

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN
PSICOLOGIA DE LA SALUD**



**ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y AFRONTAMIENTO
EN PERSONAS CON Y SIN VIH/SIDA**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

LIC. MELINA MIAJA AVILA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSE MORAL DE LA RUBIA

MONTERREY, N. L., MEXICO, DICIEMBRE DE 2011

Dedico este trabajo a todos los que formaron parte de mi recorrer en la maestría.

"No hay ninguna situación en la vida que carezca de sentido, incluso los aspectos aparentemente negativos de la vida pueden llegar a convertirse en algo positivo cuando se afrontan con la actitud correcta"

Frankl (2004).

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a CONACyT por la beca otorgada desde el inicio de la maestría. Asimismo, al personal docente y administrativo de la Facultad de Psicología por compartir sus conocimientos y experiencias en el transcurso de estos dos años; definitivamente los más rápidos de mi vida. Dos años de mucho aprendizaje y cambios, de nuevas amistades y colegas.

Quiero expresar mi profunda gratitud al Dr. José Moral (Papá Moral) por su enorme paciencia. Gracias por hacerme parte de su dedicación en la investigación, por haber sido mi principal guía en este recorrer de la maestría. A mis revisores la Dra. Mónica González y el Dr. Cirilo García por su constante apoyo, motivación y orientación en el desarrollo de mi proyecto.

También le quiero agradecer a Ma. Del Carmen Rojas (voluntaria del CAPASITS-NL), Elba Suarez, Abril Garza y Adler Ramírez por apoyarme en la aplicación de los cuestionarios.

Al Dr. Genaro Leal, Dr. Luis Castillo y en especial al Dr. Marcelino Chávez por hacer posible este estudio. Al equipo multidisciplinario del CAPASITS-NL (Dr. Rubén Aguiñón, Rogelio Treviño, Elsa Espitia, Irma Gaytan, Susana Sánchez, Jair Garcia, Hugo Solís y Cristina Martínez) que durante los tres meses que estuve aplicando los cuestionarios, me hicieron sentir una más del equipo. Gracias aprendí muchísimo con los talleres, las clases, con la consulta diaria.

En especial a todas las personas que viven con VIH/SIDA y población general que participaron en el estudio. Gracias por compartirnos su manera de afrontar la muerte y la vida.

A mis padres y hermanos que me enseñaron que cuando uno hace lo que le gusta y nos dedicamos a ello, crecemos enormemente. Gracias familia por apoyarme e interesarse en cada paso que doy. Adler, gracias por apoyarme y por estar a mi lado en cada momento.

A mi familia elegida y escolar que hicieron este trayecto más llevadero y divertido.

Gracias abuelos por enseñarme en vida, el verdadero significado de la muerte, de la importancia de despedirnos y de la unión. Gracias por haber sido mis primeros maestros en el mundo de la tanatología.

A todos muchísimas gracias!!!

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo, en personas que viven con VIH/SIDA y en población general, describir el nivel de ansiedad ante la muerte y estrategias de afrontamiento, contrastar diferencias entre ambas muestras en las dos variables y predecir ansiedad ante la muerte con las estrategias, variables sociodemográficas y clínicas (sólo en seropositivos) relacionadas con el criterio. De forma previa, estudiar las propiedades de consistencia interna y distribución de las dos escalas originales para medir ansiedad ante la muerte y afrontamiento. A su vez determinar la estructura factorial óptima para las escalas en la muestra a fin de lograr resultados más fiables en los contrastes y estimaciones. La Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM-25; Osadolor, 2005) y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín & Chorot, 2003) se aplicaron a dos muestras, una de seropositivos ($n = 300$) y otra de población general ($n = 300$). Se redujo la escala EAM a 22 ítems, eliminando los correspondientes al factor original de Miedo. Su estructura fue de cuatro factores correlacionados con consistencias internas altas, mostrando el modelo un ajuste adecuado a los datos, siendo esta estructura válida en personas seropositivas y de población general. La distribución del puntaje total de la escala se ajustó a una curva normal en población general y clínica reflejando un aspecto de personalidad o actitud. Se obtuvieron evidencias de validez por la diferencia entre las dos muestras (clínica y de población general), así como por el cumplimiento de las expectativas con la escolaridad, estado civil e incluso el mayor promedio en mujeres (de la muestra clínica).

La consistencia interna del CAE fue alta en cuatro escalas y adecuada en las demás, salvo para Reevaluación positiva en su definición reducida a tres indicadores, donde la consistencia fue baja, se confirmó la estructura de siete factores correlacionados y dos factores de segundo orden, reduciendo la escala a 33 ítems. En las muestra de población general y de personas seropositivas se observaron más escalas con ajuste a la normalidad (dos) que en la muestra

conjunta (una), pero sólo la distribución del estilo de afrontamiento positivo se ajustó a una curva normal en las tres muestras. Se encontró que las personas que viven con VIH/SIDA utilizan con mayor frecuencia la religión y reevaluación positiva como estrategias de afrontamiento. Por el contrario, la muestra de población general utiliza más frecuentemente la búsqueda de apoyo social y la expresión de sus emociones.

Se encontró relación entre afrontamiento y ansiedad ante la muerte, con una asociación débil, más definida en la muestra clínica de seropositivos que en la de población general. El estilo de afrontamiento negativo con sus estrategias de autofocalización negativa y expresión emocional abierta de irritabilidad, además de las estrategias evitación y apoyo religioso destacaron como factores de riesgo o predictores que aumentan la probabilidad de sufrir ansiedad ante la muerte. Sexo femenino y menor escolaridad fueron factores de riesgo de mayor ansiedad ante la muerte con poder predictivo. El tener pareja con la que se convive cotidianamente (estar casado o vivir en unión libre) fue un correlato de ansiedad ante la muerte en seropositivos, probablemente por miedo de dañar a la pareja, pero no alcanza poder predictivo. En la muestra clínica el factor de expectativas de supervivencia ante el seguimiento de tratamiento antirretroviral, mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico y carga viral indetectable predijo menor ansiedad ante la muerte.

Se recomienda trabajar en la reducción del estilo de afrontamiento negativo (autofocalización negativa, expresión emocional abierta de ira y déficit de focalización en la solución del problema) y de la estrategia de evitación, fomentando el estilo positivo sobre todo en su aspecto de focalización en la solución de problemas para disminuir la ansiedad ante la muerte, sin ignorar aspectos de género, escolaridad, estado civil y expectativas de supervivencia al manejar al paciente seropositivo en los aspectos psicológicos de un tratamiento médico integral.

Palabras clave: ansiedad ante la muerte, afrontamiento, VIH/SIDA, población general, México.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I.....	17
INTRODUCCION.....	17
Justificación	19
OBJETIVOS E HIPOTESIS.....	22
Objetivo General	22
Objetivos específicos e hipótesis:	22
CAPITULO II.....	26
MARCO TEORICO.....	26
1.- VIH/SIDA	26
Epidemiología del VIH/SIDA	26
Definición de VIH y SIDA	27
Formas de trasmisión, prevención y detección del VIH	28
Etapas de la enfermedad.....	31
Ciclo de vida del VIH.....	32
Tratamiento médico y adherencia.....	33
Aspectos psicológicos de la persona que vive con VIH/SIDA.....	34
2.- ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	36
Concepto de ansiedad	36
La muerte como un aspecto psicológico y social	37
Evolución histórica y definición del concepto de ansiedad ante la muerte.	40
Tipos, explicaciones y componentes de la ansiedad ante la muerte	41
Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte: Sexo, edad, escolaridad, religiosidad y experiencia con la muerte ajena y propia	43
Ansiedad ante la muerte en PVVS.....	45
Instrumentos para medir la ansiedad ante la muerte	46
3.- AFRONTAMIENTO.....	48
Definición de afrontamiento	48
Funciones del afrontamiento.....	48
Modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman	48
Relación del afrontamiento y la salud en población general y PVVS.....	50

Instrumentos para medir afrontamiento	53
CAPITULO III	55
METODO	55
METODO	55
PARTICIPANTES	55
INSTRUMENTOS DE MEDIDA	58
PROCEDIMIENTO	59
ANALISIS ESTADISTICOS	61
CAPITULO IV	63
RESULTADOS	63
Consistencia y distribución del puntaje total y los factores originales de la escala EAM-25	63
Nivel de Ansiedad ante Muerte de la Muestra Clínica y Población General	64
Diferencia de Medias entre Seropositivos y Población General	64
Contraste de medias del EAM-25 de la muestra de seropositivos con otros estudios de muestras clínicas y con la muestra de población general	66
Estructura de la escala EAM-25 por Análisis Factorial Exploratorio	68
Estructura de la escala EAM-25 por Análisis Factorial Confirmatorio	74
Consistencia y distribución de la escala EAM-22	81
Nivel de Ansiedad ante Muerte de la Muestra Clínica y Población General	81
Diferencia de Medias entre Seropositivos y Población General	82
Diferencias por Sexo	84
Diferencias por Estado Civil	85
Consistencia y distribución de los factores originales del CAE	91
Nivel de las Estrategias y Estilos de Afrontamiento Dominantes en la Muestra Clínica y Población General	94
Diferencia de medias (CAE-42) en las siete estrategias y dos estilos de afrontamiento entre seropositivos y población general	95
Contraste de medias del CAE-42 en la muestra de población general con los estudios de Sandín y Chorot (2003), González y Landero (2007) y con la muestra clínica	95
Análisis factorial exploratorio del CAE en la muestra conjunta	97
Análisis factorial confirmatorio del CAE en la muestra conjunta	102
Análisis factorial confirmatorio separando a seropositivos y población	

general	105
Distribución de los factores finales del CAE.....	116
Nivel de las Estrategias y Estilos de Afrontamiento Dominantes en la Muestra Clínica y Población General	118
Diferencia de medias en las siete estrategias y dos estilos de afrontamiento entre personas que viven con VIH/SIDA y población general.....	119
Comparación del CAE-33 con la versión reducida (CAE-21) propuesta por González y Landero (2007).....	119
Correlaciones de EAM-22 con el CAE-33 y variables socio-demográficas	124
Predicción del Puntaje Total de EAM-22 con CAE y Variables Socio-demográficas	128
Contraste de un modelo predictivo por análisis de senderos.....	133
Dicotomización del puntaje total de EAM-22.....	142
Relación entre las variables clínicas para su inclusión en los modelos de predicción en la muestra de seropositivos	148
CAPITULO V	156
DISCUSION.....	156
LIMITACIONES	169
CONCLUSIONES.....	171
REFERENCIAS	174
ANEXOS.....	190
ANEXO 1	191
Gráficos de sedimentación.....	191
ANEXO 2	196
Consentimiento escrito de participación voluntaria de la muestra clínica	196
ANEXO 3.....	197
Consentimiento escrito de participación voluntaria de la muestra de población general.....	197
ANEXO 4.....	198
Datos socio-demográficos de la muestra clínica.....	198
Datos socio-demográficos de la muestra de población general.....	198
ANEXO 5.....	199
Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín & Chorot, 2003).	199
ANEXO 6.....	202

Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM-25; Osadolor, 2005).....	202
ANEXO 7	203
Validación de la <i>Death Anxiety Scale</i> (DAS-15) de Templer en México ..	203

Índice de Tablas

Tabla 1. Descriptivos de las variables socio-demográficas y clínicas	57
Tabla 2. Descriptivos de las variables socio-demográficas y clínicas	57
Tabla 3. Consistencia interna, descripción de las distribuciones y contraste de la diferencia de medias entre ambas muestras	65
Tabla 4. Contraste de medias de la muestra clínica del presente estudio con las muestras clínicas de Osadolor (2005) y Mercado, et al. (2009) y con la muestra de población general	67
Tabla 5. Autovalores y varianza total explicada con la escala EAM-25	70
Tabla 6. Matrices de patrones y consistencia interna en la muestra clínica, de población general y conjunta	71
Tabla 7. Autovalores y varianza total explicada con la escala EAM-22	73
Tabla 8. Matrices de patrones en las muestras de seropositivos, de población general y conjunta	74
Tabla 9. Índices de ajuste en la muestra conjunta y separando ambas muestras	80
Tabla 10. Consistencia interna, descripción de las distribuciones y contraste de la diferencia de medias entre ambas muestras	83
Tabla 11. Diferencia de medias entre sexos en la muestra de seropositivos y de población general y asociación con el sexo	84
Tabla 12. Medias y desviación estándar por grupos de estado civil en las tres muestras	86
Tabla 13. Comparación de medias por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene en la muestra conjunta	87
Tabla 14. Comparación de medias por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene en la muestra clínica	88
Tabla 15. Comparación de medias por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene en la muestra de población general	88
Tabla 16. Correlaciones de EAM-22 con las variables socio-demográficas en la muestra conjunta ($N = 600$)	89
Tabla 17. Correlaciones de EAM-22 con las variables socio-demográficas en seropositivos y población general y con clínicas en seropositivos	90
Tabla 18. Consistencia, descriptivos, ajuste a la normalidad y contraste de medias	93
Tabla 19. Contraste de medias de la muestra de población general del presente estudio con las muestras de estudiantes universitarios de Sandín y Chorot (2003) y González y Landero (2007) y con la muestra clínica	96
Tabla 20. Autovalores y varianza total explicada con los siete factores de primer orden del CAE en la muestra conjunta	99
Tabla 21. Matriz de patrones con 42 ítems	100
Tabla 22. Matriz de patrones con 33 ítems	101
Tabla 23. Autovalores y varianza total explicada con los dos factores de segundo orden del CAE en la muestra conjunta	108
Tabla 24. Matrices de patrones y estructural con las siete escalas originales	109
Tabla 25. Matrices de patrones y estructural con los siete factoriales de primer orden con 33 ítems	110
Tabla 26. Consistencia, descriptivos, ajuste a la normalidad y contraste de medias	117
Tabla 27. Comparación del ajuste de los modelos con 33 y 21 ítems	

por GLS	122
Tabla 28. Consistencia interna de los 7 factores del CAE con 33 y 21 ítems en la muestra conjunta	123
Tabla 29. Correlaciones de EAM-22 con las variables de afrontamiento y socio-demográficas en la muestra conjunta ($N = 600$)	125
Tabla 30. Correlaciones de EAM-22 con las variables de afrontamiento y socio-demográficas en seropositivos y población general y con clínicas en seropositivos	127
Tabla 31. Modelo de regresión en la muestra conjunta ($N = 600$)	128
Tabla 32. Modelo de regresión en la muestra de seropositivos ($n = 300$)	130
Tabla 33. Modelo de regresión en la muestra de población general ($n = 300$)	132
Tabla 34. Índices de ajuste en la muestra conjunta y separando ambas muestras	136
Tabla 35. Correlación de la escala de ansiedad ante la muerte dicotomizada con las variables de afrontamiento, socio-demográficas y clínicas	144
Tabla 36. Modelo de regresión logística para predecir EAM-22	146
Tabla 37. Modelo de regresión logística	148
Tabla 38. Correlaciones entre las 5 variables clínicas en la muestra de seropositivos	149
Tabla 39. Matriz de patrones y estructural	151
Tabla 40. Correlación de EAM22 y sus factores con el factor general de las variables clínicas	151
Tabla 41. Modelo de regresión lineal múltiple en la muestra de seropositivos	152
Tabla 42. Modelo de regresión logística binaria	155
Tabla 43. Matrices de patrones de la soluciones de uno, dos y tres factores	207
Tabla 44. Consistencia interna, descripción de las distribuciones y contraste de la diferencia de medias entre ambos géneros	211

Índice de Figuras

Figura 1. 4F-25-Orig. Modelo estandarizado estimado por GLS	75
Figura 2. 3F-22-Orig. Modelo estandarizado estimado por GLS	76
Figura 3. 4F-22-Rev. Modelo estandarizado estimado por GLS	78
Figura 4. 4F-22-Orig. Modelo estandarizado estimado por GLS	79
Figura 5. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra conjunta ($N = 600$)	103
Figura 6. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra conjunta ($N = 600$)	104
Figura 7. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra conjunta ($N = 600$)	105
Figura 8. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra de seropositivos ($n = 300$)	106
Figura 9. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra de población general ($n = 300$)	107
Figura 10. Modelo estandarizado estimado por GLS en la muestra conjunta	112
Figura 11. Modelo estandarizado estimado por GLS en la muestra conjunta	113
Figura 12. Modelo estandarizado estimado por GLS en seropositivos	114
Figura 13. Modelo estandarizado estimado por GLS en población general	115
Figura 14. Modelo de 7 factores correlacionados con los parámetros estandarizados y estimado por Máxima Verosimilitud	120
Figura 15. Modelo sin restricciones de 7 factores jerarquizados a dos factores de orden superior correlacionados con los parámetros estandarizados y estimado por Máxima Verosimilitud	121
Figura 16. Modelo de 7 factores correlacionados con los parámetros estandarizados y estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados	122
Figura 17. Histograma de los residuos estandarizados en la muestra conjunta	129
Figura 18. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados en la muestra conjunta	129
Figura 19. Histograma de los residuos estandarizados en la muestra de seropositivos	130
Figura 20. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados en la muestra de seropositivos	131
Figura 21. Histograma de los residuos estandarizados en la muestra de población general	132
Figura 22. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados en la muestra de población general	132
Figura 23. Modelo 1 revisado estandarizado estimado por GLS por la modalidad unigrupo	137
Figura 24. Modelo 1 revisado estandarizado sin constricciones estimado por GLS por la modalidad multigrupo	138
Figura 25. Modelo 1 revisado estandarizado sin constricciones estimado por GLS por la modalidad multigrupo	139
Figura 26. Modelo 2 estandarizado estimado por GLS por la modalidad unigrupo	140
Figura 27. Modelo 2 estandarizado sin constricciones estimado por GLS por la modalidad multigrupo	141

Figura 28. Modelo 2 estandarizado sin constricciones estimado por GLS por la modalidad multigrupo	142
Figura 29. Histograma de los residuos estandarizados	152
Figura 30. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados	153
Figura 31. Modelo estandarizado estimado por GLS	154
Figura 32. Modelo unidimensional estandarizado estimado por ML	208
Figura 33. Modelo bidimensional estandarizado estimado por ML	209
Figura 34. Modelo tridimensional estandarizado estimado por ML	210

CAPITULO I

INTRODUCCION

Actualmente, la infección por el virus del VIH ya no es considerada una infección mortal y aguda, sino una enfermedad crónico-degenerativa (INEGI, 2007; López & Calle, 2008). Sin embargo, a pesar de los avances farmacológicos y médicos, el hecho de ser portador del VIH no deja de ser una situación difícil de aceptar y de generar un fuerte impacto emocional en la persona que lo padece, principalmente cuando recibe el diagnóstico y durante la etapa temprana de la enfermedad (García, Carpe, Rodríguez, Govín, & Masjuan, 2009; Pimentel & Bisso, 2000).

Las principales reacciones emocionales asociadas con el VIH/SIDA son la depresión, estrés, ansiedad e ira, debido a la incertidumbre de no conocer cómo va a evolucionar la enfermedad (Adelbratt & Strang, 2000; Arrivillaga, López & Ossa, 2006; Chandra, Ravi, Desai & Subbakrishna, 1998; Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez & Otalvaro, 2009; Hernández, Buena, Bermudez & Teva, 2005). Así mismo, los sentimientos de desesperanza, soledad, actitudes fatalistas y los pensamientos suicidas se presentan con mayor frecuencia en las personas seropositivas (Catalan, et al. 1992; Grassi, Rigui, Siguinolfi, Makouri & Guinelli, 1998; Heckman, Somlai, Kalichman, Franzoi & Kelly, 1998; Laryea & Gien, 1993; Palacios, Rueda & Valderrama, 2006). En relación a la desesperanza, Hall y Cooley (1994) reportaron cuatro formas de afrontamiento en personas que viven con VIH/SIDA en fase terminal: los milagros, la cooperación en el trabajo, la religión y el apoyo social informal (familiares y pares).

El impacto en los aspectos psicosociales de las personas portadoras del VIH, en particular en las interacciones con los demás, se observa en la interrupción de las relaciones familiares y entre pares, el miedo constante ante la revelación de su diagnóstico y de ser rechazados por la sociedad (Laryea & Gien,

1993). Además, Catalan, et al. (1992) y Heckman, et al. (2002) señalan como la persona seropositiva tiene una constante preocupación por infectar o re-infectar a la pareja sexual.

Así, las personas que viven con VIH (PVVS) deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a la salud física y mental (Vargas, Cervantes & Aguilar, 2009).

Valderrama, Carbellino y Domínguez (1995) mencionan que las enfermedades crónicas-degenerativas son fuente de altos niveles de ansiedad, que pueden interactuar con la aparición de nuevos síntomas y con la disminución del sistema inmunológico (Limonero, 1997; Sewell, et al., 2000), llegando a incapacitar al individuo en su actividad normal y en la disminución de la adherencia al tratamiento antirretroviral (Ladero, Orejudo & Carrobles, 2005; Piña, Dávila, Sánchez & Cazares, 2008).

Remor, Ulla, Arranz y Carrobles (2001) señalan que la aparición de las primeras infecciones o enfermedades oportunistas precipitan la ansiedad ante la muerte, debido a la incertidumbre de un posible deterioro en la salud. Por lo tanto, Limonero (1994) remarca que para comprender las emociones de un paciente crónico con ansiedad ante la muerte, se deben de tomar en cuenta ciertas características como el estatus socioeconómico, tipo de enfermedad y tratamientos administrados, concepción de la muerte, experiencias personales o vicarias ante la muerte, red social, historia personal, personalidad y los estilos y estrategias de afrontamiento. Es decir, destacar la importancia de investigar la multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte (Pollak, 1980).

Gala, et al. (2002) señalan que la ansiedad ante la muerte está estrechamente relacionada con la historia personal y cultural; así como con las estrategias y estilos de afrontamiento ante las separaciones y el cambio, al conllevar usualmente estas dos últimas situaciones un incremento en la vivencia de dicha ansiedad. Safren, Gershuny y Hendriksen (2003) encontraron que, en pacientes con VIH, la ansiedad ante la muerte está asociada con la gravedad de los síntomas como variable clínica y con la estrategia de evitación como variable

psicológica.

La incapacidad para afrontar el hecho de ser portador del VIH, se asocia con síntomas de estrés, de represión de la ira, del locus de control externo y de menor apoyo social (Grassi, et al., 1998). Además, McCain y Cella (1995) encontraron que el uso del estilo de afrontamiento centrado en la emoción correlacionaba con menor calidad de vida y con el aumento en la ansiedad.

Heckman, et al. (1998) observaron que las personas con VIH/SIDA que viven en zonas rurales reportaban menor satisfacción con la vida, con la percepción de apoyo social de amigos y familiares, con el acceso a los servicios de salud; de igual forma reportaron niveles elevados de soledad, de estigma por parte de la comunidad donde residían y el uso de mayores estrategias de afrontamiento desadaptativas. En un estudio similar, se encontró que las personas seropositivas reportaban menor uso de la estrategia de afrontamiento de auto-eficacia, un alto nivel de depresión y una mayor preocupación por transmitir el virus del VIH a otras personas (Heckman, et al., 2002).

Por lo anterior, se pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Todas las personas tienen ansiedad ante la muerte o únicamente aquellas que padecen una enfermedad crónica, como lo es el VIH/SIDA? Y ¿cuáles son las estrategias, estilos de afrontamiento, variables socio-demográficas y clínicas (solo en la muestra de seropositivos) que sirven como factores de riesgo y protección ante la ansiedad ante la muerte?

Justificación

Existen diversos estudios sobre la relación entre la ansiedad ante la muerte y las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, dichas relaciones se han realizado con diversas estrategias de afrontamiento de manera individual (Catania, et al., 1992; Franks, Templer, Cappelletty & Kauffman, 1991; Safren, et al., 2003). Por lo tanto, optamos por estudiar la relación que existe entre la ansiedad ante la muerte con los estilos y estrategias de afrontamiento, a partir de los esquemas conceptuales de Lazarus y Folkman (1984). Debido a que la vivencia de la ansiedad ante la muerte probablemente este mediada por el afrontamiento. Así se

pensó en observar y comparar esta relación entre dos muestras, una de población general y otra clínica. Se eligió específicamente una población clínica que sufre de estigmatización social por una enfermedad crónica, contagiosa, no curable que acorta la esperanza de vida, como es la infección por VIH.

Se espera un mayor nivel de ansiedad ante la muerte en la población clínica por la situación de enfermedad que vive en comparación con la población general. Ante esta situación adversa se pronostica que, en los pacientes seropositivos, las estrategias y estilos estarán más activos frente a la ansiedad ante la muerte, pudiéndose encontrar asociaciones más altas, cuando probablemente estas relaciones estén más desdibujadas en población general. Aparte del afrontamiento y las variables clínicas, se espera que ciertas variables socio-demográficas también jueguen un papel activo en la vivencia de la ansiedad ante la muerte, como sexo, edad, escolaridad y estado civil.

Actualmente se está realizando mucha investigación sobre aspectos psicológicos del curso de la infección del VIH, donde la regulación de las emociones y estresores son factores relevantes (Ballester, 2005; Carrobles, Remor & Rodríguez, 2003; Núñez, Tobón, Vinaccia & Arias, 2006; Piña et al., 2009; Villa & Vinaccia, 2006; Ybarra, Sánchez & Piña, 2011). En este punto las estrategias de afrontamiento toman especial importancia al ser mediadores del efecto de los estresores y de las emociones negativas en la salud (Davis, 2009).

El CAE se muestra como un buen instrumento para evaluar estrategias y estilos de afrontamiento en población mexicana (González & Landero, 2007; Moral & Martínez, 2009); no obstante, sus propiedades todavía no han sido estudiadas en población con VIH/SIDA, ni ha sido descrito el perfil diferencial entre personas seropositivas y de población general empleando este cuestionario; cuando esta población está sometida a discriminación y sojuzgamiento moral, al vincularse el origen de la enfermedad a la falta de responsabilidad en el comportamiento del infectado (Magis & Hernández, 2009; Moral & Segovia, 2010), lo que la confiere un carácter singular.

