,1667 *
Aceptación de la realidad	Normal	Drogadicción	2,4667 **

\*  $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$

A partir de los resultados que nosce la Tabla 1, podemos decir que los participantes pertenecientes al grupo SIDA presentan niveles significativamente más elevados de búsqueda de apoyo social que los que pertenecen al grupo drogadicción. Así mismo, se observa diferencia en la subescala Aceptación de responsabilidad destacando el grupo Normal por obtener unas puntuaciones más elevadas que el grupo drogadicción. En la variable que no cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas, Huida y evitación [ $F(3, 101)=2,981$ ;  $p<0, 05$ ], no se encontraron diferencias significativas utilizando la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) para varias muestras independientes.

### Discusión

Los estudios en torno a las estrategias de afrontamiento en las personas con la infección VIH/SIDA no son concluyentes. Algunos autores sugieren que determinadas estrategias de afrontamiento centradas en la evitación son más frecuentes en los enfermos de SIDA (Leserman *et al.*, 2000); en otros estudios se han encontrado que las personas con la infección VIH/SIDA utilizan estrategias de afrontamiento distintas según el estadio de la enfermedad en el que se encuentren (Kang, 1999); y, por último, existen determinadas investigaciones que aportan que no hay diferencias en las estrategias de afrontamiento entre las personas con la infección VIH/SIDA y la población normal (Thornton, Tropo y Burgess, 2000). Pernas *et al.* (2001) presentan un estudio donde se comparan las estrategias de afrontamiento en una muestra de personas con la infección VIH/SIDA (expolíticoómanos) con otra de personas con la infección VIH/SIDA y en situación de drogadicción activa. Estos autores sostienen que no existen diferencias en las estrategias de afrontamiento de estos dos grupos y que en ambos las

estrategias de afrontamiento más utilizadas son la evitación y la represión. En este mismo sentido, Koopman *et al.* (2000) indican que en estos dos grupos las estrategias más utilizadas son las que se basan en el no compromiso. Aunque son muchas y variadas las hipótesis que los autores han sugerido para explicar los resultados expuestos con anterioridad, nosotros entendemos que las estrategias de afrontamiento requieren el control de una serie de habilidades personales (tolerancia a la frustración, capacidad de planificación y análisis, etc.) cuyo desarrollo inadecuado no está necesariamente causado por el padecimiento de una enfermedad o por presentar una adicción a tóxicos. Si bien es verdad que dichas situaciones pueden conllevar un gran número de estresores que superen a la persona y su capacidad de afrontamiento, esto no lleva implícito que la mera pertenencia a estos grupos conlleve el uso de ciertas habilidades.

En este contexto, defendemos la hipótesis de que los grupos que han vivido en condiciones de desarrollo similares (los tres grupos de excluidos), indistintamente de las enfermedades padecidas y de las adicciones que presenten, utilizan las mismas estrategias de afrontamiento puesto que “han trabajado” (o no) determinadas habilidades de igual modo. En estos grupos, el tiempo en situación de exclusión y las características de la misma resultan determinantes para entender el afrontamiento que la persona utiliza en las situaciones. Esto implica una gran variabilidad intragrupo en las estrategias de afrontamiento si esta variable (tiempo y características de la exclusión) no ha sido controlada (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993). De este modo, personas que han crecido en un medio donde la delincuencia y el maltrato es habitual aprenden a no “buscar un apoyo social” porque no creen en él; igualmente, si no han acudido a centros de estudios sus capacidades de análisis y planificación quedan mermadas. Pelechano *et al.* (1993), sugieren que los “aditamentos socioculturales” que están asociados a determinadas enfermedades son los que tienden a formar grupos de estilos de afrontamiento similares y no la propia enfermedad. Estos llamados “aditamentos socioculturales”, redefinidos como situación de exclusión, son los que entendemos clave en la determinación de los estilos de afrontamiento. Así, por ejemplo, un entorno que tiene como únicas metas objetivos inmediatos porque la situación de exclusión no les permite plantearse un posible futuro, favorece que la persona no desarrolle la tolerancia a la frustración. Este tipo de habilidades (y otras) son posiblemente las que determinen que se realice un afrontamiento centrado en la evitación y en el olvido, siendo, además, la posible causa que conduce al uso tan frecuente que este sector de población hace de las sustancias adictivas.