La escala EAM, con la ventaja de haber sido creada en población mexicana en años muy recientes y mostrar propiedades psicométricas prometedoras, ha

sido estudiada sólo en muestras relativamente pequeñas (< 100) y de pacientes crónicos sin incluir personas seropositivas. A su vez, se carece de datos sobre la consistencia interna de los factores, replicación de la estructura factorial, ajuste de la misma a los datos por análisis factorial confirmatorio e invarianza factorial por género. Por tal motivo, la presente investigación consiste en comprobar la validez de las hipótesis planteadas, en relación con los objetivos propuestos.

La tesis está estructurada en dos partes. La primera de carácter teórico (Capítulo 2) está compuesta por tres apartados: el primero contempla información básica del VIH/SIDA, formas de transmisión y prevención, las etapas de la enfermedad, el ciclo del VIH y los respectivos tratamientos médicos, así como la adherencia al tratamiento antirretroviral y los aspectos psicológicos de la persona que vive con VIH/SIDA. El segundo apartado, profundiza en la temática de la ansiedad ante la muerte, definiéndola, analizando la muerte desde un aspecto psicosocial, revisando las variables relacionadas con la temática; así como los tipos, explicaciones y componentes de la ansiedad ante la muerte y como está, es experimentada por las personas que viven con VIH. El último apartado, describe el cuerpo teórico relativo a los estilos y estrategias de afrontamiento, sobre el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), sus funciones, la relación que existe entre afrontamiento y salud; y sobre el afrontamiento predominante en personas que viven con VIH.

En la segunda parte, se plantean los objetivos e hipótesis de la investigación (capítulo 1). En el capítulo 3, se delimita el método, la muestra participante con sus criterios de inclusión y exclusión, las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la muerte (EAM-25; Osadolor, 2005) y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE-42; Sandín & Chorot, 2003), el procedimiento que se realizó para la aplicación de los instrumentos y los análisis estadísticos utilizados. En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos, con sus respectivas tablas y/o figuras. Y finalmente se concluye con la discusión de los resultados obtenidos y las principales conclusiones y limitaciones del estudio.

OBJETIVOS E HIPOTESIS

Objetivo General

En personas que viven con VIH/SIDA y en población general, describir el nivel de ansiedad ante la muerte y estrategias de afrontamiento, contrastar diferencias entre ambas muestras en las dos variables y predecir la ansiedad ante la muerte con las estrategias, variables socio-demográficas y clínicas (sólo en seropositivos) relacionadas con el criterio.

De forma previa, se estudian las propiedades de consistencia interna y distribución de las dos escalas originales para medir ansiedad ante la muerte y afrontamiento. A su vez se determina la estructura factorial óptima para las escalas en la muestra a fin de lograr resultados más fiables en los contrastes y estimaciones.

Objetivos específicos e hipótesis:

- (1) Estudiar la estructura factorial, consistencia interna y distribución de la escala EAM en dos muestras, una de personas seropositivas y otra de población general, emparejadas en tamaño, proporción de sexos y media de edad.

Hipótesis: Se espera consistencia interna alta ($\geq .80$) para los 25 ítems de la escala EAM-25 y una estructura de 4 factores correlacionados (Ansiedad, Depresión, Dolor y Miedo) válida para ambas muestras (Osadolor, 2005).

- (2) Describir el nivel promedio de ansiedad ante la muerte, medido con la escala EAM, en la muestra de seropositivos y de población general; además, comparar las medias obtenidas con la de otros estudios publicados en México.

Hipótesis: Se espera que el nivel de ansiedad ante la muerte en seropositivos

sea equivalente a los de otras poblaciones clínicas (Mercado, Delgadillo & González, 2009; Osadolor, 2005). En población general no existen datos de comparación y se espera un nivel bajo.

- (3) Contrastar la diferencia de medias entre ambas muestras en el puntaje total de la escala EAM y sus factores.

Hipótesis: Se predice mayor promedio de ansiedad ante la muerte en la muestra clínica de seropositivos (Catania, Turner, Choi & Coates, 1992; Hintze, Templer, Cappelletty & Frederick, 1993; López & Calle, 2008).

- (4) Estudiar la consistencia interna, estructura factorial y distribución del CAE en dos muestras, una de personas seropositivas y otra de población general, emparejadas en tamaño, proporción de sexos y media de edad.

Hipótesis: Se esperan valores altos de consistencia interna, especialmente para las escalas BAS, RLG, FSP, REP y EEA, siendo los más bajos los de autofocalización negativa (AFN) y evitación (EVT) (González & Landero, 2007; Moral & Martínez, 2009; Sandín & Chorot, 2003), una estructura de siete factores correlacionados, que definen a su vez dos factores de segundo orden: el estilo de afrontamiento positivo y negativo (González & Landero, 2007; Sandín & Chorot, 2003). Las distribuciones de las estrategias mostrarán asimetría, alejándose de la normalidad y las de los estilos se aproximarán más al perfil de una campana gaussiana (González & Landero, 2007; Moral & Martínez, 2009; Sandín & Chorot, 2003).

- (5) Describir el perfil promedio de estrategias y estilos de afrontamiento, medido con el cuestionario CAE, en la muestra de seropositivos y de población general; además, comparar las medias obtenidas con la de otros estudios publicados en México y España en población general.

Hipótesis: se espera que el perfil promedio de las estrategias de afrontamiento sea mayor en reevaluación positiva y focalización en la solución de problemas; y menor en expresión emocional abierta, religión y autofocalización negativa en población general (González & Landero, 2007; Sandín & Chorot, 2003). En la muestra de seropositivos se espera un mayor promedio en religión y focalización en la solución de problemas y menor en expresión emocional abierta (Moral & Martínez, 2009).

- (6) Describir las estrategias de afrontamiento dominantes en personas que viven con VIH/SIDA en comparación con la muestra de población general.

Hipótesis: Se espera que las estrategias de religión, búsqueda de apoyo social, evitación, reevaluación positiva y la expresión emocional abierta fueran más empleadas en personas que viven con VIH/SIDA (Carrobbles, et al., 2003; Gaviria, et al., 2009; Vargas, et al., 2009).

- (7) Estudiar la relación de los estilos y estrategias de afrontamiento con la ansiedad ante la muerte en ambas muestras.

Hipótesis: Se pronostica que la evitación y autofocalización negativa incrementen la ansiedad ante la muerte, que la búsqueda de apoyo religioso y mayor expresividad de irritabilidad se asocien con mayor ansiedad ante la muerte, sobre todo en seropositivos (Vargas, et al., 2009; Safren, et al., 2003). Los aspectos del afrontamiento activo o positivo como focalización en la solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social disminuirán la ansiedad, pero tendrá mucho menor impacto en su predicción que los aspectos de afrontamiento pasivo o negativo (Carrobbles, et al., 2003; Moral & Martínez, 2009).

- (8) Estudiar la relación de las variables socio-demográficas de sexo, edad, escolaridad y estado civil con la ansiedad ante la muerte en ambas muestras.

Hipótesis: Se espera mayor ansiedad ante la muerte en mujeres (López, Sueiro & López, 2004; Martínez, Alonso & Calvo, 2001; Roshdieh, Templer, Cannon & Canfield, 1999); en viudos, por haber vivido la muerte de la persona con la que se tuvo un vínculo íntimo y a quien se consideró un igual (mi compañero/mi compañera) (Echeverría, 2004; García, Landa, Trigueros & Gaminde, 2001; Sandín, Chorot, Lostao, Valiente & Santed, 2001), a mayor edad (Lara, Ruiz & Balcázar, 2009; Martínez, et al., 2001; Rivera & Montero, 2010) y menor escolaridad (Aday, 1985; Sandín, et al., 2001).

- (9) Estudiar la relación de las variables clínicas con la ansiedad ante la muerte entre seropositivos.

Hipótesis: se pronostica que las variables clínicas como estatus sintomático y carga viral que conllevan más síntomas, incrementen la ansiedad por activar en la persona fantasías de muerte y dolor (Martínez, Barreto & Toledo, 2001; Safren, et al., 2003; Wu, Tang & Kwok, 2002).

- (10) Predecir la ansiedad ante la muerte en ambas muestras, considerando las estrategias y estilos de afrontamiento y variables socio-demográficas correlacionados con el criterio, incluyendo variables clínicas en seropositivos.

Procedimiento: El criterio se maneja tanto como variable continua o dicotomizada por la mediana o una puntuación mayor o igual a una desviación estándar de la media.

Hipótesis: Como predictores entre las estrategias de afrontamiento se espera que destaque la evitación, entre los estilos de afrontamiento el negativo, entre las sociodemográficas el sexo y entre las clínicas el tiempo de diagnóstico.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

I.- VIH/SIDA

Epidemiología del VIH/SIDA

Los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se diagnosticaron en 1981 en Estados Unidos. Pocos años después, se diagnosticaron en otros países, incluyendo México. Desde entonces se han infectado con el virus del VIH más de 65 millones de personas en todo el mundo y han fallecido alrededor de 25 millones de personas (Magis & Hernández, 2009). Es por eso que en México, al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH/SIDA se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, debido a sus múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas, que rebasan el ámbito de la salud (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2009b; INEGI; 2007).

En México el primer caso de SIDA se diagnosticó en 1983, siendo 66 los casos diagnosticados en ese año. Desde el primer diagnóstico, la cifra de casos acumulados, ha aumentado considerablemente siendo está de 135,000 personas que viven con VIH/SIDA. De los cuales 111,090 son hombres; el 49% tienen entre 30 y 44 años de edad, 29% entre 15 y 29 años y 19.6% entre 45 años o más. Y 23, 913 son mujeres; el 41.7% tienen entre 30 y 44 años de edad, 33.2% entre 15 y 29 años y 18.3% entre 45 años o más. Así, la población más afectada son adultos entre 30 y 44 años de edad (CENSIDA, 2009b).

En México la entidad que registra más casos acumulados es el Distrito Federal, seguido por el Estado de México, Veracruz y Jalisco. El estado de Nuevo León ocupa el décimo lugar a nivel nacional (CENSIDA, 2010). En Nuevo León, el VIH/SIDA apareció en 1985 diagnosticando únicamente dos casos; sin embargo, hasta el 2010 se reportaron 4,038 portadores del virus del VIH. En cuanto a la clasificación por casos de género, se encontró una proporción de 6 a 1 en relación

a hombres y mujeres, esto debido al incremento de la trasmisión del VIH/SIDA en población masculina heterosexual (COESIDA-NL y SSNL, 2009). Dentro del área metropolitana se ha detectado el 91% de los casos de VIH/SIDA, el resto se han localizado en diversos municipios del estado de Nuevo León considerados como rurales (COESIDA-NL y SSNL, 2009).

En la población mexicana el porcentaje de infección es menor o igual al 0.1%; es decir, no ha afectado a todos los grupos de la población. Es por eso que en nuestro país se clasifica a la epidemia del SIDA como “concentrada”. Sin embargo, existen grupos con características particulares, entre los que este porcentaje es más alto (mayor al 5%). Hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas son algunos de los grupos más afectados por el intercambio de fluidos sexuales o sanguíneos, siendo el contacto sexual la forma de contagio que mas predomina (Rivera, Magis & Saavedra, 2005).

Definición de VIH y SIDA

El *Virus de la Inmunodeficiencia Humana* (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunológico, se considera inmunodeficiente cuando deja de cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009). El VIH, son las siglas que identifican al agente etiológico que ocasiona la inmunodeficiencia en seres humanos.

Virus, es un microorganismo microscópico que únicamente puede desarrollarse en el interior de la célula viva. El cual pertenece a la familia de retrovirus y subfamilia de los lentivirus.

Inmunodeficiencia, se refiere a que tiene predilección por el sistema de defensa de nuestro organismo y su efecto es que lo hace susceptible ante diversas infecciones.

Humana, este virus es especie-especifico, es decir, solo ataca a un grupo de células especializadas del organismo humano (CENSIDA, 2007).

Se denomina *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* (SIDA) a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH y con el déficit de sistema inmunológico (menos de 200 células CD4 /mm³) (OMS, 2009; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2005).

Síndrome, es el conjunto de signos y síntomas que se presentan en un mismo momento y se asocian a una enfermedad.

Inmunodeficiencia, es el estado en el que el sistema inmunológico o sistema de defensa es incapaz de funcionar a la invasión de bacterias, virus, hongos, dejando al organismo parcial o totalmente desprotegido causando diversas enfermedades, mejor conocidas como enfermedades oportunistas.

Adquirida, se refiere a que la infección es adquirida por mecanismos de transmisión específicos (Hernández, et al., 2006).

El *sistema inmunológico* representa la suma de los mecanismos de defensa en nuestro organismo, tiene la función de vigilancia y control de todo tipo de infecciones, parásitos, tumores, entre otros. Los componentes de la inmunidad son los linfocitos T (CD4 cooperadores y los CD8 supresores) y los anticuerpos producidos por los linfocitos B (anticuerpos). El virus del VIH tiene una predilección por los linfocitos CD4 (glóbulos blancos o células inmunológicas) (Hernández, et al., 2006).

Formas de trasmisión, prevención y detección del VIH

El virus de inmunodeficiencia humana únicamente se trasmite por tres vías: sexual, sanguínea y perinatal.

Vía sexual, a través de relaciones sexuales donde exista penetración vaginal, anal y oral sin protección, con personas que estén infectadas del VIH, donde se favorezca el contacto directo con intercambio de fluidos vaginales, semen, sangre y líquido pre-eyaculatorio. El mecanismo de transmisión es: pene-ano, pene-vagina, pene-boca (Hernández, et al., 2006). La relación sexual más

riesgosa es la penetración anal. El riesgo de contagio es mayor para el individuo receptivo, pues las características anatómicas del recto favorecen la transmisión del VIH. La penetración vaginal también presenta un alto riesgo para la mujer, ya que la vagina funciona como receptáculo en donde permanece el semen por algunos minutos, por lo tanto entre mayor tiempo de exposición al VIH, la vulnerabilidad y la probabilidad de adquirirlo aumenta. El riesgo de infectarse a través de contacto sexual oral es muy bajo. Sin embargo, el riesgo aumenta, si se realiza con frecuencia y cuenta con otros factores que favorezcan la entrada del virus al organismo como los problemas bucales, el tiempo de exposición al semen y liquido pre-eyaculatorio en la cavidad oral (CENSIDA, 2007).

Otra forma de adquirir el VIH es por *vía sanguínea*, la cual se transmite por: transfusiones de sangre, uso compartido de jeringas, heridas con material punzo-cortante infectado, trasplante de órganos y otros tejidos infectados por el VIH (Hernández, et al., 2006). Antes de 1985, las transfusiones sanguíneas, constituyeron por desgracia una vía muy eficaz de transmisión del VIH (Montagnier, 2002).

La *vía perinatal*, se refiere a mujeres portadoras del VIH que durante el embarazo pueden infectar a sus productos. La infección puede ocurrir por vía transplacentaria (durante el embarazo), por medio de la alimentación del seno materno y durante el alumbramiento, debido a que se producen intercambios sanguíneos entre la madre y el feto (Hernández, et al., 2006). Este ultimo, se presenta con mayor frecuencia y el riesgo de infección es mayor cuando la madre se encuentra en una etapa más avanzada del VIH (Montagnier, 2002).

La mejor manera de evitar que se difunda la epidemia del VIH/SIDA es la prevención, lo cual implica, un cambio significativo de comportamientos y en particular del comportamiento sexual (Montagnier, 2002). En México, el 94% de los casos nuevos y acumulados desde 1983 de VIH/SIDA se deben a contactos sexuales desprotegidos (CENSIDA, 2008).

Para evitar el contagio por vía sexual se conocen cuatro formas de prevención: teniendo abstinencia sexual, fidelidad mutua (monogamia), mediante

la práctica del sexo seguro (sin penetración) y el sexo protegido (uso correcto y continuo del condón)(CENSIDA, 2008; Montagnier, 2002). Un factor determinante en la disminución de nuevos casos de personas infectadas por el VIH, es la educación sexual de los jóvenes y adolescentes, ya que la tasa de cambio de parejas sexuales es más elevada entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad (Campero, Rouvier, Atienzo & Walker, 2008; Martínez, 2008; UNICEF, OMS & ONUSIDA, 2002).

Para prevenir la transmisión sanguínea, se recomienda utilizar sangre y derivados que hayan sido previamente analizados y estén libres del virus, utilizar guantes al manejar sangre o secreciones corporales. Además, a los usuarios de drogas inyectables se les recomienda utilizar una aguja y jeringa nueva en cada aplicación, lavarlas y hervirlas (CENSIDA, 2008).

Para prevenir la transmisión perinatal, en México, se ofrece la prueba de detección del VIH al 100% de las mujeres embarazadas (CENSIDA, 2008). En caso de que la mujer sea portadora del VIH es esencial: no amamantar al bebé y recibir tratamiento profiláctico oportuno de ARV, debido a que disminuye en forma considerable (hasta el 2%) la posibilidad de que nazcan niños infectados (CENSIDA, 2007).

La detección del VIH/SIDA se realiza con distintos métodos (directos e indirectos). Los métodos indirectos son: la prueba de ELISA, la prueba rápida y el Western Blot; y como métodos directos se utilizan la detección del antígeno p24, el cultivo viral y la detección de ácidos nucleídos (carga viral o ADN proviral) (CENSIDA, 2009a). El resultado positivo de la prueba ELISA o la prueba rápida y una prueba confirmatoria (Western Blot) son los métodos de detección más utilizados para diagnosticar a una persona como portadora del VIH (Hernández, et al., 2006).

Para asegurarse de que el resultado obtenido de las pruebas de diagnóstico son confiables, es preferible realizarse las pruebas tres meses después (periodo de ventana o ventana inmunológica) del contacto de riesgo. Debido a que ciertas personas necesitan más tiempo para desarrollar los anticuerpos. Si la prueba se

realiza antes de los tres meses, el resultado podría ser un falso negativo (Hernández, et al., 2006; Montagnier, 2002).

Etapas de la enfermedad

Las etapas de la enfermedad comienzan con la transmisión del virus, ya sea por vía sanguínea, perinatal o sexual. Entre una a seis semanas después del momento de la infección, se presenta la infección aguda, la cual consiste en el desarrollo de una enfermedad infecciosa, aunque solo aparece en el 50% de los pacientes, de la cual pocas veces las personas se percatan, debido a la cotidianidad de los síntomas (diarrea, fatiga, entre otros síntomas) (Hernández, et al., 2006).

En la etapa de Conversión (tres meses después de la transmisión), el cuerpo comienza a producir los anticuerpos contra el virus, es decir, que estos pueden ser detectados en la sangre. No obstante, la persona infectada sigue sin síntomas (Montagnier, 2002). El periodo asintomático se caracteriza por una tasa baja o por falta de replicación viral, con un número estable o decremento muy lento de las células T cooperadoras (Hernández, et al., 2006).

Después de cinco a ocho años, según los hábitos de riesgo de cada persona, se presentan los primeros síntomas que indican el debilitamiento del sistema inmunológico o inmunosupresión (Hernández, et al., 2006).

De ocho a diez años después del contagio, se presenta la infección por VIH tardía (SIDA), en donde se hacen presentes las complicaciones por infecciones oportunistas y la capacidad de replicación viral aumenta (uno de cada diez linfocitos CD4 puede estar infectado) (Hernández, et al., 2006; Montagnier, 2002). Las infecciones oportunistas más frecuentes y potencialmente mortales son: el sarcoma de Kaposi, tuberculosis, candidiasis oral, herpes Zoster, entre otros (OPS, 2005). En África, la tuberculosis es la primera causa de muerte; y una de las primeras en casi todo el mundo (OMS, 2009). Así, la esperanza de vida antes de desarrollar sida es de 22 años si están en tratamiento con antirretrovirales y menos de 10 sin ellos (Harrison, Song & Zhang, 2010).

Ciclo de vida del VIH

Entrada o fusión. Cuando el VIH entra en la célula (CD4) y se adhiere a puntos específicos de la superficie de ésta (gp120), llamados receptores. Una vez que el VIH se ubica dentro de la célula, libera su propio material genético y enzimas (Montagnier, 2002; OPS, 2005).

Transcripción reversa. El material genético del VIH viene en una forma conocida como ARN (una molécula que es en realidad la imagen en espejo del DNA, pero que no puede producir nuevos virus). El VIH es un retrovirus lo que significa que tiene una proteína llamada transcriptasa reversa, que permite que el RNA viral se convierta en DNA viral. Este DNA viral producirá entonces nuevos VIH (Hernández, et al., 2006; OPS, 2005).

Integración. Durante el tercer paso llamado Integración, el ADN viral se introduce en el núcleo de la célula, se integra al DNA celular y allí puede permanecer mucho tiempo en forma latente (OPS, 2005).

Segmentación. Una vez que el virus se integra al CD4, comienza a fabricar largas cadenas de proteínas que necesitan fragmentarse. Dicha fragmentación de cadenas depende de una enzima del VIH llamada proteasa, la cual es necesaria para complementar el proceso de autocopiamiento y maduración de los viriones (Hernández, et al., 2006).

Ensamblaje y gemación. Finalmente, los trozos divididos se juntan para formar nuevas partículas del virus, que luego emergen desde la célula CD4 original. Es decir, el virus acaba por destruir la célula CD4 y, de esta manera los nuevos virus infectan a otras células de CD4 (OPS, 2005).

Así, a medida que las células CD4 se van infectando y destruyendo con el virus, el sistema inmunológico funciona con menos eficacia (supresión inmunológica). Debido a esto, las personas portadoras del VIH son susceptibles a infecciones oportunistas (Hernández, et al., 2006).

Tratamiento médico y adherencia

La acción de los fármacos antirretrovirales está enfocada a interrumpir o inhibir el ciclo viral del VIH tanto al momento de entrada del virus a la célula como adentro de ella. Dependiendo de donde actúen los fármacos, se les da el nombre a los diferentes grupos de antirretrovirales: Inhibidores de la Fusión, Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa, Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa y los Inhibidores de Proteasa (CENSIDA, 2009a; Hernández, et al., 2006).

El tratamiento antirretroviral (TAR) es una combinación de por lo menos tres medicamentos de dos grupos diferentes, a esto se le denomina TARAA (Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo). La TARAA ha mejorado la calidad y esperanza de vida, asimismo ha disminuido la progresión de la enfermedad al reducir la carga viral y las infecciones oportunistas (Hernández, et al., 2006; OMS, 2009). Además, la proporción de muertes asociadas con el SIDA disminuyen a medida que aumenta el tiempo bajo TARAA (CENSIDA, 2009a).

Para tomar buenas decisiones sobre el tratamiento, es importante controlar el sistema inmunológico. Los dos análisis que se utilizan para controlar la salud inmunológica son el *conteo de CD4* que son el número de células inmunológicas en el organismo e indica el avance de la enfermedad y el momento adecuado para iniciar el tratamiento antirretroviral; y la *carga viral* que es el número de copias del virus circulante en la sangre (CENSIDA, 2009a; Hernández et al., 2006).

El éxito del tratamiento y la recuperación del estado de salud dependen en gran medida de la adherencia al tratamiento, es decir, que tan bien se tome la persona los medicamentos y se sigan las instrucciones del personal de salud. Cuando la persona no se adhiere al tratamiento, puede ocasionar que con el tiempo los medicamentos no sean efectivos, generado así una resistencia (falla terapéutica). Las pruebas de resistencia (genotípica y fenotípica) permiten determinar si el virus es invulnerable a ciertos medicamentos (Hernández, et al., 2006). Ballester, Campos, García y Reinoso (2001) y Remor (2002) señalan que las causas de la no adhesión al tratamiento dependen tanto de características

psicosociales (depresión y mínimo apoyo social) como de aspectos relacionados con el tratamiento (efectos secundarios). De esta forma, Sierra (1995) menciona que la atención integral óptima, para las personas que viven con VIH, no solo se enfoca en la toma de medicamentos para prevenir infecciones oportunistas y antirretrovirales; sino que, consiste en percibir los factores biológicos, psicológicos y sociales de forma integral (Oblitas, 2006).

Aspectos psicológicos de la persona que vive con VIH/SIDA

El vivir con una enfermedad crónico-degenerativa produce repercusiones psíquicas de gran importancia en la persona enferma y su entorno. La forma de reaccionar ante ésta situación es muy variable; algunas de las reacciones emocionales que se experimentan con más frecuencia son: el temor a la soledad y abandono, al curso de la enfermedad, al dolor físico y agonía, a perder el control de sí mismos y la autonomía en la toma de decisiones, a la dependencia, la pérdida de identidad, a dejar a sus familias y amigos, el miedo a lo desconocido y la muerte (Fonnegra, 2001; Limonero, 2001).

Limonero (1996) señala que cuando una persona está enferma y próxima a la muerte su organización personal se ve afectada, cambiando sus percepciones, emociones, los contenidos de sus pensamientos y la manera de actuar ante determinadas situaciones. El impacto emocional que provoca la enfermedad en el paciente terminal, esta originado por una gran cantidad de factores, entre ellos, la personalidad del paciente, el tratamiento terapéutico y apoyo familiar recibido. En relación a los familiares, estos llegan a experimentar un fuerte impacto emocional que desestructura su estilo de vida, su modo de pensar, de actuar y en ciertas ocasiones puede degradar el estado de salud.

Aunado a esto, las personas que viven con VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial para la salud física y mental (Vargas, et al., 2009). Gallar (2002) señala que la adquisición del VIH supone un grave impacto psicológico derivados en tres hechos: que la infección desemboca

irremisiblemente en SIDA, que afecta a una población joven y que la enfermedad produce un progresivo deterioro físico.

Si bien, en la actualidad, la situación está cambiando con la relativa eficacia, accesibilidad y seguridad de las nuevas terapias anti-VIH, el VIH/SIDA sigue siendo una enfermedad estigmatizada. Lo cual da como resultado que las personas que viven con VIH sean rechazadas, aisladas y marginadas; y con temores frecuentes de todo tipo (Moral & Segovia, 2011). Gallar (2002) menciona diversos temores específicos de la persona que viven con VIH, como lo es la discriminación, la desfiguración física, la soledad, la muerte próxima, el rechazo de su familia y allegados, la pérdida de su trabajo y el hecho de poder transmitirle su infección a otros. Es por esto que los procesos de duelo suelen ser lo suficientemente complicados, duraderos y de difícil elaboración (Tizón, 2004). Diversos estudios, han encontrado como estos temores se asocian a niveles altos de depresión, ansiedad e ira (Arrivillaga, et al., 2006; Gaviria, et al., 2009; Hernández, et al., 2005).

En un estudio realizado con 47 mujeres seropositivas de Colombia, se encontró mayor promedio de ansiedad y depresión, en aquellas que no tenían pareja diagnosticada con VIH, que tenían hijos portadores del virus, que habían renunciado a la posibilidad de embarazarse, que no tomaban ningún medicamento antirretroviral y que percibían que la medicación tenía efectos físicos y psicológicos negativos (Arrivillaga, et al., 2006).

Edo y Ballester (2006), hallaron que los pacientes portadores del VIH comparados con pacientes oncológicos y de población general, reportaban mayor promedio de depresión y ansiedad estado-rasgo, menor autoestima, menor apoyo social percibido y una conducta de enfermedad marcada por una mayor perturbación afectiva, hipocondría, fobia a la enfermedad, irritabilidad y preocupación excesiva por su salud.

2.- ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Concepto de ansiedad

La *ansiedad* es un sentimiento de pánico o aflicción, confuso, ambiguo y muy desagradable, cuyas características incluyen sensaciones de incertidumbre, desamparo y excitación fisiológica. La ansiedad consiste básicamente en responder anticipadamente ante alguna amenaza, ya sea esta real o imaginaria. Se caracteriza por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprensión y alarma; acompañada de manifestaciones conductuales como la inquietud motora y cambios fisiológicos asociados a la hiperactivación del sistema nervioso autónomo (sudoración, dificultad para respirar, taquicardia, agitación, nerviosismo, cefalea, entre otros síntomas físicos) (Vargas, et al., 2009). El miedo es equivalente a la ansiedad, pero difiere de esta porque la reacción es menos ambigua, ya que ocurre como respuesta a un estímulo concreto (Lara, 2007).

La ansiedad puede ser considerada como una respuesta emocional normal que surge como consecuencia ante determinadas situaciones y circunstancias. Su función es movilizar a las personas que se encuentran frente a situaciones amenazantes o alarmantes, de forma que se haga lo necesario para evitar el riesgo, de tal manera que se neutralice, asuma o afronte adecuadamente. Sin embargo, se le denomina ansiedad patológica, cuando su frecuencia, intensidad o duración son excesivas, cuando aparecen limitaciones más o menos importantes en la vida del individuo y en su capacidad de adaptación al medio circundante (Lara, 2007). Abdel (1986) señala que la ansiedad en general y la ansiedad ante la muerte constituyen dos componentes distintos. Cabe señalar, que la presencia de fuertes reacciones o estados de ansiedad no solamente van a estar en base a los denominados trastornos de ansiedad, sino están asociados frecuentemente a la depresión (Osadolor, 2005). Por lo tanto, la ansiedad puede coexistir con la depresión o ser vista como un desorden por sí misma, frecuentemente causada por circunstancias que producen temor, confusión y/o inseguridad.

La muerte como un aspecto psicológico y social

La *muerte* es un hecho natural, universal, inevitable e irreversible que constituye por sus propias características una de las fuentes de impacto emocional más significativo en la vida de las personas (Limonero, 1996; Meza, et al., 2008). En la actualidad, en nuestra sociedad y cultura, la muerte ha pasado de ser algo colectivo y social, a ser algo más privado y familiar; es decir, se han ido perdiendo los ritos de duelo tradicionales, lo cual niega y disocia la importancia y vitalidad de los procesos del duelo. Ejemplo de ello es, el morir hoy en día en occidente, en más del 80% de las ocasiones es morir intubado, sin poderse comunicar, anestesiado y a menudo es fallecer hospitalizado (Gómez, 2005; Tizón, 2004). Abengoza (1994) menciona como las diferencias en la vivencia del afrontamiento a la muerte en cada cultura están impuestas por el concepto personal de muerte que cada individuo haya construido e introyectado a través de su historia personal y del contexto social donde se crezca y desarrolle, pese a las similitudes de los procesos expresados en diferentes culturas.

Pattison (1977) distingue cuatro tipos de muerte:

1. La *muerte social*, la cual hace referencia al retiro, marginación y separación del enfermo de las personas significativas en su vida, antes del deceso. Este tipo de muerte, está relacionada con el incremento de miedo y temor a la muerte, debido a que el individualismo, la ausencia de solidaridad y de reciprocidad no equivoca generan aislamiento y abandono (Gómez, 2005).
2. La *muerte psíquica*, Bayes (2001), la define como el conocimiento subjetivamente certero que se suscita en un momento concreto de la vida de que “voy a morir”. La reacción emocional con la que se enfrenta la muerte psíquica dependerá de cada persona, en función de las circunstancias culturales, perceptivas y sociales (Gómez, 2005).
3. En la *muerte biológica*, el organismo deja de funcionar como un todo, como es el caso de la muerte cerebral, en donde los pulmones y el corazón pueden seguir funcionando mediante soportes artificiales.

4. Y por último, la *muerte fisiológica* es la ausencia de signos vitales.

Al hablar de muerte ineludiblemente se habla del duelo y sus procesos. Según Tizón (2004) los *duelos* son fenómenos humanos complejos y fundamentales, que se ponen en marcha tras las pérdidas (relacionales, intrapersonales, materiales o evolutivas) como reacciones afectivo-cognitivo-conductuales, los cuales incluyen componentes biopsicosociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Gómez, 2004).

El *proceso del duelo* es definido como un conjunto de fenómenos psicológicos, psicosociales e incluso económicos, que surgen tras la pérdida. Según Parkes (1998), el proceso del duelo consta de seis etapas: (1) impacto, (2) entorpecimiento, (3) periodo de añoranza, (4) desorganización, (5) desesperanza y por último (6) reorganización. No obstante para Tizón (2004) la elaboración de duelo, comienza con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida y termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto. Por su parte, Kubler (1969) menciona que las personas que se encontraban próximas a la muerte (enfermos terminales) transitaban por cinco fases durante el duelo: (1) negación y aislamiento, (2) ira, (3) pacto, (4) depresión y (5) aceptación. Sin embargo, estas fases no son consecutivas, ni tampoco significa que todas las personas las experimentan; más bien, son estados emocionales que utiliza el enfermo para adaptarse a la realidad. Newman et al. (1983) considera que dichas fases pueden ser experimentadas no solo en situaciones relacionadas a la muerte, sino a cualquier situación de estrés.

- (1) La fase, Negación y aislamiento, se refiere a resistirse u oponerse a la creencia de padecer una enfermedad mortal y/o aislarse del resto de la gente. Suele ser la primera reacción de muchos pacientes al expresar que el diagnóstico médico no puede ser cierto. En las personas que viven con VIH/SIDA la reacción de aislamiento y de rechazo a todo contacto físico es muy común, debido al temor de transmitir el virus a sus seres queridos. Cabe señalar, que la negación puede funcionar como un amortiguador después

de una noticia tan impactante, es decir, aferrarse a pensamientos que nieguen la situación cuando no se está lo suficientemente fortalecido para afrontar la realidad inminente. Aponte (2005) menciona como la realidad de ser VIH positivo es tan dura que muchos pacientes deciden hacer lo que sea necesario para descartar la posibilidad de un error en el diagnóstico, antes de aceptarlo.

- (2) Durante la segunda fase, Ira o enojo, se presentan diversas reacciones emocionales como la frustración, coraje, impotencia, envidia y resentimiento. El paciente manifiesta su ira hacia la enfermedad, doctores, familiares, pareja, Dios, inclusive hacia uno mismo. Según Newman, et al. (1983) el enojo es un motivador para comenzar a moverse en alguna dirección en lugar de permanecer estancado. Por lo tanto, es recomendable que las personas que cuidan del paciente, comprendan que el expresar dichos sentimientos facilitara la aceptación de la pérdida.
- (3) La tercera fase, Pacto o negociación, se refiere a la esperanza de poder evitar la pérdida o tener el control de la situación. Kubler (1969) señala que los tratos que hace un paciente terminal con Dios intentan comprar tiempo de vida.
- (4) En la cuarta fase, Depresión, se experimenta un profundo dolor y sufrimiento. Sin embargo, al expresar y compartir los miedos, ansiedades, desesperaciones, inseguridades, deseos y esperanzas la aflicción disminuye (Aponte, 2005).
- (5) Por último, durante la Aceptación se reconoce que la muerte está muy próxima y se acepta como parte final y significativa de la vida. Ray y Najman (1974) mencionan que la aceptación de la muerte no es necesariamente lo contrario a la ansiedad ante la muerte, y que inclusive ambas podrían correlacionar positivamente.

Algunos elementos que pueden interrumpir el proceso saludable del duelo y contribuir en la pérdida de la esperanza por parte del enfermo son: la información nula, escasa o excesiva; ignorancia, vacíos de comunicación, claudicación familiar,

aislamiento, conspiración del silencio, mal control de los síntomas, entre otros. Mientras que las relaciones interpersonales e intrapersonales sanas, empatía, buena comunicación, adecuado apoyo emocional, buen control de síntomas, canalización emocional saludable, afrontamiento de la finitud, el aprender a despedirse y concluir asuntos pendientes devuelven la esperanza al paciente al favorecer su optimismo y facilitar un proceso saludable del duelo (Plaxats, 2005). Asimismo, Gómez (2005) señala que la flexibilidad de la organización familiar (cohesión), expresión y comunicación de las preocupaciones, capacidad de recurrir al sistema de cuidados; presencia, accesibilidad y calidad procedentes de los profesionales de la salud, compañeros de trabajo, amigos y familiares son algunas de las características familiares que influyen positivamente en la adaptación del proceso de duelo.

Gómez (2004) señala cinco objetivos fundamentales para realizar intervenciones con personas en duelo: (1) mejorar la calidad de la vida del paciente, (2) disminuir el aislamiento social, (3) aumentar la autoestima, (4) disminuir el estrés y por último (5) mejorar la salud mental.

Evolución histórica y definición del concepto de ansiedad ante la muerte

La ansiedad ante la muerte se convirtió en un tema de interés psicológico a finales de 1950. A mediados de 1960, la cantidad de reportes en relación al tema de la muerte comenzaron a incrementar, tal como se refleja con la aparición del libro “Sobre la muerte y los moribundos” de Elizabeth Kubler Ross. Sin embargo, el interés en la temática se produjo con la aparición de los primeros instrumentos de medición, específicamente con el temor a la muerte (Collett & Lester, 1969) y ansiedad ante la muerte (Templer, 1970). A mediados de 1980 se continuó la creación y validación de instrumentos que median las actitudes ante la muerte, y el surgimiento de revistas especializadas en temas relacionados con la muerte y el morir, como es el caso de: Omega, Death Education, Death Studies, entre otras. Se estima que desde 1946 a 1992 se publicaron alrededor de 986 artículos en relación a la ansiedad ante muerte (Wass & Neimeyer, 1995).

La ansiedad ante la muerte es un miedo excesivo a morir en relación con el

grupo cultural al que pertenece la persona que lo padece. Un individuo con este tipo de ansiedad se angustia y es incapaz de funcionar ante estímulos internos o externos relacionados con la muerte. La muerte es un tema recurrente en su mente que le bloquea y cuando está presente en su entorno le abrumba hasta el límite de poder desencadenar un ataque de pánico. La pérdida de peso, dificultades para conciliar el sueño y concentrarse, sobresalto fácil y síntomas psicósomáticos son frecuentes en una persona sometida a una fuerte ansiedad ante la muerte.

Templer (1970) define la *ansiedad ante la muerte* como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas hacia la propia existencia, ya sean estas reales o imaginarias; las cuales pueden desencadenarse a raíz de estímulos ambientales, situacionales o internos, como pensamientos relacionados con la muerte propia o ajena. Por su parte, Osadolor (2005) señala que la ansiedad ante la muerte representa una amenaza que empeora la calidad y el sentido de vida en los enfermos que la padecen, provocando alteraciones fisiológicas, psicológica, sociales, psicósomáticas, entre otras, agravando la condición clínica y precipitando consecuentemente la muerte.

Tipos, explicaciones y componentes de la ansiedad ante la muerte

Langs (1997) distingue tres tipos de ansiedad ante la muerte: depredadora (la persona tiene una reacción exagerada de ataque o huida ante la supuesta amenaza para la muerte, viviendo en un constante estado de alerta), de depredación (cuando la persona daña a otro ser humano, ya sea accidentalmente o a propósito, y empieza a tener conductas autodestructivas y anticipar su muerte con gran angustia; estas conductas y angustia proceden de la culpa de haber causado un daño) y existencial (la idea de muerte se vuelve obsesiva y la vida de la persona gira en torno a la preparación para esa muerte que le abrumba y asusta).

Existen varias explicaciones para la ansiedad ante la muerte. Desde la teoría freudiana, esta ansiedad expresa una angustia de castración o un deseo

reprimido de muerte; desde la teoría eriksoniana, es contemplada como un estado patológico en el adulto mayor consecuente a un fallo en lograr la integridad del yo, usualmente esta persona ve su vida como una sucesión de fracasos y oportunidades perdidas, siente que no ha vivido y le aterra morir, aunque puede presentarse más temprano en la vida adulta; desde el enfoque cognitivo, se atribuye a un sesgo ansiógeno ante las amenazas en el general, asimismo a la motivación para abordar el miedo a morir, bajo la cual algunas personas quedan atrapadas obsesivamente, incapaces de despegarse del tema, sufriendo un terror creciente; desde la perspectiva existencial se atribuye a la expresión de sentimiento de derrota, al sentir la persona que no puede lograr ninguna meta positiva en su vida (Berk, 2010).

Algunos estudios han identificado diversos componentes de la ansiedad ante la muerte en personas con enfermedades crónico-degenerativas y/o potencialmente mortales (Conte, Weiner & Plutchik, 1982; Lonetto & Templer, 1988; Martínez, et al., 2001; Osadolor; 2005; Parkes, 1998).

En el aspecto biológico: miedo a la enfermedad, al dolor u otros síntomas de empeoramiento; miedo al proceso de la agonía tanto físico como psíquico, miedo a la muerte súbita (aparece cuando existe una progresión rápida de la enfermedad o surge un nuevo síntoma), anticipación de las alteraciones físicas (ya sean estas reales o imaginarias).

En el aspectos emocional: preocupación por el impacto cognoscitivo y emocional del morir y la muerte, preocupación por lo que venga después de la muerte, a lo desconocido y miedo a haber vivido una vida sin sentido, miedo a pensar en la muerte, miedo de no poder completar sus metas en la vida y dejarlas inconclusas.

En el aspecto social: miedo a depender de lo demás, perdiendo así el control y la autonomía; temor de convertirse en una carga para los demás, preocupación por lo que le sucederá a su familia y seres allegados tras su muerte; miedo a la separación (favorecido por la condiciones de aislamiento), miedo al contagio, miedo al rechazo.

Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte: Sexo, edad, escolaridad, religiosidad y experiencia con la muerte ajena y propia

Una de las variables más consistentes en relación con la ansiedad ante la muerte es el sexo. Gran cantidad de estudios señalan que las mujeres reportan mayor ansiedad ante la muerte que los hombres (Abdel, 1986; Dattel & Neimeyer, 1990; Depaola, Griffin, Young & Neimeyer, 2003; Lucas, 1974; McDonald, 1976; López, et al., 2004; Martínez, et al., 2001; Ray & Najman, 1974; Suhail y Akram, 2002; Thorson, 1988; Tomás & Gómez, 2002). Roshdieh, et al. (1999) remarcan que pareciera ser un fenómeno en todo el mundo, el hecho de que las mujeres reporten mayor ansiedad y depresión ante la muerte. Sin embargo, existe un estudio en el cual no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con la ansiedad ante la muerte (Wen, 2010).

Diversos estudios han encontrado que la ansiedad ante la muerte tiende a disminuir con el transcurrir de los años, es decir, que las personas mayores reportan menor temor hacia la muerte y el morirse (López, et al., 2004; Rasmussen & Brems, 1996; Thorson, 1988; Thorson & Powell, 1991; Wu, et al., 2002). Sin embargo, otros estudios han hallado lo contrario, donde a mayor edad se experimenta mayor ansiedad ante la muerte (Depaola, et al., 2003; Fortner & Neimeyer, 1999; Martínez, et al., 2001; Suhail y Akram, 2002;). Asimismo, Rivera y Montero (2010), en población mexicana, encontraron que los adultos mayores en comparación con estudiantes universitarios reportaron mayor ansiedad ante la muerte, específicamente en tres factores: miedo a la muerte, preocupación de que la vida llegue a su fin y agonía-enfermedad.

En cuanto a la escolaridad, el acceder a mayores conocimientos permite un mejor manejo cognitivo del proceso natural de la muerte, es decir, a mayor escolaridad menor ansiedad ante la muerte (Aday, 1985; Sandín, et al., 2001). Sin embargo, Tate (1982) con la escala DAS, encontró que el nivel educativo relativamente alto era un predictor de la ansiedad ante la muerte.

En relación a la religiosidad, diversas investigaciones, han encontrado una correlación positiva entre creencias religiosas y ansiedad ante la muerte (Franks, Templer, Cappelletty & Kauffman, 1991; Nelson & Cantrell, 1980; Rio, 2007).

López, et al. (2004) encontraron que los adolescentes que se consideraban católicos reportaban mayor grado de ansiedad ante la muerte, en comparación con adolescentes que reportaron no profesar ninguna religión. No obstante, la relación entre religiosidad y ansiedad ante la muerte sigue sin determinarse, debido a que existen estudios donde la religiosidad se asocia con menor estrés, ansiedad y depresión ante la muerte, así como al incremento de la satisfacción de vida y bienestar (Reyes, 1998; Roshdieh, et al., 1999; Suhail & Akram, 2002; Thorson & Powell, 1991; Wen, 2010). Asimismo, Sanders (1980) y Wittkowski (1988) señalan que las personas que creen en Dios y asisten con mayor frecuencia a la iglesia tienen una actitud de aceptación hacia la muerte y los moribundos, respondiendo con mayor optimismo y conviviendo socialmente durante el proceso del duelo.

En cuanto a la experiencia de la muerte ajena, se ha hallado que las personas que han experimentado la muerte de una persona cercana, con gran vínculo emocional, reportan mayor ansiedad y depresión ante la muerte que aquellos que nunca lo han vivido (López, et al., 2004, Sanders, 1980; Roshdieh, et al., 1999). Es por eso que diversos estudios han reportado que son los viudos, aquéllos con fuerte vínculo con su pareja perdida, los que experimentan mayor ansiedad ante la muerte frente aquéllos con vínculo débil (Echeverría, 2004; García, et al., 2001; Sandín, et al., 2001).

En un estudio, realizado con enfermos crónicos (sin incluir el VIH), Mercado, et al. (2009) señalan que la ansiedad y el miedo a la muerte deteriorar aún más la salud física. La enfermedad física (gravedad del estado de salud y severidad de la discapacidad) y los problemas psicológicos (estado-rasgo de ansiedad, depresión y estrés) predicen un mayor nivel de ansiedad ante la muerte en las personas que lo padecen (Abdel, 1986; Tate, 1982; Fortner & Neimeyer, 1999; Hintze, et al., 1993; Martínez, et al., 2001; Wu, et al., 2002). No obstante, Lucas (1974) señala que la gravedad del estado de salud, no se traduce necesariamente en mayor ansiedad ante la muerte.

Ansiedad ante la muerte en PVVS

En diversas enfermedades se experimenta la ansiedad ante la muerte, sobre todo en aquellas que por su etiología, característica y curso cuentan actualmente, con escasas posibilidades de curación, como lo es el virus del VIH/SIDA (Buendía, 1991). Desde el momento en que a una persona se le diagnóstica como portador del VIH/SIDA, suele haber un incremento de estrés, temor y ansiedad. Los temores más frecuentes giran en relación a la incertidumbre del pronóstico, muerte inminente, infectar a otras personas y sensación de pérdida de control.

La aparición de las primeras infecciones o enfermedades oportunistas, en personas que viven con VIH/SIDA, precipitan la ansiedad ante la muerte debido a la incertidumbre de un posible deterioro en la salud (Remor, et al., 2001). Asimismo, Gómez (2005) señala que con la aparición de nuevos síntomas, la ansiedad ante la muerte, es experimentada no solo por el propio paciente sino también por sus familiares y con frecuencia también en el equipo interdisciplinario.

En un estudio, realizado con 94 hombres homosexuales portadores del VIH, se encontró que el estado-rasgo de ansiedad, depresión, gravedad del estado de salud y severidad de la discapacidad correlacionaban con una alta puntuación de ansiedad y depresión ante la muerte (Hintze, et al., 1993). Asimismo, Safren, et al. (2003) en pacientes con VIH, hallaron que la ansiedad ante la muerte se asociaba con el trastorno de estrés postraumático, gravedad de los síntomas y la evitación como estrategia de afrontamiento. Los autores remarcan que las variables adecuadas para trabajar en personas que viven con VIH deben ser: la disminución de la ansiedad ante la muerte y la depresión; y el incremento del apoyo social, además señalan que estas variables deben ser evaluadas de forma rutinaria en los pacientes.

Por su parte, Catania, et al. (1992) hallaron que los hombres VIH negativos mostraban niveles inferiores de ansiedad ante la muerte, en comparación con hombres VIH positivos, los cuales puntuaron con niveles de ansiedad ante la muerte más altos. Además, los hombres VIH sintomáticos fueron más propensos a utilizar fuentes formales de apoyo (equipo multidisciplinario, la familia y entre

pares) como estrategia de afrontamiento. Remor (2002), encontro, en personas seropositivas, que a mayor apoyo social, mayor adherencia al tratamiento antirretroviral; por el contrario, a mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés era menor la adherencia al tratamiento.

Instrumentos para medir la ansiedad ante la muerte

Templer (1970) desarrolló en población estadounidense una escala de 15 ítems dicotómicos que proporciona un puntaje total de ansiedad ante la muerte (DAS). Tomás y Gómez (2002) realizaron un estudio de validación de la escala DAS en una muestra española de 187 estudiantes. Obtuvieron una consistencia interna de .73 con una estabilidad temporal, tres semanas, test-retest de (.87). Y una estructura de cuatro factores: Cognitivo-afectivo, Dolor y enfermedad, Estímulos asociados con la muerte y Conciencia del paso del tiempo. La escala DAS-15 les sirvió como criterio para desarrollar el Inventario de Ansiedad ante la Muerte (DAI). Contiene 20 ítems, los cuales pueden tener un rango de respuesta de 2 puntos (dicotómico) o de 6 puntos. Obtuvieron una consistencia interna del puntaje total de ($\alpha = .90$) con una estabilidad temporal, cuatro semanas, test-retest de (.94). La correlación con la escala DAS de Templer (1970) fue de .79. El DAI está compuesto por cinco factores que explican el 54.60% de la varianza total: Ansiedad ante la muerte, El significado y aceptación de la muerte, Pensar en la muerte, La vida después de la muerte y La brevedad de la vida (Tomás y Gómez, 2005).

López y Calle (2008) validaron la DAS de Templer (1970) utilizando la versión española de Tomás y Gómez (2002) en 148 personas portadores del VIH. Mediante el análisis factorial exploratorio se extrajeron un total de cinco factores que explican el 56.50% de la varianza de los datos. La consistencia interna del puntaje total fue alta ($\alpha = .72$) con una estabilidad temporal test-retest de (.70). Sin embargo, los valores de consistencia interna de cuatro de los cinco factores fueron bajos: Ansiedad ante la muerte ($\alpha = .54$), Ansiedad cognitiva, fin de la vida ($\alpha = .55$), Miedo al dolor ($\alpha = .51$) y Preocupación generalizada ($\alpha = .45$). Y solo uno

adecuado: Negación de la muerte ($\alpha = .67$).

Rivera y Montero (2010) también validaron la escala DAS en dos muestras mexicanas, de 165 adultos mayores y 149 de estudiantes universitarios. Sustituyeron el formato dicotómico por uno tipo Likert con un rango de 4 puntos. Obtuvieron valores de consistencia interna altos (.86 en adultos mayores y .83 en estudiantes) y una estructura de 3 factores, cuya composición e interpretación varía de una muestra a otra. En los adultos mayores, el primer factor Miedo a la muerte tiene una consistencia interna alta de ($\alpha = .83$), el segundo adecuada ($\alpha = .69$) el cual corresponde al Miedo a la agonía o enfermedad y el tercero, Miedo a que la vida llegue a su fin, también adecuada ($\alpha = .65$). Y en relación a la consistencia interna de los estudiantes, el primer factor fue alto ($\alpha = .80$) y adecuado en los dos factores restantes ($\alpha = .66$).

Osadolor (2005), en población mexicana, desarrolló la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) de 25 ítems en una muestra de 76 pacientes con diversas enfermedades crónicas (sin incluir VIH/SIDA). Obtuvo una consistencia interna del puntaje total de .80. Al extraerse los factores por Componentes Principales, por el criterio de Kaiser, se definieron cuatro que explican el 55% de la varianza total. Tras una rotación ortogonal (método Varimax), aparece *ansiedad* (2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19) con el 18% de la varianza explicada, *dolor* (11, 12, 22, 23, 24 y 25) con el 16%, *depresión* (1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18) con el 14% y *miedo* (6, 20 y 21) con el 7%. El autor concluye que la escala es confiable y con validez de contenido, adecuada para su empleo en el estudio con pacientes con enfermedades crónicas.