Además de las habilidades necesarias para el afrontamiento, creemos que la percepción de control es un aspecto básico para poder usar dichas habilidades o para que queden inhibidas y confieran a la persona un estilo de afrontamiento evitativo. Las personas que viven en una situación de exclusión se reconocen marginados y aprenden a aceptar esa situación con resignación y sin aspirar a grandes cambios, por lo que habitualmente creen que “sus vidas” están fuera de su control. Lindbladh y Lytkens (2002) señalan que las personas en posiciones sociales inferiores, cuyos recursos y oportunidades de elección han sido escasos, suelen adoptar conductas repetitivas, que no impliquen reflexión sobre sus metas, motivos y medios. Es evidente que las respuestas que los individuos ofrecen resultan ineficaces (o al menos no suficientemente po-

tentes) puesto que mantienen su situación de exclusión. Entendemos que repiten dichas conductas y no intentan otras, entre otros motivos porque creen que “su mejora” no depende de ellos, no controlan el cambio para salir de la situación de marginación.

Al relacionar la bibliografía sobre el tema con nuestro estudio, lo expuesto anteriormente avala nuestras hipótesis; sin embargo, los resultados obtenidos en nuestra investigación no son reflejo de las mismas. Así pues, encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativa en prácticamente ninguna subescala del Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) entre los cuatro grupos muestrales y que tampoco existe un patrón de puntuaciones desadaptativo/adaptativo. Aunque estos resultados podrían hacernos desistir de nuestras hipótesis, las investigaciones en este ámbito, y sobretodo nuestra práctica clínica al respecto, nos hace plantearnos que la dificultad para constatar las hipótesis quizás no esté en la validez de las mismas sino en el material utilizado para este estudio. En este sentido, en el diseño y la planificación de la investigación que presentamos, una de las grandes dificultades fue la elección del material de evaluación dada la inexistencia de baremación específica para la población estudiada. En el apartado de material y método se especifica cómo se fue salvando esta limitación para cada una de las pruebas; no obstante, el criterio de elección general fueron pruebas específicas que estuvieran consolidadas en la investigación. El Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) es el cuestionario original del que se han derivado la mayoría de cuestionarios posteriores (Soriano y Zorroza, 1999) y se ha llegado a convertir en el cuestionario más utilizado para la medida del afrontamiento (Olmedo e Ibáñez, 2003). Sin embargo, ha recibido múltiples críticas, referidas tanto a su estructura factorial, con trabajos que obtienen desde dos hasta ocho factores (Parker, Endeler y Bagby, 1993; Seller, Weintraub y Carver, 1986; Solomon, Mikulincer y Avitzur, 1988; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker, 1985), hasta la validez de constructo de sus escalas o procedimiento para la realización (Parker *et al.*, 1993). Recientemente se ha presentado un estudio donde se afirma que el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman no representa adecuadamente las estrategias establecidas a priori en la teoría de Lazarus y que la prueba no cumple con los criterios psicométricos mínimamente exigibles, llegándose incluso a desaconsejar el uso de esta prueba y de los instrumentos que han surgido tomando como base ésta (Olmedo e Ibáñez, 2003).

En base a estas cuestiones podemos entender que, a pesar de que el instrumento elegido para la medida de las estrategias de afrontamiento fuese el adecuado por ser el que se apoya en el planteamiento teórico más comúnmente aceptado en la actualidad, parece ser que los estudios recientes nos muestran que esta prueba no alcanza los suficientes niveles de validez ni de fiabilidad como para dar por definitivos los resultados y rechazar nuestras hipótesis. A nuestro parecer, con el empleo de un instrumento válido para la población y una mayor delimitación de las variables a estudiar, como defendemos en nuestro trabajo (por ejemplo, la tolerancia a la frustración y la capacidad de planificación y análisis, entre otras), podríamos dar explicación a aquellos fenómenos que ya venimos observando en la clínica, presentes en nuestra población de exclusión social, tarea en la que actualmente está trabajando nuestro equipo de investigación.