3.- AFRONTAMIENTO

Definición de afrontamiento

Se define *afrontamiento* como los esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona, generadoras de estrés (Everly 1989; Lazarus & Folkman, 1984). El afrontamiento según Moral y Martínez (2009) forma parte de los recursos de toda persona y es una de las variables personales que intervienen en la calidad de vida percibida.

El afrontamiento es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández & Díaz, 2001; Galán, Pérez & Blanco, 2000).

Funciones del afrontamiento

En cuanto a las funciones del afrontamiento, Pearlin y Schooler (1978) mencionan que pueden ejercerse de tres formas: eliminando o modificando las circunstancias que dan lugar al problema; modificando la percepción del significado de la experiencia problemática y mediante el mantenimiento de las consecuencias emocionales de los problemas dentro de límites manejables. Asimismo, Pearlin (1989) señala que el afrontamiento sirve para disminuir la cantidad, gravedad y síntomas generados por el estrés.

Modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman

El afrontamiento ha sido conceptualizado de dos formas: como estrategias y como estilos de afrontamiento. Se distingue entre *estrategia* como una modalidad de afrontamiento contingente a la situación y *estilo* como un conjunto de estrategias asociadas con varias situaciones, de ahí que la estrategia es más

específica y cambiante frente al estilo que es más general y estable dentro de cada persona (Fernández, 1997; Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). Sandín (2003) realizó una distinción similar de las estrategias y estilos de afrontamiento; las estrategias son acciones específicas para modificar las condiciones internas o externas a la persona que convierten a un estímulo en estresor y muestran variabilidad de una situación a otra, incluso dentro de un individuo. Los estilos de afrontamiento representan dimensiones más generales, abarcando las estrategias de afrontamiento dominantes en la persona, por lo que su descripción es más estable y depende menos del contexto.

Las estrategias de afrontamiento para Lazarus y Folkman (1984) son seis: aproximación cognitiva (donde la persona se responsabiliza del problema y elabora la experiencia como forma de crecimiento personal), aproximación afectiva (la persona busca apoyo social y descarga las emociones), aproximación instrumental (la persona realiza una serie de cosas para solucionar el problema), evitación cognitiva (la persona no se permite elaborar el problema y niega la experiencia como posibilidad de crecimiento), evitación afectiva (la persona reprime las emociones, aparentando no estar afectado) y evitación instrumental (la persona deja de hacer cosas en relación con el problema y realiza actividades distractoras).

Asimismo, Sandin y Chorot (2003), al estudiar el afrontamiento a partir del esquema conceptual de Lazarus y Folkman (1984) proponen siete estrategias de afrontamiento: la focalización en la solución de problemas (la persona se dirige a resolver el problema estudiándolo sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vista u opciones), evitación (la persona refleja un esfuerzo consciente por desatender el problema o negarlo, puede caracterizarse por la realización de actividades de ocio y relajantes como lo es el deporte), búsqueda del apoyo social (la persona comparte los problemas con otras personas y busca apoyo para su resolución), orientación religiosa (la persona refleja una tendencia a rezar, a emplear la oración y a creer en la ayuda de un ser espiritual o Dios para solucionar la situación), autofocalización negativa (la persona es incapaz de enfrentarse al problema, se percibe como indefenso y culpable ante la situación); reevaluación

positiva (la persona tiene una visión optimista de la situación, tiende a ver el lado positivo de las cosas y considera la experiencia como forma de crecimiento personal) y expresión emocional abierta (la persona realiza conductas que dañan de algún modo a otra persona; está relacionada con la incapacidad para manejar las emociones, específicamente baja tolerancia a la frustración y poco control).

Los estilos de afrontamiento son dos: el centrado en el problema y centrado en la emoción. El primero se refiere a los esfuerzos dirigidos a la fuente del estrés para buscar una solución, modificarla o eliminarla y suele tener efectos más positivos para la salud y las relaciones. El segundo se refiere a los esfuerzos encaminados a regular emociones derivadas de la situación y evidencia peores resultados (Folkman, 2011; Lazarus & Folkman, 1984).

Algunos estilos de afrontamiento están asociados a resultados psicológicos positivos, favoreciendo la adaptación a nuevas situaciones. Ejemplo de ello, es el afrontamiento de tipo activo o el enfocado al problema, el cual busca ejecutar acciones directas con el fin de apartar o evitar el estresor, es decir, está orientado a cambiar o eliminar la fuente de amenaza. Por el contrario, los afrontamientos por evitación, confrontación, expresión emocional abierta, distanciamiento, autofocalización negativa y escape parecen estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como la ansiedad y depresión (Cano, Sirgo & Pérez, 1994; Vargas, et al., 2009).

La efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra teniendo una variabilidad y versatilidad de respuestas que procuren una mejor adaptación, ya que no todos los estilos y estrategias son útiles en todo momento ni para todo tipo de enfermedad (Vargas, et al., 2009). Así, desarrollar la capacidad de aceptar las limitaciones y pérdidas que la enfermedad impone y mantener un balance entre los sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo son la clave de un afrontamiento eficaz (Aldwin, 2000).

Relación del afrontamiento y la salud en población general y PVVS

El significado y la percepción que cada persona le da a la enfermedad,

influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento ante esta. Así, la enfermedad puede percibirse como un fenómeno altamente estresante, como un reto, amenaza, pérdida, castigo o como un beneficio o alivio a responsabilidades, situaciones personales, entre otras. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes de este, son aspectos psicológicos muy importantes para la adaptación y afrontamiento de la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento (Libertad, 2003).

Diversos estudios, medidos con el CAE, han encontrado que la autofocalización en la solución de problemas, evitación y reevaluación positiva son las estrategias de afrontamiento más utilizadas tanto en población general como en muestras clínicas (Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, 2007; Contreras, Juárez & Murrain, 2008; García & Font, 2008; Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007; Moral & Martínez, 2009; Valderrama, et al., 1995). García y Álvarez (2009) hallaron que las estrategias de negación y evitación; y el estilo de afrontamiento negativo predominaron en pacientes diagnosticados con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y sus familiares.

Vargas, et al. (2009) mediante la Escala Breve de Estrategias de Confrontación (Brief COPE; Carver, 1997) encontraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en mujeres portadoras del VIH eran la religión, negación de la realidad y búsqueda de apoyo social. Y los hombres reportaron recurrir con mayor frecuencia al replanteamiento positivo de la realidad y la expresión de sus emociones. No obstante, en el estudio realizado por Gaviria, et al. (2009) la expresión emocional abierta fue la estrategia menos utilizada y el estilo de afrontamiento focalizado al problema el más utilizado. Kang (1999) señala que las personas portadoras del VIH sintomáticas utilizan con más frecuencia el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, debido a que el curso de la enfermedad es menos controlable que en los estados asintomáticos.

Carrobles, et al. (2003) señalan que las estrategias de afrontamiento, que no se dirigen hacia la solución del problema favorecen una actitud y unos pensamientos de carácter pasivo y rumiativo, los cuales están asociados positivamente al distrés emocional. Asimismo, diversos estudios han encontrado

resultados similares en cuanto a la asociación positiva entre afrontamiento por evitación y distrés emocional (Mulder, Vroome, Van, Antoni & Sandford, 1999) y en como repercuten en la adherencia al tratamiento antiretroviral (Remor, 2002).

Davis (2009) remarca que la utilización del afrontamiento por evitación aumenta los niveles de ansiedad y depresión. Estudios realizados con personas que viven con VIH/SIDA, demostraron resultados similares, arrojando que a mayores niveles de ansiedad, mayor influencia de ésta en el desarrollo y evolución del VIH/SIDA (Morrison, Petitto, Ten & Gettes, 2002). En esta misma línea, Giraldo, Gómez y Maestre (2008) señalan que dos de las estrategias de afrontamiento: autofocalización en la solución del problema y religión, medidas con el CAE, fueron factores de protección contra la depresión en un estudio con 34 familiares de víctimas de secuestro en la ciudad de Medellín, Colombia. Asimismo, Moral y Martínez (2009) mencionan que el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas como la evitación, la expresión emocional abierta de ira y la focalización negativa pueden mantener el problema sin solucionarse, generando altos niveles de estrés, menores alternativas de solución y menor apoyo social.

El apoyo social beneficia a las personas que viven con VIH de diversas formas: facilita el ajuste psicosocial hacia la enfermedad, mejora la percepción de la calidad de vida, mejora la salud percibida, mejora el funcionamiento físico y tienden a tener menor estrés relacionado con la salud, de igual forma disminuyen las dificultades para emprender tareas diarias (Simoni, Frick & Huang, 2006; Tucker, et al., 2004). En otros estudios, se ha demostrado que constituye un importante indicador de la práctica de comportamientos de adherencia al tratamiento antirretroviral (Ballester, et al., 2001; Murphy, Marelich, Hoffman & Steers, 2004; Remor, 2002; Sun, Zhang & Fung, 2007).

Ickovics, et al. (2001); y Menec, Chipperfield y Perry (1999) observaron que las personas que han sido capaces de aceptar su condición de seropositividad al VIH, de desarrollar estrategias de afrontamiento activas frente a la enfermedad, de potencializar los recursos personales, de expresar las emociones, de solicitar información y apoyo emocional, logran mantener la infección por VIH asintomática en mayor medida que aquellas que no lo hacen, lo que se traduce en términos

clínicos en una menor probabilidad de que se progrese hacia la etapa final del proceso de infección conocido como Sida. Asimismo, reportan una disminución significativa de estrés (Carrobles, et al., 2003; Heckman, 2003).

Instrumentos para medir afrontamiento

Existen varios instrumentos generales para medir el afrontamiento, como los cuestionarios de Lazarus y Folkman (1984), Carver, Scheier y Weintraub (1989), Fernández (1997) y Sandín y Chorot (2003). El último, aparte de ser uno de los más actualizados, está validado en población mexicana (González & Landero, 2007) y se ha empleado en varios estudios en este país, donde se realiza la presente investigación (García, 2009; González & Landero, 2008; Moral & Martínez, 2009).

El Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003) fue creado y validado en una muestra de 592 estudiantes universitarios españoles. El cuestionario puede aplicarse de forma individual o colectiva, la duración aproximada para completarse es de 15 minutos. El CAE está conformado por siete dimensiones de primer orden: Búsqueda de apoyo social (BAS), Expresión emocional abierta (EEA), Religión (RLG), Evitación (EVT), Autofocalización (AFN) y Reevaluación positiva (REP), así como dos dimensiones de segundo orden: Afrontamiento focalizado en el problema (AFP) y Afrontamiento focalizado en la emoción (AFE). En el estudio original se observó que seis estrategias de afrontamiento poseen índices de consistencia interna altos: BAS ($\alpha = .92$), RLG ($\alpha = .86$), FSP ($\alpha = .85$), EVT ($\alpha = .76$), EEA ($\alpha = .74$) y REP ($\alpha = .71$), y una estrategia de afrontamiento adecuado: AFN ($\alpha = .64$). En cuanto a las estrategias que componen los estilos de afrontamiento (dimensiones de segundo orden), el focalizado al problema está conformado por búsqueda de apoyo social, focalización en la solución del problema y reevaluación positiva, y el focalizado a la emoción por expresión emocional abierta (ira), religión, evitación y autofocalización negativa.

González y Landero (2007) validaron el CAE en una muestra de 365 estudiantes universitarios mexicanos. Los autores confirmaron las siete estrategias

de afrontamiento y las dos dimensiones de orden superior. Sin embargo, los valores de consistencia interna variaron en relación al estudio original; únicamente cuatro de las siete estrategias de afrontamiento poseen valores de consistencia altos: BAS ($\alpha = .91$), RLG ($\alpha = .87$), FSP ($\alpha = .83$) y EEA ($\alpha = .79$). Los valores de consistencia de las tres estrategias de afrontamiento restantes fueron adecuados: EVT ($\alpha = .68$), REP ($\alpha = .67$) y AFN ($\alpha = .66$). Se encontró una diferencia con el estudio original en relación con las estrategias de afrontamiento que componen las dimensiones de segundo orden, incluyéndose la religión en la dimensión de afrontamiento racional o focalizado al problema (AFP) en lugar de la focalizada a la emoción.

CAPITULO III

METODO

METODO

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional con un diseño no experimental transversal.

PARTICIPANTES

Se emplearon dos muestras: una clínica de seropositivos ($n = 300$) y otra de población general ($n = 300$), equivalentes en tamaño, proporción de sexos y media de edad. No obstante son diferenciales en el promedio de escolaridad ($Z_U = 7.23$, $p < .01$), siendo más alto en población general; y en la distribución del estado civil ($\chi^2 (5, N = 600) = 78.39$, $p < .01$) entre los seropositivos hay más solteros (63% versus 36%) y en población general más casados (51% versus 17%).

Los criterios de inclusión para la muestra clínica fueron: ser seropositivo, mayor de edad y paciente del Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual de Nuevo León (CAPASITS-NL). Como criterios de exclusión se fijaron: déficit cognitivo que impidiese comprender las instrucciones, fatiga excesiva que dificultase la atención o negativa a participar.

La muestra clínica quedó conformada por 100 mujeres (33.3%) y 200 hombres (66.7%). La media de edad en ambos sexos fue de 36.61 años ($DE = 9.60$), la media de edad en hombres seropositivos fue de 37.51 años ($DE = 9.76$) y en mujeres seropositivas fue de 34.81 años ($DE = 9.03$). 63% (189 de 300) eran solteros, 17.3% (52) casados, 9.7% (29) en unión libre, 4% (12) separados, 3.3% (10) divorciados y 2.7% (8) viudos. 0.3% (1 de 300) indicó no tener estudios, 14% (42) primaria, 38.3% (115) secundaria, 24.7% (74) media superior y 22.7% (68) universitarios. En relación con las variables clínicas: la media del tiempo de diagnóstico de VIH fue de 5 años ($DE = 4.57$). 13% (39 de 300) se señalaron como

sintomáticos y 87% (261) como asintomáticos. 82% (246 de 300) tomaban medicamentos antirretrovirales y 18% (54) aún no. 29.8% (57 de 191) reportar tener carga viral detectable y 70.2% (134) indetectable. La media del conteo de CD4 es de 456.46 por ml² ($DE = 390.15$) (véanse Tablas 1 y 2).

Los criterios de inclusión para la muestra de población general fueron: ser mayor de edad, residir en Nuevo León, saber leer y poder comprender adecuadamente las instrucciones. Como criterios de exclusión se fijaron: ser portador de VIH, tener antecedentes de ITS, enfermedades psiquiátricas o negarse a participar.

La muestra de población general emparejada a la clínica en tamaño, proporción de sexos y media de edad ($t(598) = -0.04, p = .97$) quedó conformada por 100 mujeres y 200 hombres. La media de edad en ambos sexos fue de 36.64 años ($DE = 9.58$), la media de edad en hombres fue de 37.52 años ($DE= 9.78$) y en mujeres fue de 34.90 años ($DE= 8.96$). 51% (153 de 300) eran casados, 35.7% (107) solteros, 8% (24) en unión libre, 2.3% (7) divorciados, 2.3% (7) separados y 0.7% (2) viudos. 4% (12 de 300) señaló tener estudios de primaria, 17% (51) secundaria, 40.4% (121) media superior y 38.6% (116) universitarios (véanse Tablas 1 y 2).

Tabla 1

Descriptivos de las variables socio-demográficas y clínicas

Variables	Valores	Seropositivos		Población general		Muestra Conjunta	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Estado civil	Soltero (a)	189	63.0	107	35.7	296	49.3
	Unión Libre	29	9.7	24	8.0	53	8.8
	Casado (a)	52	17.3	153	51.0	205	34.2
	Divorciado (a)	10	3.3	7	2.3	17	2.8
	Viudo (a)	8	2.7	2	.7	10	1.7
	Separado (a)	12	4.0	7	2.3	19	3.2
	Total	300	100	300	100	600	100
Escolaridad	Sin estudios	1	.3			1	.2
	Primaria	42	14.0	12	4.0	54	9.0
	Secundaria	115	38.3	51	17.0	166	27.7
	Media superior	74	24.7	121	40.3	195	32.5
	Profesional	62	20.7	109	36.3	171	28.5
	Posgrado	6	2.0	7	2.3	13	2.2
	Total	300	100	300	100	600	100
ES	Sintomático	39	13.0				
	Asintomático	261	87.0				
	Total	300	100				
CV	Detectable	57	29.8				
	Indetectable	134	70.2				
	Total	191	100				
Med.	Si	246	82				
	No	54	18				
	Total	300	100				

ES = Percepción del estado de salud (sintomático o asintomático), CV = Carga viral (detectable o indetectable) y Med. = Toma o no medicamentos antivirales (sí o no).

Tabla 2

Descriptivos de las variables socio-demográficas y clínicas

	Seropositivos					Población General				
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	36.61	36	9.60	18	70	36.64	36.50	9.58	18	70
TDx	4.70	3	4.57	0	28					
CD4*	456.46	383.50	390.15	8	3526					

TDx = Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH+, CD4 = Conteo de CD4. **n* = 148.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Se aplicaron unas preguntas a ambas muestras sobre datos socio-demográficos de sexo, edad, escolaridad y estado civil. Por otra parte, a las personas que viven con VIH/SIDA se les preguntó sobre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH +, si se percibían como sintomáticos o asintomáticos, si tomaban o no medicamentos antirretrovirales, el nivel de carga viral y conteo de CD4 en el último examen; cabe mencionar que estos últimos dos datos eran proporcionados por los propios pacientes desde sus expedientes.

La Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) de Osadolor (2005). Consta de 25 ítems en sentido de ansiedad, con un rango de respuesta de 5 puntos: de 1 *totalmente de acuerdo* a 5 *totalmente en desacuerdo*. Osadolor señala que a mayor puntuación, mayor ansiedad ante la muerte. Así, al realizar los análisis estadísticos se re-codificó el rango de respuesta: siendo 1 *Totalmente en desacuerdo* a 5 *Totalmente de acuerdo*. Obtuvo una consistencia interna alta para los 25 ítems ($\alpha = .80$). Desde un análisis de componentes principales, se establecen cuatro factores: Ansiedad (2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19), Dolor (11, 12, 22, 23, 24 y 25), Depresión (1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18) y Miedo (6, 20 y 21).

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003). Consta de 42 ítems, con un rango de respuesta de 5 puntos (de 0 *nunca* a 4 *casi siempre*) y siete factores de primer orden: BAS = Búsqueda de apoyo social (6, 13, 20, 27, 34 y 41), REP = Reevaluación positiva (3, 10, 17, 24, 31 y 38), FSP = Focalización en la solución de problemas (1, 8, 15, 22, 29 y 36), RLG = Religión (7, 14, 21, 28, 35 y 42), EEA = Expresión emocional abierta (4, 11, 18, 25, 32 y 39), AFN = Auto-focalización negativa (2, 9, 16, 23, 30 y 37) y EVT = Evitación (5, 12, 19, 26, 33 y 40). Con estos siete factores de primer orden se definen dos dimensiones o factores de segundo orden: Estilo de Afrontamiento Positivo o centrado en el problema (EAP) con BAS, FSP y REP y Estilo de Afrontamiento Negativo o centrado en la emoción (EAN) con EEA, RLG, EVT y AFN. Los valores de consistencia interna por el coeficiente α de Cronbach de los siete factores variaron de .64 y .92, con una media de .79, en la muestra española de 592

estudiantes (Sandín & Chorot, 2003), y de .67 y .91, con una media de .76, en la muestra mexicana de 365 estudiantes (González & Landero, 2007).

PROCEDIMIENTO

Para este estudio se planeó un muestreo no probabilístico por cuotas equivalentes de sexos con los pacientes seropositivos, extrayendo la muestra en el CAPASITS-NL de junio a agosto de 2010. La población de seropositivos atendida era de 1300 pacientes (200 mujeres y 1100 hombres). Se desestimó cuotas proporcionales a las poblacionales para evitar un excesivo desequilibrio de sexos, pero resultó imposible lograr cuotas equivalentes (200 hombres y 200 mujeres) por la dificultad de acceso al total de la población femenina en el lapso de tiempo permitido (tres meses). Se encuestó a pacientes de todos los doctores del centro tanto de mañana como de tarde a raíz de una selección aleatoria de consultas y tiempos, la mitad de las mujeres atendidas y 18% de los hombres. Los pacientes que aceptaron formar parte del estudio respondieron por escrito al instrumento inmediatamente después de firmar la carta de consentimiento informado y en presencia del entrevistador. Sólo se hizo en forma de entrevista a una persona sin estudios y veinte personas con problemas de vista. En aquéllos que alegaron cansancio o excesivo malestar se pospuso la aplicación a fin de lograr datos de calidad, y en algunos casos incluso nunca se administró.

La muestra aleatoria de población general se levantó de tal forma que resultase equivalente en tamaño ($n = 300$), proporción de sexo (dos hombres por cada mujer) y promedio de edad (entre 36 y 37 años) a la clínica. Se obtuvo por visita domiciliaria y se respondió al instrumento de forma auto-aplicada. Se levantó de abril a mayo de 2011 tras ser imposible obtener un nuevo permiso para completar los casos de mujeres seropositivas.

Para completar la muestra clínica de mujeres, una voluntaria del CAPASITS colaboró con la aplicación de 18 cuestionarios de manera remunerada. Además, en la muestra de población general colaboraron dos personas, una enfermera (de manera remunerada) y una psicología, con la aplicación de 180 cuestionarios. El

cuestionario era respondido en presencia del encuestador, apoyando al participante en caso de dudas; o bien era entregado y recogido posteriormente, comprobándose que se hubiera respondido a todos los ítems, en caso de omisiones, se solicitaba la respuesta y se prestaba apoyo para comprender la pregunta si el encuestado lo solicitaba. De forma previa se dio capacitación para tal fin.

El protocolo de investigación fue aprobado por las autoridades del Consejo Estatal para la prevención del SIDA de Nuevo León (COESIDA-NL). El estudio se ajustó a las especificaciones de manejo de pacientes de la Norma 010-SSA2-1993 (Secretaría de Salud, 1993) y de la *American Psychological Association* (2002).

ANALISIS ESTADISTICOS

La consistencia interna se estima por el coeficiente alfa de Cronbach (α); se consideran valores altos aquéllos $\geq .70$, adecuados $\geq .60$ y bajos $< .60$ (Cronbach & Shavelson, 2004). Las correlaciones se calculan por el coeficiente producto-momento de Pearson y biserial-puntual, la predicción se realiza por regresión lineal, empleando el método *Stepwise* y por análisis de senderos, empleando el método de Mínimos Cuadrados Generalizados y las modalidades de cálculo unigrupo (muestra conjunta) y multigrupo (seropositivos y población general). Las diferencias de medias se contrastan por la prueba *t* de Student y ANOVA. El ajuste de la distribución a una curva normal se contrasta por la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Z_{K-S}). La estructura dimensional se determina tanto por análisis factorial exploratorio por Componentes Principales con rotación Oblimín como confirmatorio (AFC) por Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). Se manejan siete índices de ajuste: tres básicos (función de discrepancia [*FD*], ji-cuadrado [χ^2] y cociente entre ji-cuadrado y sus grados de libertad [χ^2/df]); dos poblacionales de no centralidad (parámetro de no centralidad poblacional [*PNCP*] y residuo cuadrático medio de aproximación [*RMSEA*] de Steiger-Lind); además dos índices comparativos (índice de bondad de ajuste [*GFI*] de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida [*AGFI*]). Los valores de buen ajuste para los índices son: p de $\chi^2 > .05$, *FD* y $\chi^2/df < 2$, *PNCP* < 1 , *RMSEA* $< .05$, *GFI* $> .95$ y *AGFI* $> .90$; y los valores adecuados son: p de $\chi^2 > .01$, *FD* y $\chi^2/df < 3$, *PNCP* < 2 , *RMSEA* $< .08$, *GFI* $> .85$ y *AGFI* $> .80$ (Moral, 2006).

En los modelos de regresión lineal y análisis de senderos, que requieren variables numéricas, las cinco variables clínicas se manejan como puntuaciones factoriales calculadas por el método de regresión. Los factores se extraen por Componentes Principales con una rotación por el método Oblimín.

El criterio (EAM-22) se dicotomiza por la puntuación a una desviación estándar por encima de la media y por la mediana. De forma previa se contrasta el ajuste de la distribución a una curva normal por la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors. En ambas muestras y en la conjunta, las

correlaciones con el criterio dicotomizado se estiman por el coeficiente biserial-puntual (r_{bp}), phi (ϕ) y V de Cramer. En los modelos de regresión logística binaria sólo se introducen en el cálculo inicial variables correlacionadas con el criterio. Los modelos se estiman por el método de pasos progresivos hacia adelante con el criterio de la probabilidad condicional. Los cálculos se realizan con SPSS16 y AMOS7.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Consistencia y distribución del puntaje total y los factores originales de la escala EAM-25

En la muestra conjunta, de seropositivos y población general, los valores de consistencia interna del puntaje total (PT), y los factores de Ansiedad, Dolor y Depresión (con sus indicadores originales) fueron altos ($\alpha \geq .85$). Solo el factor de Miedo fue bajo en las tres muestras (de .47 a .40). La distribución del puntaje total se ajustó a una curva normal tanto en la muestra conjunta ($Z_{K-S} = 0.74$, $p = .65$) como en la de seropositivos ($Z_{K-S} = 0.59$, $p = .88$) y población general ($Z_{K-S} = 0.68$, $p = .75$). El factor de Ansiedad también se ajusta a una curva normal en la muestra de seropositivos ($Z_{K-S} = 1.18$, $p = .12$) y población general ($Z_{K-S} = 1.22$, $p = .10$), igual que el factor de Dolor en población general ($Z_{K-S} = 1.18$, $p = .12$). Por el contrario las distribuciones del factor de Dolor muestra ligero aplanamiento ($C = -0.89$, $EE = 0.20$) y asimetría negativa ($S = -.20$, $EE = 0.10$) en la muestra conjunta y de seropositivos muestra ($C = -0.84$, $EE = 0.28$; $S = -.36$, $EE = 0.14$). De igual forma la distribución del factor de Depresión muestra ligero aplanamiento ($C = -0.41$, $EE = 0.20$) y asimetría negativa ($S = -.62$, $EE = 0.10$) en la muestra conjunta y de población general muestra ($C = -0.65$, $EE = 0.28$; $S = -.46$, $EE = 0.14$), además de en la muestra de seropositivos aparece asimetría negativa ($S = -.84$, $EE = 0.14$). En la distribución del factor de Ansiedad en la muestra conjunta ($C = -0.79$, $EE = 0.20$; $S = .21$, $EE = 0.10$). En el factor de Miedo de la muestra conjunta solo se observa un ligero aplanamiento ($C = -0.49$, $EE = 0.20$) (véase Tabla 3).

Nivel de Ansiedad ante Muerte de la Muestra Clínica y Población General

La media de EAM-25 del grupo de pacientes seropositivos de este estudio dividido por el número de ítem es de 3.23, redondeando sería 3, lo que corresponde a una respuesta de “*neutral*” dentro de un rango de 5 puntos (de 1 “*totalmente en desacuerdo*” a 5 “*totalmente de acuerdo*”). La media del factor Ansiedad dividida por 9 (número de ítems) es 2.69, lo que también corresponde a una respuesta “*neutral*” (3), igual aplicaría para Dolor ($3.33 \approx 3$) y Miedo ($3.37 \approx 3$). La media de Depresión dividida por 7 (número de ítems) es de 3.77, lo que corresponde a una respuesta de 4 “*de acuerdo*” en un sentido de ansiedad. Por lo tanto, la muestra clínica destaca en Depresión, siendo su actitud neutral en los demás aspectos. El promedio dividido por su número de ítems también corresponde a 3 en la muestra de población general para el puntaje total y cuatro factores. Así una actitud de la población general parece corresponder a neutralidad (véase Tabla 3).

Diferencia de Medias entre Seropositivos y Población General

La diferencia de medias entre ambas muestras es significativa en el puntaje total (PT) ($t(598) = 3.46, p < .01$) y los factores de Dolor ($t(598) = 3.61, p < .01$), Depresión ($t(598) = 4.30, p < .01$), y Miedo ($t(598) = 2.83, p < .01$), siendo más altas las medias en la muestra clínica. Aunque el promedio también es alto en el factor de Ansiedad, se mantiene la hipótesis nula de equivalencia estadística ($p > .05$). Por lo tanto, en las personas que están sufriendo una enfermedad crónica (VIH/SIDA) que les acorta su esperanza de vida hay mayor dolor, depresión y miedo ante la muerte. La ansiedad es semejante en ambas muestras (véase Tabla 3).

Tabla 3

Consistencia interna, descripción de las distribuciones y contraste de la diferencia de medias entre ambas muestras

Muestras	Estadísticos	PT	Ansiedad	Dolor	Depresión	Miedo		
Muestra Conjunta (N = 600)	Consistencia	No. ítems	25	9	6	7	3	
		α	.93	.89	.89	.86	.44	
	Descriptivos de la distribución	<i>Min</i>	25	9	6	7	3	
		<i>Max</i>	125	45	30	35	15	
		<i>M</i>	77.62	23.78	18.97	25.10	9.77	
		<i>Mdn</i>	78	24	19	27	10	
		<i>DE</i>	22.57	9.77	7.17	7.54	3.15	
		<i>S</i>	-.16	.21	-.20	-.62	-.19	
		<i>C</i>	-.47	-.79	-.89	-.41	-.49	
	Normalidad	<i>Z_{K-S}</i>	.74	1.63	1.52	2.51	1.88	
		<i>p</i>	.65	.01	.02	.00	.00	
Sero- positivos (n = 300)	Consistencia	α	.91	.89	.88	.85	.40	
		<i>M</i>	80.78	24.23	20.01	26.41	10.13	
	Descriptivos de la distribución	<i>Mdn</i>	81	24	20	28	10	
		<i>DE</i>	22.32	10.23	7.30	7.40	3.18	
		<i>S</i>	-.17	.22	-.36	-.84	-.24	
		<i>C</i>	-.38	-.86	-.84	.05	-.48	
	Normalidad	<i>Z_{K-S}</i>	.59	1.18	1.48	2.13	1.63	
		<i>p</i>	.88	.12	.02	.00	.01	
	Población general (n = 300)	Consistencia	α	.94	.90	.91	.87	.47
			<i>M</i>	74.46	23.33	17.92	23.80	9.41
		Descriptivos de la distribución	<i>Mdn</i>	75	24	18	25	9
<i>DE</i>			22.42	9.29	6.88	7.46	3.08	
<i>S</i>			-.16	.18	-.08	-.46	-.16	
<i>C</i>			-.57	-.77	-.83	-.65	-.48	
Normalidad		<i>Z_{K-S}</i>	.68	1.22	1.18	1.72	1.62	
		<i>p</i>	.75	.10	.12	.00	.01	
Total* (N = 600)		Equivalencia de varianza	<i>F</i>	.05	2.98	1.86	.28	.42
			<i>p</i>	.82	.08	.17	.59	.52
		Diferencia de medias	<i>t</i>	3.46	1.13	3.61	4.30	2.83
	<i>gl</i>		598	598	598	598	598	
	<i>p</i>		.00	.26	.00	.00	.00	
	<i>DM</i>	6.33	.90	2.09	2.61	.72		
	<i>EE</i>	1.83	.80	.58	.61	.25		

S = Sesgo o asimetría y C = Curtosis. Muestra conjunta: *EE* de S = .10 y *EE* de C = .20 Muestra de seropositivos y población general: *EE* de S = .14 y *EE* de C = .28. EAM25: PT = Puntaje total. *Se contrasta la equivalencia de las varianzas por la prueba de Levene y diferencias de medias por la prueba *t* de Student entre las muestras de seropositivos y de población general.

Contraste de medias del EAM-25 de la muestra de seropositivos con otros estudios de muestras clínicas y con la muestra de población general

Se contrastaron las medias del puntaje total y los factores de la escala EAM-25 de los pacientes seropositivos ($n= 300$), con las tres muestras clínicas del estudio de Osadolor (2005) y con las dos muestras clínicas de Mercado, et al. (2009). Los pacientes seropositivos en comparación con el grupo de intervención en logoterapia y apoyo psicológico señalaron mayor ansiedad ante la muerte en el puntaje total y en los factores de Depresión y Miedo después de la intervención, asimismo mayor Ansiedad post y Dolor pre y post que el grupo de intervención con logoterapia. Además las personas seropositivas señalaron mayor dolor ante la muerte que los pacientes ambulatorios y hospitalizados (véase Tabla 4).

Sin embargo, el grupo con intervención en logoterapia y apoyo psicológico reportaron mayor ansiedad ante la muerte en el puntaje total (EAM-25) y en los factores de Ansiedad y Depresión antes de la intervención que los seropositivos. Además el grupo de apoyo psicológico también puntuó más alto en Ansiedad después de la intervención. El grupo control reporto más ansiedad ante la muerte en el puntaje total antes y después de la intervención. Los pacientes hospitalizados y ambulatorios reportaron mayor Depresión que los seropositivos; además los ambulatorios puntuaron más en el factor de Ansiedad (véase Tabla 4).

No se observaron diferencias significativas con el promedio del factor de Miedo-pre en el grupo con intervención logoterapéutica y apoyo psicológico. Además en este último grupo tampoco se encontraron diferencias en el factor de Dolor pre y post. Asimismo, los pacientes ambulatorios y hospitalizados reportaron un miedo ante la muerte semejante al de los pacientes seropositivos; lo mismo se encontró con los pacientes hospitalizados en el factor de ansiedad (véase Tabla 4).

Tabla 4

Contraste de medias de la muestra clínica del presente estudio con las muestras clínicas de Osadolor (2005) y Mercado, et al. (2009) y con la muestra de población general

Estudios	Muestras Contrastadas	Factores	Descriptivos		T-Test		
			M	DE	DM	t	p
Osadolor (2005)	Grupo de intervención con logoterapia (n = 16)*	EAM-25 Pre	91.50	7.23	-10.72	-8.31	.00
		EAM-25 Post	51.06	6.18	29.72	23.06	.00
		Ansiedad Pre	30	4.63	-5.77	-9.77	.00
		Ansiedad Post	16.87	3.48	7.36	12.46	.00
		Dolor Pre	19	2.58	1.01	2.40	.01
		Dolor Post	12.31	2.67	7.70	18.26	.00
		Depresión Pre	32.12	2.65	-5.71	-13.36	.00
		Depresión Post	17.19	3.27	9.22	21.56	.00
		Miedo Pre	10.37	1.45	-.24	-1.29	.20
		Miedo Post	4.69	1.19	5.44	29.67	.00
	Grupo de intervención con apoyo psicológico (n = 30)*	EAM-25 Pre	90.06	5.71	-9.28	-7.19	.00
		EAM-25 Post	78.17	12.11	2.61	2.02	.04
		Ansiedad Pre	27.50	4.61	-3.27	-5.53	.00
		Ansiedad Post	25.87	4.99	-1.64	-2.77	.00
Dolor Pre		20.53	3.16	-.52	-1.22	.22	
Dolor Post		19.70	4.91	.31	.74	.31	
Depresión Pre		31.80	2.32	-5.39	-12.61	.00	
Depresión Post		23.76	7.57	2.65	6.19	.00	
Grupo clínico sin intervención (n= 30)*	Miedo Pre	10.23	1.69	-.10	-5.27	.60	
	Miedo Post	8.83	2.65	1.30	7.10	.00	
Mercado, et al. (2009)	Grupo clínico sin intervención (n= 30)*	EAM-25 Pre	89.80	6.38	-9.02	-6.99	.00
		EAM-25 Post	89.93	8.44	-9.14	-7.09	.00
	Pacientes ambulatorios (n = 30)*	Ansiedad	25.83	4.95	-1.60	-2.71	.00
		Dolor	17.87	3.96	2.14	5.08	.00
		Depresión	28.93	5.53	-2.52	-5.90	.00
	Pacientes hospitalizados (n = 30)*	Miedo	9.80	2.80	.33	1.82	.07
		Ansiedad	25.17	5.94	-0.94	-1.59	.11
		Dolor	15.90	2.67	4.11	9.75	.00
		Depresión	30.53	6.30	-4.12	-9.64	.00
	Miaja y Moral (2011)	Pacientes seropositivos (n = 300)**	Miedo	9.93	2.69	.20	1.11
EAM-25			80.78	22.32	6.33	3.46	.00
APM			24.23	10.23	0.90	1.13	.26
EPM			20.01	7.30	2.09	3.61	.00
Muestra de población general (n = 300)		AAM	26.41	7.40	2.61	4.30	.00
		Miedo	10.13	3.18	0.72	2.83	.00
		EAM-25	74.46	22.417			
		APM	23.33	9.290			
	EPM	17.92	6.884				
	AAM	23.80	7.456				
	Miedo	9.41	3.080				

EAM-25 = Puntaje total de la Escala de Ansiedad ante la Muerte con 25 ítems. APM = ítems originales del factor de Ansiedad reetiquetado como Ansiedad con lo Posterior a la Muerte. EPM = ítems originales del factor de Dolor reetiquetado como Evitar Pensar en la Muerte y AAM = ítems originales del factor de depresión reetiquetado como Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte. Muestra contrastada: * con el grupo clínico de seropositivo de Miaja y Moral (2011) y ** con el control del estudio de Miaja y Moral (2011).

Estructura de la escala EAM-25 por Análisis Factorial Exploratorio

En la muestra clínica de pacientes seropositivos ($n = 300$), por el criterio de Kaiser (autovalores iniciales mayores a 1), se definen cuatro factores que explican el 57.15% de la varianza total (véase Tabla 5). Tras aplicar una rotación oblicua a la matriz de componentes, se obtiene uno primero de 9 ítems (2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19) que corresponde al factor original de Ansiedad, contando todos ellos con cargas mayores a .40. La consistencia interna de los 9 ítems es alta ($\alpha = .89$). El segundo componente está definido por 8 ítems (1, 5, 6, 7, 8, 9, 17 y 18) que corresponde al original de Depresión con la excepción del ítem 6 (evitaría la muerte a toda costa). La consistencia interna de los 7 ítems originales de Depresión es alta ($\alpha = .85$), si se añade el ítem 6 no varía. El tercero está integrado por 6 ítems (11, 12, 22, 23, 24 y 25) corresponde al original de Dolor, contando todos los ítems con cargas mayores a .40. La consistencia interna de los 6 ítems es alta ($\alpha = .88$). El cuarto está formado por dos ítems (20 y 21) y corresponde al original de Miedo. Le faltaría el ítem 6. La consistencia interna de los dos ítems es baja ($\alpha = .33$) y aumenta ligeramente al añadir el ítem 6 ($\alpha = .40$). Por lo tanto, en la muestra de seropositivos, los factores de Ansiedad, Dolor y Depresión se reproducen bien y con consistencia interna alta, pero el factor de Miedo tiene una consistencia interna muy baja y se reproduce de forma incompleta. Las correlaciones entre los tres primeros factores son moderadas-bajas (de .37 a .40). Las correlaciones de Ansiedad y Dolor con Miedo son bajas ($r = .13$, ambas) y entre Depresión y Miedo la correlación no es significativa ($r = .10$, $p = .09$) (véase Tabla 6).

En la muestra de población general emparejada en tamaño, proporción de sexos y media de edad a la clínica ($n = 300$), por el criterio de Kaiser, se definen 4 factores que explican el 62.35% de la varianza total (véase Tabla 5). Tras aplicar una rotación oblicua a la matriz de componentes, se obtiene uno primero de 7 ítems (6, 11, 12, 22, 23, 24 y 25) corresponde al original de Dolor, con la excepción de que se añade el ítem 6. Los 7 ítems cuentan con cargas mayores a .40 y su consistencia interna es alta ($\alpha = .90$), la cual se incrementa a .91 al

eliminar el ítem 6. El segundo componente está definido por 8 ítems (1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18) que corresponde al original de Depresión con la excepción de que se añade ítem 21 (tengo miedo a morir lentamente). Los 8 ítems tienen cargas mayores a .40 y consistencia interna alta ($\alpha = .88$) y no varía al eliminar el ítem 21. El tercer componente es de 6 ítems (2, 3, 4, 10, 19 y 20) corresponde esencialmente al factor original de Ansiedad. Pierde 4 ítems (13, 14, 15 y 16) y se le añade el ítem 20 (me asusta no cumplir mis metas en la vida antes de morir). Los 6 ítems tienen cargas mayores a .40 y consistencia interna alta ($\alpha = .90$) y también no varía al eliminar el ítem 20. Se podría reetiquetar como preocupación por lo que venga después de la muerte. El cuarto está formado por los cuatro ítems que pierde el factor original de Ansiedad (13, 14, 15 y 16). Los 4 ítems tienen cargas mayores a .40 y consistencia interna alta ($\alpha = .87$). Por su contenido se podría reetiquetar como Ansiedad claustrofóbica. Por lo tanto, en la muestra de población general, se reproducen los dos factores de Depresión y Dolor, el factor de Ansiedad se desdobra en Preocupación por lo que vendrá después de la muerte y Ansiedad claustrofóbica. El factor de Miedo no se reproduce, su ítem 6 queda en el factor de Dolor, el ítem 20 va al factor de Preocupación por lo que vendrá después de la muerte y el 21 sale en el factor de Depresión. Los cuatro factores correlacionan entre sí con valores moderados de .35 a .45 (véase Tabla 6).

Al juntar ambas muestras ($N = 600$), por el criterio de Kaiser, se definen 4 factores que explican el 59.09% de la varianza total (véase Tabla 5). Tras la rotación oblicua el primero está definido por 5 ítems de Ansiedad (13, 14, 15, 16 y 20) y se añade el ítem 20 (me asusta no cumplir mis metas en la vida antes de morir). La consistencia interna de los 6 ítems es alta ($\alpha = .85$). El segundo tienen 8 ítems y corresponde al factor original de Depresión, pero se añade el ítem 21 (tengo miedo a morir lentamente). La consistencia de los 7 ítems originales es alta ($\alpha = .87$) y al añadir el ítem 21 no se incrementa ni disminuye. El tercero tiene 7 ítems (11, 12, 22, 23, 24 y 25) y corresponde al factor de Dolor, tienen una consistencia interna alta (.88) que se incrementa a .90 al eliminar el ítem 6. El cuarto está formado por 4 ítems (2, 3, 4 y 10) que corresponden al factor original

de Ansiedad, los cuales tienen consistencia interna alta ($\alpha = .86$) y por su contenido se puede etiquetar por preocupación por lo que vendrá después de la muerte. Los cuatro componentes correlacionan entre sí con valores de bajos (de .21 a .22) a moderados (de .31 a .45) (véase Tabla 6).

Tabla 5
Autovalores y varianza total explicada con la escala EAM-25

Componentes	Autovalores iniciales mayores a 1			Extracción de la suma cuadrada de las saturaciones			Rotación de la suma cuadrada de las saturaciones
	Total	% de varianza	% Acumulado	Total	% de varianza	% Acumulado	Total
<i>Muestra clínica</i>							
1	8.67	34.70	34.70	8.67	34.70	34.70	6.60
2	2.27	9.07	43.77	2.27	9.07	43.77	5.82
3	2.21	8.83	52.60	2.21	8.83	52.60	5.55
4	1.14	4.55	57.15	1.14	4.55	57.15	1.56
5	.99	3.95	61.10				
<i>Población general</i>							
1	10.44	41.78	41.78	10.44	41.78	41.78	7.55
2	2.20	8.79	50.57	2.20	8.79	50.57	6.26
3	1.85	7.39	57.96	1.85	7.39	57.96	6.17
4	1.10	4.38	62.35	1.10	4.38	62.35	6.10
5	.99	3.96	66.31				
<i>Muestra Conjunta</i>							
1	9.54	38.16	38.16	9.54	38.16	38.16	6.52
2	2.17	8.69	46.85	2.17	8.69	46.85	6.36
3	2.04	8.17	55.02	2.04	8.17	55.02	6.58
4	1.02	4.07	59.09	1.02	4.07	59.09	3.29
5	.92	3.68	62.78				

Tabla 6

Matrices de patrones y consistencia interna en la muestra clínica, de población general y conjunta

Ítems	Clínica (n = 300)				General (n = 300)				Conjunta (N = 600)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	.07	.61	.04	-.09	-.05	.61	-.13	-.04	-.01	.63	.00	.11
2	.45	.16	.03	.07	.18	.23	-.48	.02	.24	.21	.11	.29
3	.74	.07	-.05	-.31	.08	-.04	-.85	.04	.20	.04	.05	.71
4	.62	.19	.02	-.31	-.02	.07	-.78	-.02	.17	.17	.04	.64
5	.07	.74	-.00	-.13	-.04	.67	-.35	.16	-.11	.73	-.01	.26
6	.03	.40	.29	-.22	.51	.16	.05	-.03	-.11	.29	.40	.13
7	-.02	.72	.06	-.13	.10	.84	.09	-.01	-.11	.80	.08	.03
8	-.08	.68	.01	.20	.18	.67	.05	.03	-.02	.70	.09	-.08
9	-.01	.80	-.00	-.02	.00	.79	-.15	.03	-.05	.82	.00	.09
10	.75	.07	.04	-.17	.07	.03	-.61	-.23	.39	.07	.08	.52
11	.25	.16	.44	.05	.65	.02	-.01	-.18	.22	.08	.53	.04
12	.13	.09	.51	.26	.70	.07	.04	-.13	.24	.07	.58	-.11
13	.78	-.06	.07	.02	.12	-.11	-.18	-.60	.60	-.07	.09	.27
14	.65	.00	.09	.25	.13	-.03	-.20	-.72	.77	.01	.09	.04
15	.59	.05	.10	.32	.16	.05	-.07	-.69	.76	.06	.09	-.05
16	.71	.09	.07	.16	.12	.03	-.20	-.68	.74	.07	.07	.11
17	.18	.65	-.11	.27	-.04	.53	.08	-.50	.38	.62	-.10	-.12
18	.05	.70	-.02	.16	-.05	.50	.01	-.45	.25	.63	-.01	-.10
19	.83	-.08	.00	.04	.07	.09	-.54	-.31	.58	.03	.04	.36
20	.32	-.05	.06	.37	.02	-.00	-.50	-.17	.49	.00	.03	.02
21	-.08	.37	.13	.59	.17	.62	.07	-.05	.23	.51	.12	-.31
22	-.08	.00	.89	-.05	.88	-.00	-.01	.07	-.08	-.00	.90	-.02
23	-.08	-.04	.95	-.05	.93	-.07	-.04	.03	-.05	-.06	.95	-.02
24	-.02	-.03	.92	-.01	.92	-.06	-.04	.04	-.02	-.06	.93	-.00
25	.22	-.06	.71	.04	.70	.06	-.12	-.03	.15	-.01	.71	.06
No. It.	9	8	6	2	7	8	6	4	6	8	7	4
α	.89	.85	.88	.33	.90	.88	.90	.87	.85	.87	.88	.86

Método de extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimin.

Los ítems correspondientes al factor original de Miedo (6, 20 y 21) son los que presentan mayor dificultad de definición en las soluciones factoriales. Los factores de Depresión y Dolor se reproducen con exactitud en las tres muestras y el de Ansiedad se desdobra. Por una parte en Preocupación por lo que vendrá después de la muerte (2, 3, 4, 10 y 19) y Ansiedad claustrofóbica (13, 14, 15 y 16).

Si se eliminan los tres ítems del factor de Miedo (6, 20 y 21), al extraer los componentes se obtienen cuatro por el criterio de Kaiser en la muestra de

pacientes seropositivos y de población general, explicándose el 61.53% y 66.22% de la varianza total, respectivamente (véase Tabla 7). En ambas se definen los factores originales de Dolor (11, 12, 22, 23, 24 y 25) y Depresión (1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18). Aunque en la muestra de población general los ítems 17 y 18 de depresión tienen cargas muy altas en el factor de Ansiedad claustrofóbica (-.52, -.45) (véase Tabla 8). El factor Preocupación por lo que vendrá después de la muerte en ambas muestras coincide en los ítems: 3, 4, 10 y 19 y el factor de Ansiedad claustrofóbica coincide en los ítems: 14, 15 y 16. El ítem 2 en la muestra de población general aparece en Preocupación por lo que vendrá después de la muerte y en la muestra clínica en Ansiedad claustrofóbica. Con el ítem 13 pasa al revés; en la muestra de población general aparece en el factor de Ansiedad claustrofóbica y en la muestra clínica en el factor de Preocupación por lo que vendrá después de la muerte. En la muestra conjunta por el criterio de Kaiser se definen tres factores, los originales de Ansiedad, Depresión y Dolor, explicándose el 58.94% de la varianza total. Si la solución se fuerza a cuatro factores se desdobra el de Ansiedad en Ansiedad claustrofóbica (13, 14, 15 y 16) y Preocupación por lo que vendrá después de la muerte (2, 3, 4, 10 y 19), como en la muestra de población general, aunque con menor solapamiento con Ansiedad claustrofóbica, explicándose el 63.40% de la varianza total (véase Tabla 7).

Tabla 7
Autovalores y varianza total explicada con la escala EAM-22

Componentes	Autovalores iniciales mayores a 1			Extracción de la suma cuadrada de las saturaciones			Rotación de la suma cuadrada de las saturaciones
	Total	% de varianza	% Acumulado	Total	% de varianza	% Acumulado	Total
<i>Muestra clínica</i>							
1	8.17	37.15	37.15	8.17	37.15	37.15	4.89
2	2.25	10.24	47.38	2.25	10.24	47.38	5.15
3	2.10	9.56	56.94	2.10	9.56	56.94	5.44
4	1.01	4.59	61.53	1.01	4.59	61.53	5.05
5	.91	4.14	65.67				
<i>Población general</i>							
1	9.67	43.95	43.95	9.67	43.95	43.95	6.96
2	2.11	9.60	53.55	2.11	9.60	53.55	5.70
3	1.70	7.72	61.27	1.70	7.72	61.27	6.32
4	1.09	4.95	66.22	1.09	4.95	66.22	5.18
5	.94	4.28	70.50				
<i>Muestra conjunta</i>							
1	8.90	40.46	40.46	8.90	40.46	40.46	5.36
2	2.12	9.65	50.12	2.12	9.65	50.12	5.85
3	1.94	8.82	58.94	1.94	8.82	58.94	6.08
4	.98	4.46	63.40	.98	4.46	63.40	5.14
5	.88	4.02	67.43				

Tabla 8

Matrices de patrones en las muestras de seropositivos, de población general y conjunta

Ítems	Clínica (n = 300)				General (n = 300)				Conjunta (N = 600)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	-.15	-.07	.62	.17	-.02	.63	-.02	.13	-.03	.64	.01	.09
2	.40	-.01	.15	.17	.19	.25	.00	.48	.15	.19	.10	.36
3	-.07	.02	.03	.85	.08	-.03	-.02	.82	-.05	-.02	.03	.87
4	.01	-.02	.15	.65	-.03	.08	-.08	.79	-.01	.12	.01	.74
5	.07	.03	.72	.02	-.03	.70	.12	.30	-.14	.71	-.03	.24
7	-.13	-.07	.74	.05	.10	.84	-.01	-.11	-.09	.81	.07	-.03
8	.06	-.03	.70	-.12	.19	.68	.02	-.06	-.02	.70	.10	-.07
9	.15	.03	.79	-.12	.02	.81	.00	.10	-.03	.82	-.01	.05
10	.03	-.08	.05	.78	.06	.03	-.31	.57	.18	.04	.06	.67
11	.21	-.44	.18	.10	.64	.03	-.21	-.02	.21	.10	.52	.05
12	.36	-.50	.12	-.13	.69	.09	-.14	-.06	.26	.10	.59	-.10
13	.33	-.08	-.07	.57	.10	-.10	-.65	.13	.50	-.07	.09	.37
14	.71	-.06	.01	.14	.10	-.04	-.77	.15	.73	.02	.09	.13
15	.82	-.05	.07	-.01	.14	.04	-.72	.05	.77	.08	.09	.00
16	.67	-.04	.09	.24	.10	.01	-.72	.18	.70	.08	.06	.19
17	.16	.08	.68	.06	-.04	.51	-.52	-.12	.35	.64	-.07	-.07
18	-.05	-.03	.73	.10	-.03	.50	-.45	-.06	.23	.66	.02	-.08
19	.31	-.02	-.08	.64	.07	.08	-.38	.48	.37	.01	.04	.54
22	-.13	-.89	.02	.02	.89	.01	.07	.00	-.11	.02	.90	-.00
23	-.05	-.94	-.02	-.05	.93	-.04	.03	.02	-.06	-.02	.95	-.02
24	-.04	-.91	-.02	.02	.93	-.04	.04	.02	-.05	-.03	.93	.02
25	.16	-.70	-.05	.12	.72	.07	-.04	.10	.07	.00	.72	.12
No. It.	4	6	7	5	6	7	4	5	4	7	6	5
α	.81	.88	.85	.85	.91	.87	.87	.85	.86	.86	.90	.82

Estructura de la escala EAM-25 por Análisis Factorial Confirmatorio

Se contrasta el modelo de 4 factores originales [4F-25-Orig.] (véase Figura 1), de tres factores excluyendo el de Miedo [3F-22-Orig.] (véase Figura 2) y de 4 factores desdoblado el Ansiedad y eliminando los ítems correspondientes al factor de Miedo [4F-22-Rev.](véase Figura 3). Se realiza el cálculo primero en la muestra conjunta y a continuación por la modalidad multigrupo en la muestra clínica y de población general (véase Tabla 9).