## Referencias

- Ayuso, J.L. (1997). *Trastornos neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid: McGraw-Hill.
- Blannon, L. y Feist., J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Dykema, J., Bergbower, K. y Peterson, C. (1995). Pessistic explanatory style, stress, and illness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*, 357-371.
- Flores, E. (2004). *Alteraciones emocionales, variables de personalidad y estrategias de afrontamiento en personas afectadas por SIDA*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.
- Flores, E., Borda, M. y Pérez San Gregorio, M.A. (2005). Aids and social exclusion: Personality features or adaptive behaviors? *The Spanish Journal of Psychology, 8*, 45-55.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel, C., DeLongis, A. y Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 992-1003.
- Fontaine, K.R., McKenna, L. y Cheskin, L.J. (1997). Support group membership and perceptions of control over health in HIV+ men. *Journal of Clinical Psychology, 53*, 249-252.
- Fuste, E. y Ruiz, J. (2000). Análisis de la relación entre personalidad, estrategias de afrontamiento, estrés percibido y respuesta inmune a una prueba de hipersensibilidad retardada. *Ansiedad y Estrés, 6*, 169-189.
- García, E. (1993). *SIDA. Apoyos en entorno personal, familiar y laboral*. Madrid: Eudema
- García-Camba, E. (1998). Psiquiatría de enlace e infección por VIH. En E. García-Camba (Ed.), *Psiquiatría y SIDA* (pp. 29-44). Barcelona: Bibliostam.
- Gard, T.L. (1999). *The importance of intimacy and use of avoidance coping in predicting depression among HIV+ individuals*. Tesis doctoral. State University of New York at Albany. UMI.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.E.P. y Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology, 10*, 229-235.
- Kang, E. (1999). Optimism, coping, and psychological distress among HIV-seropositive and AIDS-diagnosed men. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60*, 2947.
- Kenneth, W.G. y Judith, G.R. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance, and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*, 407-424.
- Koopman, C., Gore, F.C., Marouf, F., Butler, L.D., Field, N., Gilll, M., Chen, X.H., Israelsky, D. y Spiegel, D. (2000). Relationships of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV+ persons. *Aids Care, 12*, 663-672.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Leserman, J., Petitto, J.M., Golden, R.N., Gaynes, B.N., Hongbin, P.D., Silva, S.G., Folds, J.D. y Evans, D.L. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1221-1228.
- Lindbladh, E. y Lytkens, Ch. (2002). Habit versus choice: The process of decision-making in health-related behaviour. *Social Sciences Medical, 55*, 451-465.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 115-127.
- Olmedo, E. e Ibáñez, I. (2003). Factorización exploratoria del Cuestionario Ways of Coping. *Psicología Conductual, 11*, 79-94.
- Parker, J., Endeler, N. y Bagby, M. (1993). If it changes, it might be unstable: Examining the factor structure of the Ways Coping Questionnaire. *Psychological Assessment, 5*, 361-368.
- Pelechano, V., Matud, P. y de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 19*, 91-149.

- Pérez, M., Sáez, H. y Trujillo, M. (2002). *Pobreza y exclusión social en Andalucía. Colección politeya. Estudios de política y sociedad*. Córdoba: Instituto de Estudios Sociales de Andalucía.
- Pernas, A., Iraurgi, I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., Páez, D. y Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. *Psiquis*, 22, 194-199.
- Petrie, K.J., Booth, R.J. y Pennebaker, J.W. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1264-1272.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Reed, M., Taylor, E. y Kemeng, E. (1993). Perceived control and Psychological adjustment in gay men with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 791-824.
- Remor, E., Carrobbles, J.A., Arranz, P., Martínez-Donate, A. y Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicología Conductual*, 9, 323-336.
- Roca, X., Trujols, J., Tejero, A. y Pinet, M.C. (2001). Vivir con una enfermedad crónica. En L. Blannon y J. Feist (Eds.), *Psicología de la Salud* (pp. 375-385). Madrid: Paraninfo.
- Rokach, A. (2000). Terminal illness and coping with loneliness. *Journal of Psychology*, 143, 283-296.
- Schmitz, F. y Aystal, S. (2000). Social relations, coping and psychological distress among persons with HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 3, 665-683.
- Seller, M., Weintraub, J. y Carver, C. (1986). Coping with stress: Divergent strategies optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. y Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 279-285.
- Soriano, J. y Zorroza, J. (1999). Análisis comparativo de tres cuestionarios de afrontamiento al estrés: CSI, CM y WOC. *Boletín de Psicología*, 63, 77-79.
- Swindells, S., Mohr, J. y Justis, J.C. (1999). Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: Impact of social support, coping style and hopelessness. *International Journal of STD & AIDS*, 10, 383-391.
- Taylor, S.E. y Brown, J.D. (1988). Illusions and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Thompson, L. (1989). An investigation of patients presenting with multiple physical complaints using the Illness Behaviour Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 181-189.
- Thornton, S., Tropo, M. y Burgess, A.P. (2000). The relationship of psychological variables and disease progression among long-term HIV-infected men. *International Journal of STD and AIDS*, 11, 734-742.
- Tsasis, P. (2000). The multidimensional context of HIV/AIDS patient care. *AIDS Patient Care STD*, 14, 555-559.
- Vera-Villarroel, P.E., Pérez V., Moreno, E. y Allendes F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 55-67.
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R. y Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Wallston, S., Hennes, A., Kaplan, D. y Maides, A. (1987). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.

- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- Witenberg, H. (1983). Perceptions of control and causality as prediction of compliance and coping in hemodialysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 4, 319-336.
- Zaleski, H. (2000). Individual change in depression, perceived control, and immune functioning in person living with AIDS. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61, 568.