En la muestra conjunta el modelo original (4F-25-Orig.) presenta todos sus parámetros significativos, los índices de ajuste son adecuados para $GFI = .88$,

$AGFI = .86$, $FD = 1.43$, $PNCP = 0.98$ y $RMSEA = .06$; pero el modelo se rechaza por la prueba ji-cuadrado ($\chi^2 (269, N = 600) = 859.39$, $p < .01$) y el cociente entre chi-cuadrado y sus grados de libertad es mayor a 3 ($\chi^2/gf = 3.19$). Las correlaciones del factor de Miedo con Depresión ($r = .86$) y Dolor ($r = .80$) son muy altas, reflejando que sus tres indicadores poco consistentes probablemente estén incluidos en esos dos factores que sí son consistentes (véase Figura 1). Por la modalidad multigrupo entre las dos muestras, el ajuste de este modelo (4F-25-Orig.) es adecuado: $\chi^2/gf = 2.13$, $GFI = .85$, $AGFI = .81$, $FD = 1.92$, $PNCP = 1.02$, incluso para la $RMSEA = .04$, aunque se rechaza por la prueba chi-cuadrado ($\chi^2 (538, N = 600) = 1148.01$, $p < .01$). En la muestra de población general las correlaciones entre los factores son muy altas, de .91 a .60 con una media de .79, cuando éstas son más bajas en la muestra de seropositivos, variando de .79 a .42 con una media de .59, indicando mayor definición propia de los factores entre seropositivos. En ambas muestras todos los parámetros son significativos.

Modelo original de 4 factores correlacionados

Ji-2 (269) = 857.39, $p < .01$, Ji-2 / gl = 3.19
 GFI = .88 y AGFI = .86, FD = 1.43, PNCP = 0.98, RMSEA = .06

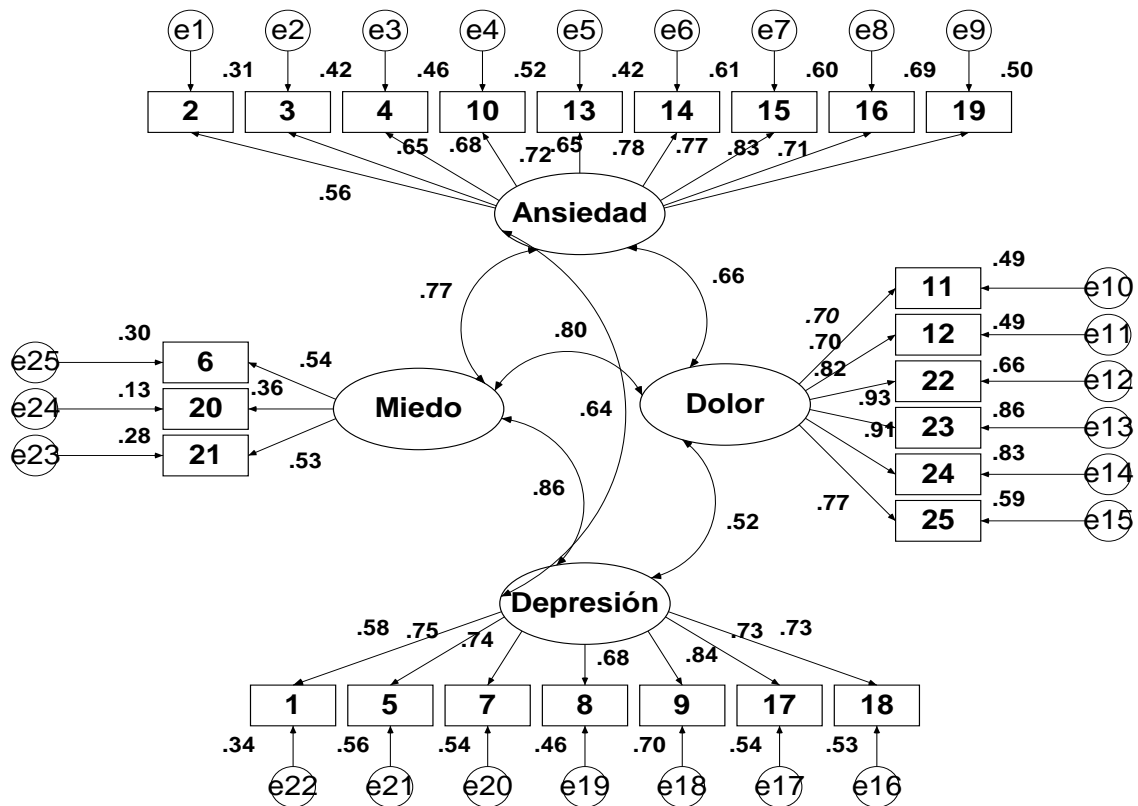


Figura 1. 4F-25-Orig. Modelo estandarizado estimado por GLS.

En la muestra conjunta el modelo original de 3 factores (3F-22-Orig), eliminando los ítems del factor de Miedo, presenta mejor ajuste que el modelo original ($\Delta\chi^2(63, N=600)=120.73, p<.01$), todos sus parámetros con significativos y las correlaciones entre los factores no suben de .65 (véase figura 2), al igual que ocurre con el contraste multigrupo, aunque la correlación más alta sube a .73, que es entre Dolor y Ansiedad en la muestra de población general. Los índices de ajuste son adecuado para $GFI = .89$, $AGFI = .86$, $FD = 1.23$, $PNCP = 0.89$ y $RMSEA = .06$, pero se rechaza por la prueba chi-cuadrado ($\chi^2(206, N = 600) = 738.66, p < .01$) y el cociente entre chi-cuadrado y sus grados de libertad es mayor a 3 ($\chi^2/gl = 3.59$) (véase Figura 2).

Modelo original reducido a 3 factores correlacionados

Ji-2 (206) = 738.66, $p < .01$, Ji-2 / gl = 3.59
 GFI = .89 y AGFI = .86, FD = 1.23, PNCP = 0.89, RMSEA = .07

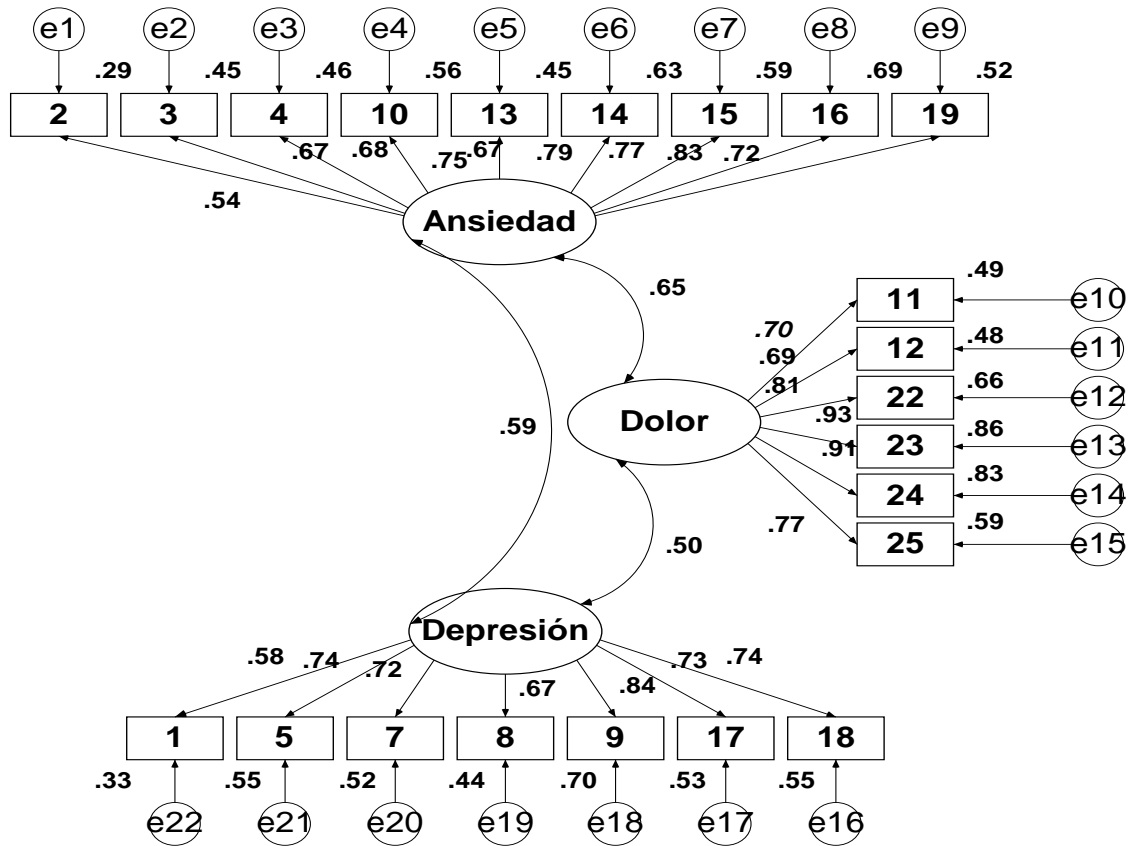


Figura 2. 3F-22-Orig. Modelo estandarizado estimado por GLS.

En la muestra conjunta el modelo revisado (4F-22-Rev) es el que presenta mejor ajuste (véase Figura 3) tanto en comparación con el original ($\Delta\chi^2(66, N=600)=171.87, p<.01$), como en comparación con el de tres factores ($\Delta\chi^2(3, N=600)=51.14, p<.01$). De igual forma, si en el modelo original se eliminan tres indicadores (4F-22-Orig), aquéllos con valores β más bajos y menos homogéneos en su factor (ítem 1 de Depresión, ítem 2 de Ansiedad e ítems 20 de Miedo) los índices de ajuste coinciden con el modelo de 4 factores y 22 ítems revisado ($\Delta\chi^2(1) = 1.36, p = .24$) (véase Figura 4). Este modelo (4F-22-Rev) supera el problema de la baja consistencia interna del factor de Miedo y la alta correlación de este factor con los otros tres factores que tiene el modelo original, sobre todo en la muestra de población general. Los índices de ajuste son adecuados para $GFI =$

.90, AGFI = .87, FD = 1.15, PNCP = 0.81 y RMSEA = .06, pero se rechaza por la prueba chi-cuadrado y el cociente entre chi-cuadrado ($\chi^2(203, N = 600) = 687.52, p < .01$) y sus grados de libertad es mayor a 3 ($\chi^2/gl = 3.39$). Por la modalidad multigrupo entre las dos muestras, el ajuste es adecuado para $\chi^2/gl = 2.25, GFI = .86, AGFI = .87, FD = 1.53, PNCP = 0.85$, incluso para la $RMSEA = .04$, aunque el ajuste del modelo se rechaza por la prueba chi-cuadrado ($\chi^2(406, N = 600) = 913.48, p < .01$). En ambas muestras todos los parámetros son significativos.

Modelo revisado de 4 factores correlacionados

Ji-2 (203) = 687.52, $p < .01$, Ji-2 / gl = 3.39
 GFI = .90 y AGFI = .87, FD = 1.15, PNCP = 0.81, RMSEA = .06

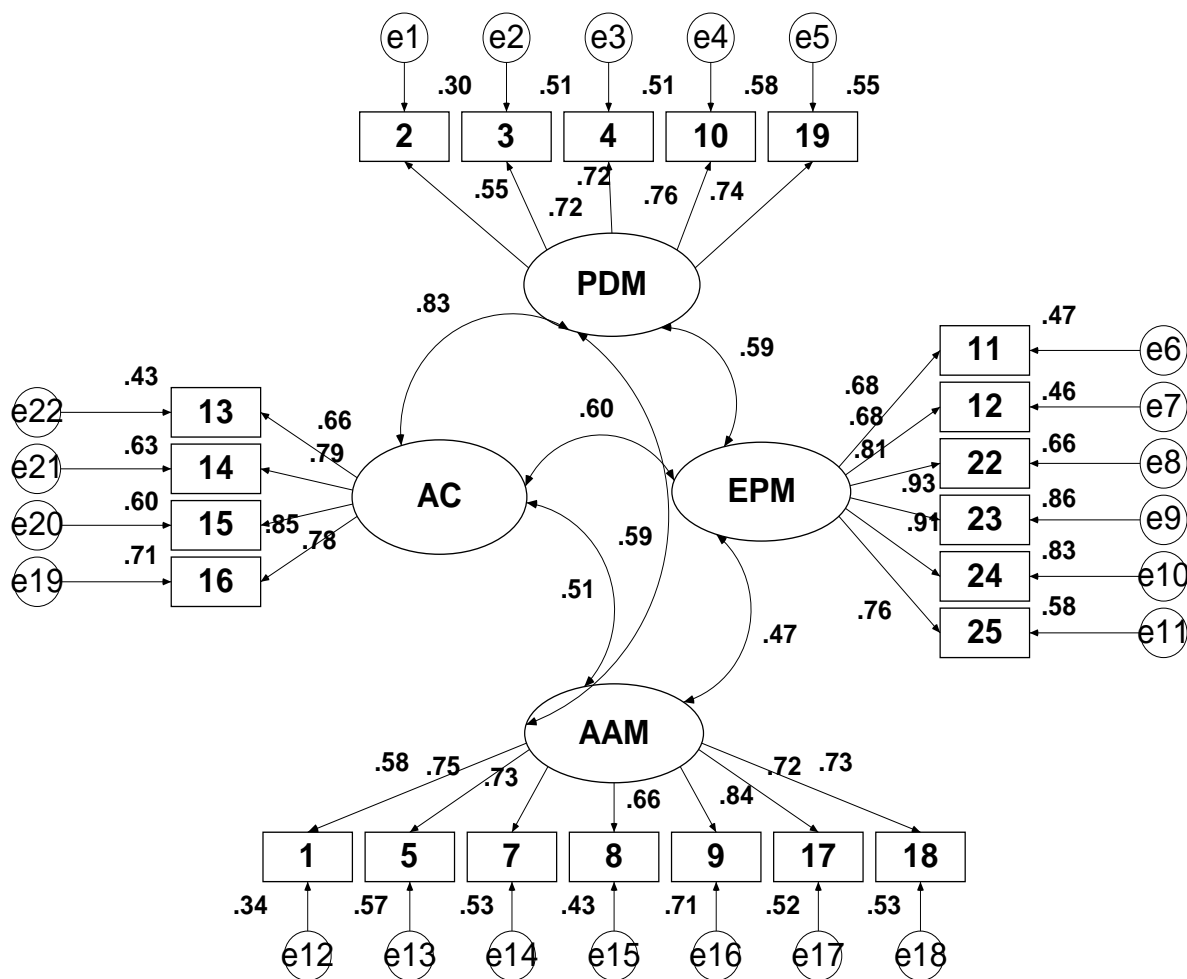


Figura 3. 4F-22-Rev. Modelo estandarizado estimado por GLS.

Modelo original de 4 factores correlacionados reducido a 22 indicadores

Ji-2 (203) = 688.86, $p < .01$, Ji-2 / gl = 3.39
 GFI = .89 y AGFI = .87, FD = 1.15, PNCP = 0.81, RMSEA = .06

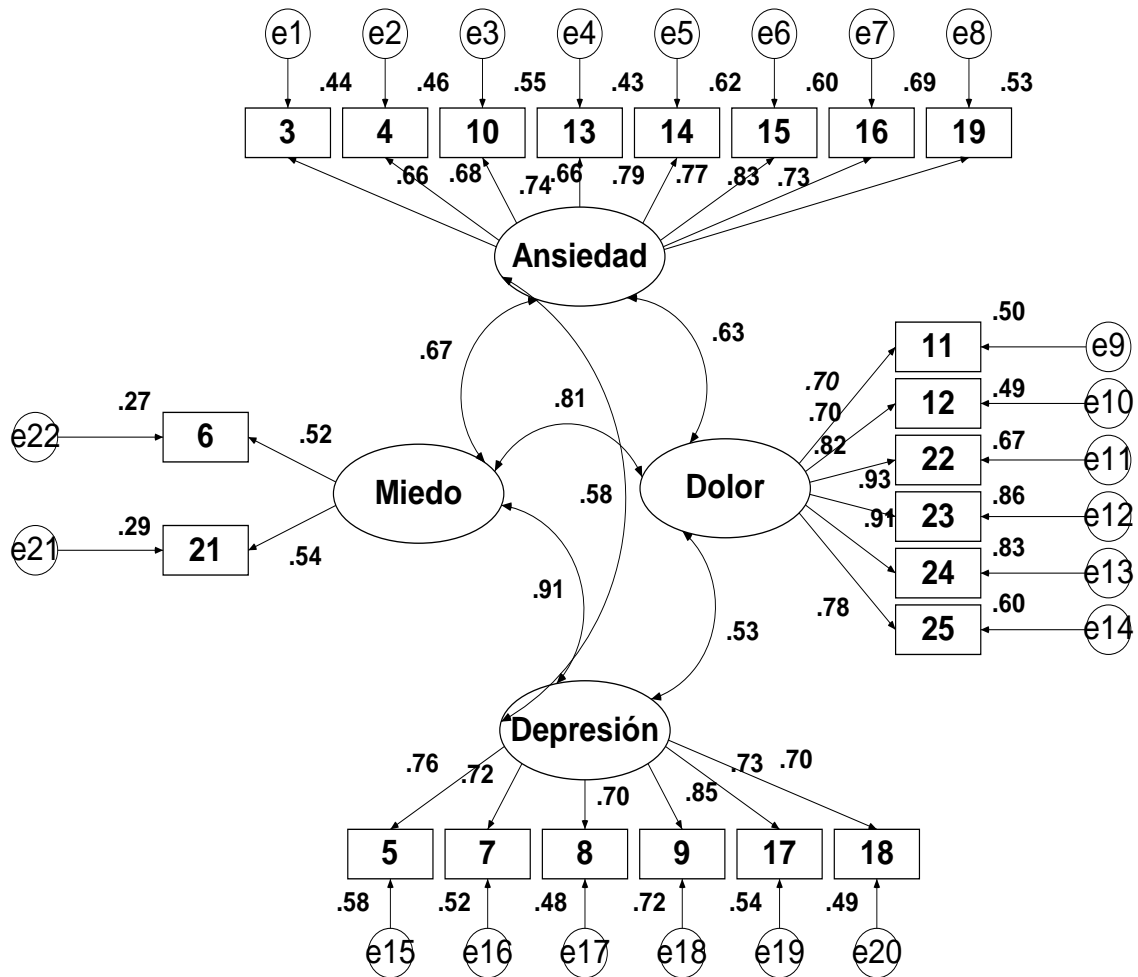


Figura 4. 4F-22-Orig. Modelo estandarizado estimado por GLS.

Tabla 9

Índices de ajuste en la muestra conjunta y separando ambas muestras

Modalidad	Índices de ajuste	Modelos			
		4F-25-Orig.	3F-22-Orig.	4F-22-Rev.	4F-22-Orig.
Unigrupo	χ^2	859.39	738.66	687.52	688.86
	<i>gl</i>	269	206	203	203
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00
	χ^2/gl	3.18	3.59	3.39	3.39
	<i>GFI</i>	.88	.89	.90	.89
	<i>AGFI</i>	.86	.86	.87	.87
	<i>FD</i>	1.43	1.23	1.15	1.15
	<i>PNCP</i>	0.98	0.89	0.81	0.81
	<i>RMSEA</i>	.06	.06	.06	.06
Multigrupo	χ^2	1148.01	968.14	913.48	901.65
	<i>gl</i>	538	412	406	406
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00
	χ^2/gl	2.13	2.35	2.25	2.22
	<i>GFI</i>	.85	.85	.86	.86
	<i>AGFI</i>	.81	.82	.87	.83
	<i>FD</i>	1.92	1.62	1.53	1.51
	<i>PNCP</i>	1.02	0.93	0.85	.83
	<i>RMSEA</i>	.04	.05	.04	.04

Unigrupo = muestra conjunta, Multigrupo = seropositivos y población general.

Por lo tanto, se recomienda utilizar los factores de Depresión reetiquetado como Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte (AAM) [1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18] y Dolor reetiquetado como Evitar Pensar en la Muerte (EPM) [11, 12, 22, 23, 24 y 25] con sus definiciones originales. El factor de Ansiedad reetiquetado como Ansiedad con lo Posterior a la Muerte (APM) [2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19], bien se puede emplear como una unidad con su definición original o desdoblado en Preocupación por lo que vendrá Después de la Muerte (PDM) [2, 3, 4, 10 y 19], y Ansiedad Claustrofóbica (AC) [13, 14, 15 y 16]. Se sugiere ignorar los tres ítems (6, 20 y 21) del factor original de Miedo. Así la escala pasaría a estar constituida por 22 ítems (EAM-22).

Consistencia y distribución de la escala EAM-22

En la muestra conjunta, de seropositivos y población general, los valores de consistencia interna del puntaje total (PT), y todos los factores (APM, PDM, AC, EPM y AAM) fueron altos ($\geq .80$). La distribución del puntaje total (PT) se ajuste a una curva normal tanto en la muestra conjunta ($Z_{K-S} = 0.99, p = .28$) como en la de seropositivos ($Z_{K-S} = 0.67, p = .76$) y población general ($Z_{K-S} = 0.76, p = .62$), igual que el factor de APM en ambas muestras. Por el contrario las distribuciones de los factores de AC con un perfil aplanado y AAM con asimetría negativa no se ajustan a una curva normal en ambas muestras. La distribución del factor de PDM se ajusta a una curva normal en la muestra de población general población ($Z_{K-S} = 1.16, p = .13$) y se aproxima a la normalidad en la muestra clínica ($Z_{K-S} = 1.41, p = .04$), mostrando ligero aplanamiento ($C = -0.91, ET = 0.28$). De igual forma la distribución del factor de EPM se ajusta a una curva normal en la muestra de población general ($Z_{K-S} = 1.18, p = .12$) y se aproxima a la normalidad en la muestra clínica ($Z_{K-S} = 1.48, p = .02$), mostrando ligero aplanamiento ($C = -0.84, ET = 0.28$) y asimetría negativa ($S = -.36, ET = 0.14$) (véase Tabla 10).

Nivel de Ansiedad ante Muerte de la Muestra Clínica y Población General

El nivel de ansiedad ante la muerte con la escala EAM-22 (eliminado los tres ítems correspondientes al factor de Miedo) y la escala original EAM-25 en ambas muestras fueron semejantes. La media de EAM-22, APM (factor original de Ansiedad) y EPM (factor original de Dolor) corresponden a una respuesta “*neutral*” (3). Y la media de AAM (factor original de Depresión) corresponde a una respuesta de 4 “*de acuerdo*” en un sentido de ansiedad ante la muerte. Por lo tanto, la muestra clínica destaca en Ansiedad con lo que antecede a la muerte, siendo su actitud neutral en los demás aspectos (véanse Tablas 3 y 10). A su vez, el promedio dividido por su número de ítems también corresponde a 3 en la muestra de población general para el puntaje total y los cinco factores. Así una actitud de neutralidad frente a la ansiedad ante la muerte parece corresponder en la población general.

Diferencia de Medias entre Seropositivos y Población General

La diferencia de medias entre ambas muestra es significativa en el puntaje total (PT) ($t(598) = 3.39, p < .01$) y los factores de EPM ($t(598) = 3.61, p < .01$) y AAM ($t(598) = 4.30, p < .01$), siendo más altas las medias en la muestra clínica. Aunque los promedios también son altos en los factores de APM, PDM y AC, se mantiene la hipótesis nula de equivalencia estadística ($p > .05$). Por lo tanto, las personas que viven con VIH/SIDA reportan mayor ansiedad ante la muerte con lo que antecede (enfermedades oportunistas) y evitan pensar más en la muerte que las personas sin dicho padecimiento. La ansiedad por lo que sigue a la muerte es semejante en ambas muestras (véase Tabla 10).

Tabla 10

Consistencia interna, descripción de las distribuciones y contraste de la diferencia de medias entre ambas muestras

Muestras	Estadísticos	PT	APM	PDM	AC	EPM	AAM		
Muestra Conjunta (N = 600)	Consistencia	No. ítems	22	9	5	4	6	7	
		α	.92	.90	.82	.86	.90	.86	
	Descriptivos de la distribución	<i>Min</i>	22	9	5	4	6	7	
		<i>Max</i>	110	45	25	20	30	35	
		<i>M</i>	67.85	23.78	13.30	10.48	18.97	25.10	
		<i>Mdn</i>	69	24	13	10	19	27	
		<i>DE</i>	20.43	9.77	5.61	4.96	7.17	7.54	
		<i>S</i>	-.14	.21	.20	.29	-.20	-.62	
		<i>C</i>	-.51	-.79	-.82	-.99	-.89	-.41	
	Normalidad	Z_{k-s}	.99	1.63	1.76	2.64	1.51	2.51	
		<i>p</i>	.28	.01	.00	.00	.02	.00	
Sero- positivos (n = 300)	Consistencia	α	.92	.89	.80	.85	.88	.85	
		<i>M</i>	70.65	24.23	13.54	10.69	20.01	26.41	
	Descriptivos de la distribución	<i>Mdn</i>	70	24	13	10	20	28	
		<i>DE</i>	20.36	10.23	5.83	5.20	7.30	7.40	
		<i>S</i>	-0.17	0.22	0.18	0.31	-0.36	-0.84	
		<i>C</i>	-0.41	-0.86	-0.91	-1.04	-0.84	0.05	
	Normalidad	Z_{k-s}	0.67	1.18	1.41	2.04	1.48	2.13	
		<i>p</i>	.76	.12	.04	.00	.02	.00	
	Población general (n = 300)	Consistencia	α	.94	.91	.85	.88	.91	.87
			<i>M</i>	65.04	23.33	13.07	10.26	17.92	23.80
		Descriptivos de la distribución	<i>Mdn</i>	66	24	13	10	18	25
<i>DE</i>			20.15	9.29	5.38	4.70	6.88	7.46	
<i>S</i>			-0.13	0.18	0.21	0.23	-0.08	-0.46	
<i>C</i>			-0.61	-0.77	-0.75	-1.01	-0.83	-0.65	
Normalidad		Z_{k-s}	0.76	1.22	1.16	1.86	1.18	1.72	
		<i>p</i>	.62	.10	.13	.00	.12	.00	
Equivalencia de varianzas		<i>F</i>	0.00	2.98	4.13	3.61	1.86	0.28	
		<i>p</i>	.99	.08	.04	.06	.17	0.59	
Total* (N = 600)		Diferencia de medias	<i>T</i>	3.39	1.13	1.03	1.07	3.61	4.30
	<i>GI</i>		598	598	594.13	598	598	598	
	<i>p</i>		.00	.26	.30	.28	.00	.00	
	<i>DM</i>		5.60	0.90	0.47	0.43	2.09	2.61	
	<i>EE</i>		1.65	0.80	0.46	0.40	0.58	0.61	

S = Sesgo o asimetría y C = Curtosis. Muestra conjunta: *EE* de S = .10 y *EE* de C = .20. Muestras de seropositivos y población general: *EE* de S = .14 y *EE* de C = .28. EAM22: PT = Puntaje total, APM = Ansiedad con lo Posterior a la Muerte (2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19), PDM = Preocupación por lo que vendrá Después de la Muerte (2, 3, 4, 10 y 19), AC = Ansiedad Claustrofóbica (13, 14, 15 y 16), EPM = Evitar Pensar en la Muerte (11, 12, 22, 23, 24 y 25) y AAM = Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte (1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18). *Se contrasta la equivalencia de las varianzas por la prueba de Levene y diferencias de medias por la prueba *t* de Student entre las muestras de seropositivos y de población general.

Diferencias por Sexo

En la muestra clínica las mujeres promedian significativamente más alto que los hombres en el puntaje total y los cinco factores; no obstante, la asociación entre ambas variables es débil por el coeficiente de correlación biserial-puntual, variando de .23 a .12. En la muestra de población general las medias son estadísticamente equivalentes entre mujeres y hombres (véase Tabla 11).

Tabla 11

Diferencia de medias entre sexos en la muestra de seropositivos y de población general y asociación con el sexo

EAM-22	Sexo	Descriptivos		Levene		Student		Diferencia		rbp	
		M	DE	F	p	t	gl	p	DM		EE
Muestra de seropositivos											
PT	H	67.35	19.70	0.02	.88	-4.07	298	.00	-9.90	2.43	.23**
	M	77.25	20.15								
APM	H	22.63	9.54	3.89	.04	-3.74	177.06	.00	-4.78	1.28	.22**
	M	27.42	10.85								
PDM	H	12.65	5.42	4.12	.04	-3.61	175.06	.00	-2.64	0.73	.21**
	M	15.30	6.25								
AC	H	9.98	4.92	2.36	.12	-3.42	298	.00	-2.14	0.63	.19**
	M	12.12	5.46								
EPM	H	18.96	7.26	0.54	.46	-3.60	298	.00	-3.16	0.88	.20**
	M	22.12	6.96								
AAM	H	25.75	7.46	0.92	.34	-2.17	298	.03	-1.95	0.90	.12*
	M	27.71	7.15								
Muestra de población general											
PT	H	63.91	20.76	1.08	.30	-1.38	298	.17	-3.41	2.46	.08
	M	67.32	18.76								
APM	H	23.08	9.80	4.15	.04	-0.69	231.70	.49	-.74	1.07	.04
	M	23.82	8.21								
PDM	H	12.93	5.62	2.25	.13	-0.62	298	.53	-.41	.66	.04
	M	13.34	4.88								
AC	H	10.15	4.81	0.28	.60	-0.57	298	.57	-.33	.58	.03
	M	10.48	4.50								
EPM	H	17.57	7.04	0.95	.33	-1.25	298	.21	-1.05	.84	.07
	M	18.62	6.54								
AAM	H	23.26	7.45	0.03	.87	-1.78	298	.08	-1.62	.91	.10
	M	24.88	7.39								

** $p < .01$ y * $p < .05$ para rbp. EAM22: PT = Puntaje total, APM = Ansiedad con lo Posterior a la Muerte, PDM = Preocupación por lo que vendrá Después de la Muerte, AC = Ansiedad Claustrofóbica, EPM = Evitar Pensar en la Muerte y AAM = Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte. H = hombres, M = mujeres.

Diferencias por Estado Civil

Por análisis de varianza, en la muestra conjunta, existe diferencia significativa entre los cinco grupos de estado civil en el puntaje total de EAM22 y los factores de APM, PDM y AC. Al mantenerse equivalencia de varianza entre los cinco grupos los contrastes por pares se realizan por la prueba LSD. En el puntaje total hay diferencia significativa entre viudos con solteros, casados y divorciados/separados, promediando más alto los viudos, además hay diferencia entre solteros y unión libre, promediando más alto los que viven en unión libre. En el factor APM se hallan estas mismas diferencias, además las personas en unión libre promedian más alto que los divorciados/separados. En el factor PDM se hallan las mismas diferencias que en APM. En el factor AC las diferencias son entre viudos con solteros, casados y divorciados, promediando más alto los viudos, además entre unión y divorciados/separados, promediando más alto los de unión libre. En el factor EPM en las comparaciones por pares sí hay diferencia entre solteros y viudos, promediando más alto los viudos. Estas mismas diferencias se observan en la muestra clínica, salvo entre los grupos de casados y viudos en el puntaje total y los factores APM, PDM y AC. En la muestra de población general ninguna resulta significativa (véanse Tablas 12, 13, 14 y 15).

Tabla 12

Medias y desviación estándar por grupos de estado civil en las tres muestras

VD	Estado civil	Conjunta			Clínica			General		
		N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE
PT	Soltero	296	66.62	20.50	189	68.50	20.63	107	63.30	19.93
	Unión libre	53	73.64	21.69	29	78.52	22.28	24	67.75	19.83
	Casado	205	67.70	19.88	52	73.27	19.02	153	65.80	19.87
	Divorciado/ separado	36	65.972	19.97	22	67.55	16.22	14	63.50	25.26
	Viudo	10	83.40	16.06	8	84.50	13.65	2	79.00	31.11
	Total	600	67.85	20.43	300	70.65	20.36	300	65.05	20.15
APM	Soltero	296	23.35	9.69	189	23.47	9.96	107	23.15	9.24
	Unión libre	53	26.70	10.58	29	28.34	11.35	24	24.70	9.42
	Casado	205	23.87	9.38	52	25.08	10.61	153	23.46	8.93
	Divorciado/ separado	36	20.50	10.27	22	20.45	8.72	14	20.57	12.70
	Viudo	10	30.90	8.17	8	32.25	5.55	2	25.50	17.68
	Total	600	23.78	9.77	300	24.23	10.23	300	23.33	9.30
PDM	Soltero	296	13.017	5.49	189	13.04	5.59	107	12.98	5.34
	Unión libre	53	14.92	6.05	29	15.86	6.38	24	13.79	5.55
	Casado	205	13.42	5.55	52	14.33	6.38	153	13.11	5.23
	Divorciado/ separado	36	11.56	5.70	22	11.36	4.80	14	11.86	7.08
	Viudo	10	17.00	4.88	8	17.75	4.13	2	14.00	8.49
	Total	600	13.30	5.61	300	13.54	5.83	300	13.07	5.38
AC	Soltero	296	10.33	4.97	189	10.43	5.13	107	10.17	4.69
	Unión libre	53	11.77	5.26	29	12.49	5.72	24	10.92	4.62
	Casado	205	10.45	4.71	52	10.75	5.09	153	10.35	4.59
	Divorciado/ separado	36	8.94	5.23	22	9.10	4.87	14	8.7143	5.93
	Viudo	10	13.90	4.82	8	14.50	3.96	2	11.50	9.19
	Total	600	10.48	4.96	300	10.69	5.20	300	10.26	4.70
EPM	Soltero	296	18.38	7.35	189	19.23	7.47	107	16.90	6.90
	Unión libre	53	20.45	6.85	29	21.28	7.79	24	19.46	5.51
	Casado	205	19.03	6.82	52	20.88	6.91	153	18.40	6.69
	Divorciado/ separado	36	20.06	7.99	22	21.68	6.15	14	17.50	9.97
	Viudo	10	23.10	5.49	8	23.75	4.50	2	20.50	10.60
	Total	600	18.97	7.17	300	20.01	7.30	300	17.92	6.89
AAM	Soltero	296	24.88	7.45	189	25.80	7.47	107	23.25	7.16
	Unión libre	53	26.49	7.93	29	28.90	6.82	24	23.58	8.33
	Casado	205	24.80	7.38	52	27.31	6.60	153	23.95	7.46
	Divorciado/ separado	36	25.42	8.27	22	25.41	8.46	14	25.43	8.24
	Viudo	10	29.40	7.89	8	28.50	8.62	2	33.00	2.83
	Total	600	25.10	7.54	300	26.41	7.40	300	23.80	7.46

EAM22: PT = Puntaje total, APM = Ansiedad con lo Posterior a la Muerte, PDM = Preocupación por lo que vendrá Después de la Muerte, AC = Ansiedad Claustrofóbica, EPM = Evitar Pensar en la Muerte y AAM = Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte.

Tabla 13

Comparación de medias por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene en la muestra conjunta

VD	ANOVA						Levene			
	FV	SC	gl	MC	F	p	F	gl1	gl2	p
PT	Intergrupos	4776.53	4	1194.13	2.90	.02	.51	4	595	.73
	Intragrupo	245332.67	595	412.32						
	Total	250109.20	599							
APM	Intergrupos	1401.54	4	350.39	3.73	.00	.85	4	595	.50
	Intragrupo	55811.97	595	93.80						
	Total	57213.52	599							
PDM	Intergrupos	412.97	4	103.24	3.33	.01	.72	4	595	.58
	Intragrupo	18439.42	595	30.99						
	Total	18852.40	599							
AC	Intergrupos	297.00	4	74.25	3.06	.02	.60	4	595	.67
	Intragrupo	14428.67	595	24.25						
	Total	14725.67	599							
EPM	Intergrupos	431.49	4	107.87	2.11	.08	1.16	4	595	.33
	Intragrupo	30345.84	595	51.00						
	Total	30777.33	599							
AAM	Intergrupos	323.54	4	80.88	1.43	.22	.63	4	595	.64
	Intragrupo	33706.06	595	56.65						
	Total	34029.59	599							

EAM22: PT = Puntaje total, APM = Ansiedad con lo Posterior a la Muerte, PDM = Preocupación por lo que vendrá Después de la Muerte, AC = Ansiedad Claustrofóbica, EPM = Evitar Pensar en la Muerte y AAM = Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte.

Tabla 14

Comparación de medias por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene en la muestra clínica

VD	ANOVA						Levene			
	FV	SC	gl	MC	F	p	F	gl1	gl2	p
PT	Intergrupos	4774.08	4	1193.52	2.95	.02	1.26	4	295	.29
	Intragrupo	119222.18	295	404.14						
	Total	123996.25	299							
APM	Intergrupos	1466.91	4	366.73	3.63	.00	1.82	4	295	.13
	Intragrupo	29820.23	295	101.09						
	Total	31287.13	299							
PDM	Intergrupos	482.37	4	120.59	3.67	.00	2.24	4	295	.06
	Intragrupo	9686.22	295	32.84						
	Total	10168.60	299							
AC	Intergrupos	278.69	4	69.67	2.64	.03	.96	4	295	.43
	Intragrupo	7801.10	295	26.44						
	Total	8079.79	299							
EPM	Intergrupos	375.36	4	93.84	1.78	.13	1.74	4	295	.14
	Intragrupo	15574.59	295	52.80						
	Total	15949.95	299							
AAM	Intergrupos	347.55	4	86.89	1.60	.18	1.33	4	295	.26
	Intragrupo	16040.84	295	54.38						
	Total	16388.39	299							

Tabla 15

Comparación de medias por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene en la muestra de población general

VD	ANOVA					
	FV	SC	gl	MC	F	p
PT	Intergrupos	1012.80	4	253.20	.62	.65
	Intragrupo	120390.55	295	408.10		
	Total	121403.35	299			
APM	Intergrupos	167.52	4	41.88	.48	.75
	Intragrupo	25636.47	295	86.90		
	Total	25803.99	299			
PDM	Intergrupos	35.92	4	8.98	.31	.87
	Intragrupo	8614.75	295	29.20		
	Total	8650.67	299			
AC	Intergrupos	48.92	4	12.23	.55	.70
	Intragrupo	6568.80	295	22.27		
	Total	6617.72	299			
EPM	Intergrupos	219.57	4	54.89	1.16	.33
	Intragrupo	13950.51	295	47.29		
	Total	14170.08	299			
AAM	Intergrupos	242.97	4	60.74	1.09	.36
	Intragrupo	16379.03	295	55.52		
	Total	16622.00	299			

EAM22: PT = Puntaje total, APM = Ansiedad con lo Posterior a la Muerte, PDM = Preocupación por lo que vendrá Después de la Muerte, AC = Ansiedad Claustrofóbica, EPM = Evitar Pensar en la Muerte y AAM = Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte.

Correlaciones de EAM-22 con las variables socio-demográficas en ambas muestras y con las variables clínicas en seropositivos

En la muestra conjunta las correlaciones con las variables socio-demográficas son bajas. Mediante el coeficiente producto-momento de Pearson, el puntaje total de EAM-22 y sus factores correlacionan con la escolaridad con valores de -.14 a -.24, pero son independientes de la edad. A menor escolaridad, se puntúa más en ansiedad ante la muerte. Por el coeficiente biserial-puntual, el puntaje total y sus factores correlacionan de forma positiva con el sexo con valores de .11 a .15, esto es, un mayor puntaje en ansiedad se asocia con ser mujer y menor puntaje con ser hombre. Por el coeficiente eta existe asociación del puntaje total de EAM-22 y sus factores post mortem (APM, PDM y AC) con el estado civil, fluctuando los valores de .14 a .16. Mayor ansiedad se da en viudos, personas en unión libre y casados. Menor ansiedad aparece en personas sin parejas con las que convivan diariamente (solteros y divorciados/separados) (véase Tabla 16).

Tabla 16

Correlaciones de EAM-22 con las variables socio-demográficas en la muestra conjunta (N = 600)

		EAM-22					
		PT	APM	PDM	AC	EPM	AAM
Sexo	<i>rbp</i>	.15	.13	.13	.12	.14	.11
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.01
Edad	<i>r</i>	-.01	-.02	-.02	-.02	-.01	.02
	<i>p</i>	.87	.63	.68	.64	.83	.69
Esc.	<i>r</i>	-.23	-.18	-.14	-.19	-.24	-.17
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00
Est. civil	<i>eta</i>	.14	.16	.15	.14	.12	.10
	<i>p</i>	.02	.00	.01	.02	.08	.22

EAM22: PT = Puntaje total, APM = Ansiedad con lo Posterior a la Muerte, PDM = Preocupación por lo que vendrá Después de la Muerte, AC = Ansiedad Claustrofóbica, EPM = Evitar Pensar en la Muerte, AAM = Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte. Variables socio-demográficas: Esc.= Escolaridad, Est. Civil= Estado civil.

En la muestra de seropositivos, por el coeficiente producto-momento de Pearson, el puntaje total y los factores de EAM-22 correlacionan con la escolaridad con valores de -.17 a -.28, pero son independientes de la edad. A menor escolaridad mayor puntuación en ansiedad ante la muerte; por el

coeficiente biserial-puntual, el puntaje total y los factores de EAM-22 correlacionan de forma positiva con el sexo con valores de .12 a .23, esto es, mayor puntaje en ansiedad ante la muerte se asocia con ser mujer y menor puntaje con ser hombre; por el coeficiente eta existe asociación del puntaje total de EAM-22 y sus factores post mortem (APM, PDM y AC) con el estado civil con valores de .19 a .22. Mayor ansiedad se da en viudos, personas en unión libre y casados. Menor ansiedad aparece en personas sin parejas con las que convivan diariamente (solteros y divorciados/separados) (véase Tabla 17). En relación con las variables clínicas, en la muestra de seropositivos, de las 30 correlaciones calculadas sólo una es significativa, el tiempo de diagnóstico con PDM, siendo una correlación baja y negativa ($r = -.11$, $p = .04$). A mayor tiempo transcurrido se reporta menos preocupación por lo que vendrá después de la muerte (véase Tabla 17).

En la muestra de población general sólo hay correlación entre escolaridad y EPM ($r = -.15$, $p = .01$). A menor escolaridad, se puntúa más en evitar pensar en la muerte (véase Tabla 17).

Tabla 17

Correlaciones de EAM-22 con las variables socio-demográficas en seropositivos y población general y con clínicas en seropositivos

		EAM-22											
		Seropositivos ($n = 300$)					Población General ($n = 300$)						
		PT	APM	PDM	AC	EPM	AAM	PT	APM	PDM	AC	EPM	AAM
Variables socio-demográficas													
Sexo	<i>rbp</i>	.23	.22	.21	.19	.20	.12	.08	.04	.04	.03	.07	.10
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.03	.17	.52	.53	.57	.21	.08
Edad	<i>r</i>	-.02	-.03	-.04	-.02	-.02	.02	.00	-.01	.00	-.02	.01	.02
	<i>p</i>	.78	.62	.53	.77	.70	.78	.94	.87	.95	.70	.92	.77
Esc.	<i>r</i>	-.28	-.25	-.20	-.27	-.25	-.17	-.11	-.07	-.05	-.08	-.15	-.07
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.06	.23	.36	.18	.01	.25
Est. civil	<i>eta</i>	.20	.22	.22	.19	.15	.15	.09	.08	.06	.09	.12	.12
	<i>p</i>	.02	.01	.01	.03	.13	.17	.65	.75	.87	.70	.33	.36
Variables clínicas													
TDx	<i>r</i>	-.11	-.09	-.11	-.04	-.11	-.07						
	<i>p</i>	.06	.13	.04	.44	.06	.25						
CD4	<i>r</i>	.03	.03	-.01	.08	.01	.02						
	<i>p</i>	.76	.71	.87	.36	.93	.81						
CV	<i>rbp</i>	-.07	-.06	-.04	-.07	-.10	-.01						
	<i>p</i>	.34	.42	.60	.32	.15	.94						
ES	<i>rbp</i>	-.07	-.09	-.06	-.10	-.01	-.07						
	<i>p</i>	.20	.13	.26	.08	.88	.21						
Med	<i>rbp</i>	-.00	.00	.02	-.02	-.02	.01						
	<i>p</i>	.94	.99	.74	.70	.76	.92						

EAM22: PT = Puntaje total, APM = Ansiedad con lo Posterior a la Muerte, PDM = Preocupación por

lo que vendrá Después de la Muerte, AC = Ansiedad Claustrofóbica, EPM = Evitar Pensar en la Muerte, AAM = Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte. Variables socio-demográficas: Esc.= Escolaridad, Est. Civil= Estado civil. Variables clínicas: TDx= Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH+, CD4 = Conteo de CD4, CV = Carga viral (detectable o indetectable), ES = Percepción del estado de salud (sintomático o asintomático) y Med. = Toma o no medicamentos antivirales (sí o no).

Consistencia y distribución de los factores originales del CAE

En la muestra conjunta, los valores de consistencia interna de cuatro factores (con sus indicadores originales) son altos: BAS ($\alpha = .88$), RLG ($\alpha = .84$), FSP ($\alpha = .77$) y EEA ($\alpha = .70$). Dos poseen una consistencia adecuada: EVT ($\alpha = .65$) y REP ($\alpha = .61$) y uno baja: AFN ($\alpha = .52$). Sólo las distribuciones de BAS ($Z_{K-S} = 1.36$, $p = .05$) y EVT ($Z_{K-S} = 1.28$, $p = .07$) se ajustan a una curva normal. Las distribuciones de EEA ($Sk = 0.63$, $EE = 0.10$), RLG ($Sk = 0.37$, $EE = 0.10$) y AFN ($Sk = 0.33$, $EE = 0.10$) tienen asimetría positiva (toman más peso los valores por debajo de la media o valores bajos). Las distribuciones de FSP ($Sk = -0.36$, $EE = 0.10$) y REP ($Sk = -0.36$, $EE = 0.10$) son asimétricas negativas (toman más peso los valores por encima de la media o valores altos). La distribución de RLG a su vez es aplanada ($K = -0.59$, $EE = 0.20$). Al considerar las dimensiones o factores de segundo orden: estilo de afrontamiento positivo (EAP = BAS + RLG + FSP + REP) y negativo (EAN = EEA + AFN + EVT), los valores de consistencia interna son: alto para la primera dimensión ($\alpha = .87$) y adecuado para la segunda ($\alpha = .69$). La distribución de EAP se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 0.71$, $p = .69$) y también el EAN ($Z_{K-S} = 1.14$, $p = .15$). En esta dimensión se considera a la Religión como parte de la dimensión EAP como recomiendan González y Landero (2007) para población mexicana (véase Tabla 18).

En la muestra de personas seropositivas, los valores de consistencia interna son semejantes a los obtenidos en la muestra conjunta. Cuatro factores tienen valores altos: BAS ($\alpha = .88$), RLG ($\alpha = .85$), FSP ($\alpha = .76$), EEA ($\alpha = .71$), dos adecuados: EVT ($\alpha = .63$) y REP ($\alpha = .60$) y uno bajo: AFN ($\alpha = .46$). Las distribuciones de FSP ($Z_{K-S} = 1.33$, $p = .06$), EVT ($Z_{K-S} = 0.89$, $p = .39$) y REP ($Z_{K-S} = 1.30$, $p = .06$) se ajustan a una curva normal. Las distribuciones de EEA ($Sk = 0.74$, $EE = 0.14$), RLG ($Sk = 0.38$, $EE = 0.14$) y AFN ($Sk = 0.29$, $EE = 0.14$) son

asimétricas positivas y la de BAS ($K = -0.99$, $EE = 0.28$) es aplanada. En relación con las dimensiones, EAP tiene consistencia interna alta ($\alpha = .87$) y su distribución se ajusta a un curva normal ($Z_{K-S} = 0.67$, $p = .77$); EAN tiene consistencia interna adecuada ($\alpha = .68$) y su distribución también se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.13$, $p = .16$) (véase Tabla 18).

En la muestra de población general, también resultan similares los valores de consistencia interna, siendo altos para BAS ($\alpha = .88$), RLG ($\alpha = .84$), FSP ($\alpha = .80$) y EEA ($\alpha = .70$), adecuados para EVT ($\alpha = .68$) y REP ($\alpha = .64$) y bajos para AFN ($\alpha = .56$). Las distribuciones de BAS ($Z_{K-S} = 0.95$, $p = .33$), RLG ($Z_{K-S} = 1.05$, $p = .22$), AFN ($Z_{K-S} = 1.27$, $p = .08$), REP ($Z_{K-S} = 1$, $p = .26$) y EVT ($Z_{K-S} = 1.30$, $p = .07$) se ajustan a una curva normal. La distribución de EEA es asimétrica positiva ($Sk = 0.55$, $EE = 0.14$) y la de FSP asimétrica negativa ($Sk = -0.39$, $EE = 0.14$). En relación con las dimensiones, EAP tiene consistencia interna alta ($\alpha = .88$) y su distribución se ajusta a un curva normal ($Z_{K-S} = 0.71$, $p = .69$), al igual que EAN, cuya consistencia interna es de $\alpha = .72$ y su distribución también es normal ($Z_{K-S} = .94$, $p = .34$) (véase Tabla 18).

Tabla 18

Consistencia, descriptivos, ajuste a la normalidad y contraste de medias

CAE-42 (original)		BAS	EEA	RLG	FSP	EVT	AFN	REP	EAP	EAN
		6	6	6	6	6	6	6	24	18
<i>Muestra conjunta</i>										
Consistencia	α	.88	.70	.84	.77	.65	.52	.61	.87	.69
	<i>M</i>	11.09	7.52	9.92	14.93	12.23	9.28	15.76	51.71	29.04
	<i>Mdn</i>	11	7	9	15	12	9	16	52	29
Descriptivos de la distribución	<i>DE</i>	6.60	4.53	6.28	5.30	5.04	4.17	4.40	16.28	9.80
	<i>Sk</i>	0.08	0.63	0.37	-0.36	-0.05	0.33	-0.36	-0.15	0.12
	<i>K</i>	-0.85	0.22	-0.59	-0.35	-0.41	0.09	0.10	-0.10	0.17
	<i>Min</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	<i>Max</i>	24	24	24	24	24	24	24	92	60
Normalidad	Z_{K-S}	1.36	2.32	1.83	1.85	1.28	1.90	1.50	.71	1.14
	<i>p</i>	.05	.00	.00	.00	.07	.00	.02	.69	.15
<i>Muestra de seropositivos</i>										
Consistencia	α	.88	.71	.85	.76	.63	.46	.60	.87	.68
	<i>M</i>	10.29	7.05	10.47	14.64	12.39	10.19	16.06	51.46	29.63
	<i>Mdn</i>	10	6	10	15	12	10	16	52	29
Descriptivos de la distribución	<i>DE</i>	6.95	4.63	6.51	5.56	5.21	4.19	4.71	17.34	9.84
	<i>Sk</i>	0.21	0.74	0.38	-0.31	0.01	0.29	-0.43	-0.12	.26
	<i>K</i>	-0.99	0.50	-0.66	-0.53	-0.53	-0.05	-0.15	-0.25	.02
	<i>Min</i>	0	0	0	1	0	0	1	4	7
	<i>Max</i>	24	24	24	24	24	24	24	92	60
Normalidad	Z_{K-S}	1.47	1.76	1.57	1.33	.89	1.61	1.30	0.67	1.13
	<i>p</i>	.03	.00	.01	.06	.39	.01	.06	.77	.16
<i>Muestra de población general</i>										
Consistencia	α	.88	.70	.84	.80	.68	.56	.64	.88	.72
	<i>M</i>	11.89	7.99	9.37	15.21	12.07	8.38	15.46	51.96	28.44
	<i>Mdn</i>	12	8	9	15	12.50	8	15.50	52	28.50
Descriptivos de la distribución	<i>DE</i>	6.13	4.40	5.99	5.01	4.87	3.95	4.06	15.17	9.73
	<i>Sk</i>	0.01	0.55	0.32	-0.39	-0.15	0.35	-0.26	-0.18	-0.02
	<i>K</i>	-0.59	0.03	-0.59	-0.14	-0.28	0.30	0.52	0.05	0.27
	<i>Min</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	<i>Max</i>	24	22	24	24	24	24	24	90	59
Normalidad	Z_{K-S}	.95	1.78	1.05	1.50	1.30	1.27	1.00	.71	.94
	<i>p</i>	.33	.00	.22	.02	.07	.08	.26	.69	.34
Levene*	<i>F</i>	11.76	1.06	2.66	5.23	1.68	1.71	7.74	4.498	.040
	<i>p</i>	.00	.30	.10	.02	.20	.19	.01	.034	.84
Student*	<i>t</i>	-2.98	-2.55	2.15	-1.40	.761	5.46	1.67	-.38	1.49
	<i>gl</i>	588.74	598	598	592.69	598	598	585.25	587.62	598
	<i>p</i>	.00	.01	.03	.16	.45	.00	.09	.70	.14
	<i>DM</i>	-1.59	-0.94	1.10	-0.61	0.31	1.82	0.60	-.50	1.19
	<i>EE</i>	0.53	0.37	0.51	0.43	0.41	0.33	0.36	1.33	0.80

EE de *Sk* = 0.10 y *EE* de *K* = 0.20 en la muestra conjunta, *EE* de *Sk* = 0.14 y *EE* de *K* = 0.28 en la muestra de seropositivos y de población general. Factores de primer orden del CAE: BAS = Búsqueda de apoyo social (6, 13, 20, 27, 34 y 41), REP = Reevaluación positiva (3, 10, 17, 24, 31 y 38), FSP = Focalización en la solución de problemas (1, 8, 15, 22, 29 y 36), RLG = Religión (7, 14, 21, 28, 35 y 42), EEA = Expresión emocional abierta (4, 11, 18, 25, 32 y 39), AFN = Autofocalización negativa (2, 9, 16, 23, 30 y 37) y EVT = Evitación (5, 12, 19, 26, 33 y 40). Factores de segundo orden desde el estudio de González y Landero (2007): EAP24 = Estilo de afrontamiento positivo (BAS6 + RLG6 + FSP6 + REP6) y EAN18 = Estilo de afrontamiento negativo (EEA6 + AFN6+ EVT6). Se contrasta la equivalencia de las varianzas y diferencias de medias entre las muestras de PVVS y de población general.

Nivel de las Estrategias y Estilos de Afrontamiento Dominantes en la Muestra Clínica y Población General

En la muestra de seropositivos, la media del factor BAS dividido por 6 (número de ítems) es 1.71, redondeando sería 2, lo que corresponde a una respuesta de “a veces” dentro de un rango de 5 puntos (de 0 *nunca* a 4 *casi siempre*), igual aplicaría para los factores de RLG (1.74 \approx 2), FSP (2.44 \approx 2), EVT (2.06 \approx 2), AFN (1.71 \approx 2) y para los dos estilos de afrontamientos EAP (2.14 \approx 2) y EAN (1.64 \approx 2). La media de EEA dividida por 6 (número de ítems) es de 1.17, lo que corresponde a una respuesta de 1 “*pocas veces*”. Y la media de REP dividida por 6 (número de ítems) es de 2.70, lo que corresponde a una respuesta de 3 “*frecuentemente*”.

En la muestra de población general, la media del factor BAS dividido por 6 (número de ítems) es 1.98, redondeando sería 2, lo que corresponde a una respuesta de “a veces”, igual aplicaría para los factores de RLG (1.56 \approx 2), FSP (2.53 \approx 2), EVT (2.01 \approx 2) y para los dos estilos de afrontamientos EAP (2.16 \approx 2) y EAN (1.58 \approx 2). La media de EEA dividida por 6 (número de ítems) es de 1.33, lo que corresponde a una respuesta de 1 “*pocas veces*”, igual que el factor AFN (1.40 \approx 1). Y la media de REP dividida por 6 (número de ítems) es de 2.58, lo que corresponde a una respuesta de 3 “*frecuentemente*”.

Por lo tanto, la muestra clínica destaca en Reevaluación positiva, utilizando con menor frecuencia la Expresión emocional y en ocasiones las demás estrategias y estilos de afrontamiento. En la muestra de población general, también destaca la Reevaluación positiva y el utilizar con menor frecuencia la Expresión emocional, además de un menor uso como estrategia de afrontamiento la Autofocalización negativa.

Diferencia de medias (CAE-42) en las siete estrategias y dos estilos de afrontamiento entre seropositivos y población general

Existe diferencia significativa en las estrategias de Búsqueda de apoyo social (BAS), Expresión emocional abierta (EEA), Religión (RLG) y Autofocalización negativa (AFN). Con base a la definición original (CAE-42), las personas que viven con VIH/SIDA acuden con más frecuencia a la religión y a la autofocalización negativa, pero con menos frecuencia a la búsqueda de apoyo social y a la expresión emocional (véanse Tabla 18).

Contraste de medias del CAE-42 en la muestra de población general con los estudios de Sandín y Chorot (2003), González y Landero (2007) y con la muestra clínica

La muestra de población general de este estudio presenta un promedio significativamente menor en el factor de Búsqueda de apoyo social (BAS) en comparación con el estudio de Sandín y Chorot (2003) y de González y Landero (2007); y en el factor de Reevaluación positiva (REP) con el último estudio. Sin embargo, los promedios de los factores de Expresión emocional abierta (EEA), Religión (RLG), Focalización en la solución de problemas (FSP), Evitación (EVT) y Autofocalización negativa (AFN) son significativamente mayores en comparación con las medias de los estudios antes mencionados. Únicamente hay equivalencia de medias en el factor de FSP del estudio de González y Landero (2007) (véase Tabla 19).

Tabla 19

Contraste de medias de la muestra de población general del presente estudio con las muestras de estudiantes universitarios de Sandín y Chorot (2003) y González y Landero (2007) y con la muestra clínica

Estudios	Muestras Contrastadas	Factores	Descriptivos		T-Test		
			<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>DM</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sandín y Chorot (2003)	Estudiantes universitarios españoles (<i>n</i> = 592)*	BAS	12.87	6.46	-0.98	-2.78	.00
		EEA	6.14	3.65	1.85	7.30	.00
		RLG	5.76	5.37	3.61	10.42	.00
		FSP	13.58	5.09	1.63	5.64	.00
		EVT	9.16	4.48	2.91	10.36	.00
		AFN	6.22	3.54	2.16	9.46	.00
		REP	13.90	4.06	1.56	6.68	.00
González y Landero (2007)	Estudiantes universitarios mexicanos (<i>n</i> = 365)*	BAS	13.76	6.00	-1.87	-5.29	.00
		EEA	5.75	3.89	2.24	8.83	.00
		RLG	7.42	5.91	1.95	5.63	.00
		FSP	15.41	4.64	-0.20	-0.68	.50
		EVT	9.58	3.84	2.49	8.86	.00
		AFN	5.69	3.45	2.69	11.78	.00
		REP	16.04	3.68	-2.46	-0.58	.01
Moral y Miaja (2011)	Población general (<i>n</i> = 300)**	BAS	11.89	6.13			
		EEA	7.99	4.40			
		RLG	9.37	5.99			
		FSP	15.21	5.01			
		EVT	12.07	4.87			
		AFN	8.38	3.95			
		REP	15.46	4.06			
		EAN	51.96	15.17			
	Seropositivos (<i>n</i> = 300)	BAS	10.29	6.95	-1.59	-2.98	.00
		EEA	7.05	4.63	-0.94	-2.55	.01
		RLG	10.47	6.51	1.10	2.15	.03
		FSP	14.64	5.56	-0.61	-1.40	.16
		EVT	12.39	5.21	0.31	.760	.45
		AFN	10.19	4.19	1.82	5.46	.00
REP	16.06	4.71	0.60	1.67	.09		
EAP	51.46	17.34	-.50	-.38	.70		
EAN	29.63	9.84	1.19	1.49	.14		

CAE-42: Componentes de primer orden: BAS= Búsqueda de apoyo social, EEA = Expresión emocional abierta, RLG = Religión, FSP = Focalización en la solución de problemas, EVT = Evitación, AFN = Auto-focalización negativa, REP = Reevaluación positiva. Componentes de segundo orden desde el estudio de González y Landero (2007): EAP24 = Estilo de afrontamiento positivo (BAS6 + RLG6 + FSP6 + REP6) y EAN18 = Estilo de afrontamiento negativo (EEA6 + AFN6+ EVT6). Muestra contrastada: * con la muestra de población general de Miaja y Moral (2011) y ** la muestra clínica de Miaja y Moral (2011).

Análisis factorial exploratorio del CAE en la muestra conjunta

Al extraer los factores por Componentes Principales con base en el criterio de Kaiser se definen nueve, los cuales explican el 56.22% de la varianza total (véase Tabla 20). El primero corresponde a los ítems de FSP y dos de REP (3 y 10), el segundo factor agrupa cinco ítems de EEA, el tercero agrupa los seis ítems de BAS, el cuarto agrupa los seis ítems de RLG, el quinto agrupa dos de AFN (16 y 37), uno de REP (38) y uno de EEA (39), el sexto está formado por tres de EVT (5, 12, 26), el séptimo está formado por cuatro de AFN (2, 9, 23 y 30) y uno de EVT (40), y el octavo está conformado por dos ítems de EVT (19 y 33) y el noveno está formado por tres ítems de REP (17, 24 y 31). Los factores de Búsqueda de apoyo social y Religión se reproducen exactamente. Se aproximan mucho los factores Focalización en la solución del problema y Expresión emocional abierta. Los tres restantes (Evitación, Autofocalización negativa y Reevaluación positiva) se desdoblán y mezclan.

Desde la propuesta del cuestionario original se extraen siete componentes que explican el 50.91% de la varianza (véase Tabla 20). Al rotar la matriz de componentes por el método Oblimín, se define un primer componente con los seis ítems de FSP, además aparecen con saturaciones mayores a .40 dos ítems de REP (3 y 10). Así se trata del componente de Focalización en la solución de problemas. El segundo componente incluye cinco ítems de EEA (4, 11, 18, 25 y 32). Se trata del componente de Expresión emocional abierta. Los cinco ítems muestra consistencia interna alta ($\alpha = .78$), incluso mayor que al incluir al ítem 39. El tercero abarca los seis ítems de Búsqueda de apoyo social. El cuarto está compuesto por los seis ítems de Religión. El quinto mezcla tres ítems de REP (17, 31 y 38) con tres ítems de AFN (16, 30 y 37), además aparece uno de EEA (39). Se podría interpretar como un factor de Resignación-lucha. Los 7 ítems tienen una consistencia interna adecuada ($\alpha = .63$). El sexto incluye cinco ítems de EVT, cuatro de ellos con cargas mayores a .40 (5, 12, 19, 26) y uno con carga menor a .40 (40), además aparece un ítem de REP (24) con carga factorial mayor a .40. Se trata del componente de Evitación. La consistencia interna de los cuatro ítems con

carga mayor a .40 es adecuada ($\alpha = .65$) y no se incrementa al incluir el ítem 40. El séptimo está compuesto por tres ítems de AFN (2, 9 y 23). Refleja un contenido de indefensión. La consistencia interna es adecuada ($\alpha = .60$) (véase Tabla 21).

Se logra reproducir por Componentes Principales con la rotación Oblimín los siete factores esperados si se eliminan todos los ítems que resultaron con cargas menores a .40 o que aparecieron fuera del componente esperado en la matriz de patrones anterior: 3, 10 y 24 de REP, 16, 30 y 37 de AFN, 33 y 40 de EVT, 39 de EEA, así nos quedaríamos con 33 ítems. Con los 7 factores se explica el 56.57% de la varianza total (véase Tabla 20). El primer componente integra los seis ítems de Búsqueda de apoyo social, el segundo cinco ítems de Expresión emocional abierta (4, 11, 18, 25 y 32), el tercero los seis ítems de Religión, el cuarto los seis ítems de Focalización en la solución de problemas, el quinto cuatro ítems de Evitación (5, 12, 19 y 26), el sexto tres ítems de Reevaluación positiva (17, 31 y 38) con un coeficiente alfa de .48 y el séptimo tres ítems de Autofocalización negativa (2, 9 y 23) con un coeficiente alfa de .60. Como inicialmente se observó cuatro factores tienen consistencia interna alta (BAS, EEA, RLG y FSP), dos adecuada (EVT y AFN) y uno baja (REP) (véase Tabla 22).

Tabla 20

Autovalores y varianza total explicada con los siete factores de primer orden del CAE en la muestra conjunta

Componentes	Autovalores iniciales mayores a 1			Extracción de la suma cuadrada de las saturaciones			Rotación de la suma cuadrada de las saturaciones
	Total	% de varianza	% Acumulado	Total	% de varianza	% Acumulado	Total
<i>CAE-42 Kaiser</i>							
1	7.23	17.21	17.21	7.23	17.21	17.21	4.49
2	4.10	9.77	26.97	4.10	9.77	26.97	3.24
3	2.80	6.66	33.63	2.80	6.66	33.63	5.14
4	2.38	5.66	39.29	2.38	5.66	39.29	4.43
5	1.89	4.49	43.78	1.89	4.49	43.78	2.37
6	1.63	3.88	47.66	1.63	3.88	47.66	2.42
7	1.36	3.24	50.91	1.36	3.24	50.91	2.60
8	1.14	2.71	53.62	1.14	2.71	53.62	1.95
9	1.09	2.60	56.21	1.09	2.60	56.21	2.44
10	.98	2.32	58.54				
<i>CAE-42 Forzado a 7 factores</i>							
1	7.23	17.21	17.21	7.23	17.21	17.21	4.64
2	4.10	9.77	26.97	4.10	9.77	26.97	3.33
3	2.80	6.66	33.63	2.80	6.66	33.63	5.22
4	2.38	5.66	39.29	2.38	5.66	39.29	4.44
5	1.89	4.49	43.78	1.89	4.49	43.78	2.90
6	1.63	3.88	47.66	1.63	3.88	47.66	2.96
7	1.36	3.24	50.91	1.36	3.24	50.91	2.29
8	1.14	2.71	53.62				
<i>CAE-33 forzado a 7 factores.</i>							
1	6.25	18.95	18.95	6.25	18.95	18.95	4.72
2	3.73	11.30	30.26	3.73	11.30	30.26	3.19
3	2.59	7.84	38.10	2.59	7.84	38.10	4.11
4	1.98	6.01	44.10	1.98	6.01	44.10	3.60
5	1.61	4.87	48.97	1.61	4.87	48.97	2.38
6	1.31	3.96	52.93	1.31	3.96	52.93	2.20
7	1.20	3.64	56.57	1.20	3.64	56.57	2.29
8	1.02	3.08	59.66				
9	.84	2.56	62.21				

Tabla 21
Matriz de patrones con 42 ítems

Ítems	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
8 FSP	.670	-.045	.015	-.085	-.125	-.003	-.087
15 FSP	.639	-.065	-.002	-.091	-.096	-.021	.141
1 FSP	.636	-.051	-.082	.017	.017	.013	.054
10 REP	.635	-.018	-.106	.016	.091	-.181	-.111
3 REP	.597	-.015	.016	-.048	-.015	-.160	-.141
29 FSP	.545	-.041	-.046	-.112	-.305	.051	-.229
36 FSP	.524	-.058	-.088	-.153	-.298	.033	-.261
22 FSP	.466	-.016	-.272	-.054	.111	.050	.168
33 EVT	<i>.334</i>	.002	-.096	-.013	.045	-.184	.317
11 EEA	.095	.829	.051	-.028	.128	.019	-.067
25 EEA	-.016	.789	-.026	-.030	.022	-.056	-.045
32 EEA	-.018	.771	-.067	.050	-.023	-.017	-.029
4 EEA	-.161	.696	-.003	.027	.004	-.042	-.011
18 EEA	.048	.511	.009	-.014	-.099	.076	.170
20 BAS	.005	-.046	-.843	.012	.030	.055	.156
41 BAS	-.072	.019	-.830	-.038	-.104	.046	-.138
27 BAS	-.058	.071	-.799	-.024	.093	-.091	-.020
34 BAS	.004	-.028	-.789	.044	-.029	.024	.079
13 BAS	.079	-.012	-.749	-.069	.014	.059	.029
6 BAS	.043	.039	-.701	.056	.034	-.041	-.202
21 RLG	-.002	-.029	-.040	-.834	.113	-.045	.091
42 RLG	-.032	-.043	-.020	-.809	-.002	.075	.099
7 RLG	.171	.040	.083	-.768	.185	-.042	.003
35 RLG	.000	-.030	.046	-.725	-.134	-.021	-.145
14 RLG	.107	.089	-.097	-.669	.060	.093	.147
28 RLG	-.174	-.004	-.050	-.619	-.200	-.086	-.317
37 AFN	-.157	-.151	.067	-.022	-.727	-.078	.073
38 REP	.052	.043	.001	.029	-.700	-.086	-.019
16 AFN	.202	.044	.016	.129	-.467	.087	.094
31 REP	.189	.143	-.016	-.077	-.416	-.098	-.027
39 EEA	.060	.073	-.319	-.172	-.382	-.027	-.086
30 AFN	-.186	.023	-.055	-.123	-.351	-.057	.192
17 REP	.135	-.161	-.118	-.090	-.337	-.095	-.157
26 EVT	-.160	.054	-.010	.051	.005	-.772	-.130
5 EVT	.087	-.071	.072	-.046	.041	-.684	.065
12 EVT	.206	.060	.013	-.062	-.008	-.592	.138
24 REP	.091	.043	.010	.031	-.186	-.502	-.247
19 EVT	.160	-.022	-.253	-.024	.073	-.461	.279
40 EVT	-.276	-.019	-.070	-.042	-.213	-.397	.315
2 AFN	-.158	.125	.126	-.018	-.201	.064	.643
9 AFN	-.021	.209	.024	.000	-.044	-.051	.593
23 AFN	-.188	.257	-.089	-.111	-.151	-.021	.335

Método de extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimín. Convergió en 17 iteraciones.

Tabla 22

Matriz de patrones con 33 ítems (sin 3, 10 y 24 de REP, 16, 30 y 37 de AFN, 33 y 40 de EVT, 39 de EEA)

Ítems	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
20 BAS	.837	-.061	.000	.024	.004	.045	.141
41BAS	.808	.043	.040	-.059	.033	-.137	-.129
27 BAS	.794	.082	.046	-.059	-.115	.078	-.055
34 BAS	.789	-.045	-.039	-.003	.014	-.075	.090
13 BAS	.743	-.029	.076	.094	.043	-.007	.048
6 BAS	.691	.056	-.038	.051	-.024	.029	-.192
11 EEA	-.050	.842	.026	.084	.028	.094	-.087
25 EEA	.018	.808	.025	-.005	-.069	.007	-.057
32 EEA	.066	.769	-.062	-.033	-.001	-.083	-.007
4 EEA	.008	.662	-.016	-.178	-.030	-.009	.061
18 EEA	-.008	.493	.023	.073	.056	-.016	.198
21 RLG	.051	-.030	.841	-.009	-.069	.104	.062
42 RLG	.022	-.048	.810	-.028	.019	.025	.098
7 RLG	-.070	.056	.775	.149	-.066	.182	-.063
35 RLG	-.048	-.029	.694	-.046	-.042	-.242	-.105
14 RLG	.106	.078	.669	.109	.078	.057	.125
28 RLG	.052	-.027	.585	-.219	-.002	-.393	-.170
8 FSP	-.037	.000	.048	.706	-.028	-.117	-.135
1FSP	.072	-.038	-.041	.647	-.075	.053	-.015
15 FSP	.000	-.052	.073	.629	-.106	-.050	.056
29 FSP	.015	.003	.061	.589	.061	-.338	-.219
36 FSP	.059	-.010	.105	.545	.017	-.341	-.255
22 FSP	.274	-.030	.048	.495	.040	.114	.130
5 EVT	-.078	-.071	.039	.043	-.751	.008	.008
26 EVT	.022	.048	-.047	-.235	-.720	-.126	-.119
12 EVT	-.028	.065	.048	.183	-.668	-.034	.068
19 EVT	.244	-.004	.036	.145	-.544	.107	.139
38 REP	.000	.006	-.066	.018	-.117	-.720	.149
31REP	.011	.085	.016	.215	-.013	-.561	.166
17 REP	.116	-.146	.063	.102	-.065	-.423	-.121
2 AFN	-.110	.009	.011	-.096	.030	-.105	.780
9 AFN	-.013	.100	-.010	.044	-.085	.018	.697
23 AFN	.115	.160	.107	-.188	-.004	-.172	.471
No. de ítems	6	5	6	6	4	3	3
α	.880	.778	.840	.772	.647	.601	.478

Método de extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimín. Convergió en 16 iteraciones.

Análisis factorial confirmatorio del CAE en la muestra conjunta

Se contrasta el modelo que resulta del análisis factorial exploratorio con el factor de resignación y la autofocalización negativa reducida a tres ítems que denominamos indefensión. Al eliminar los indicadores con varianza explicada menor a 10% y las correlaciones no significativas nos quedamos 37 ítems y 14 correlaciones. El ajuste a los datos resulta adecuado ($\chi^2/gf = 1.98$, $GFI = .89$, $AGFI = .87$, $FD = 2.04$, $PNCP = 1.01$ y $RMSEA = .04$), aunque el ajuste del modelo se rechaza por la prueba ji-cuadrada ($\chi^2 (615, N = 600) = 1221$, $p < .01$), siendo todos sus parámetros significativos (véase Figura 5). Por otra parte, se contrasta el modelo original de siete factores correlacionados que es reproducido por análisis factorial exploratorio. El ajuste a los datos resulta adecuado con sus 33 ítems y 14 correlaciones ($\chi^2/gf = 1.97$, $GFI = .90$, $AGFI = .89$, $FD = 1.58$, $PNCP = 0.78$ y $RMSEA = .04$), aunque el ajuste del modelo se rechaza por la prueba chi-cuadrada ($\chi^2 (481, N = 600) = 945.76$, $p < .01$), siendo todos sus parámetros significativos. Se eliminan siete correlaciones al resultar no significativas (véase Figura 6). Por la prueba de diferencia de la chi-cuadrada el ajuste es mejor que el del modelo anterior ($\Delta\chi^2 (134) = 275.24$, $p < .01$). Debe mencionarse que el modelo original con 42 ítems arroja una solución inadecuada por lo que el programa no proporciona sus parámetros.

Si se intenta definir el factor de reevaluación positiva con ítems con mayor consistencia interna (3, 10, 17 y 24) ($\alpha = .57$), se obtiene una correlación de .90 con el factor de Focalización en la solución de problemas, indicando que son un mismo factor, lo que ya aparece en el análisis factorial exploratorio al agrupar a los seis ítems de FSP con los ítems 3 y 10 de REP) (véase Figura 7).

Modelo de siete factores correlacionados derivado del AFE con 37 ítems (sin 3, 10 y 24 de REP, 33 de EVT y 30 de AFN)

Chi-2 (615) = 1221, $p < .01$
 Chi-2/gl = 1.98
 GFI = .89
 AGFI = .87
 FD = 2.04
 PNCP = 1.01
 RMSEA = .04

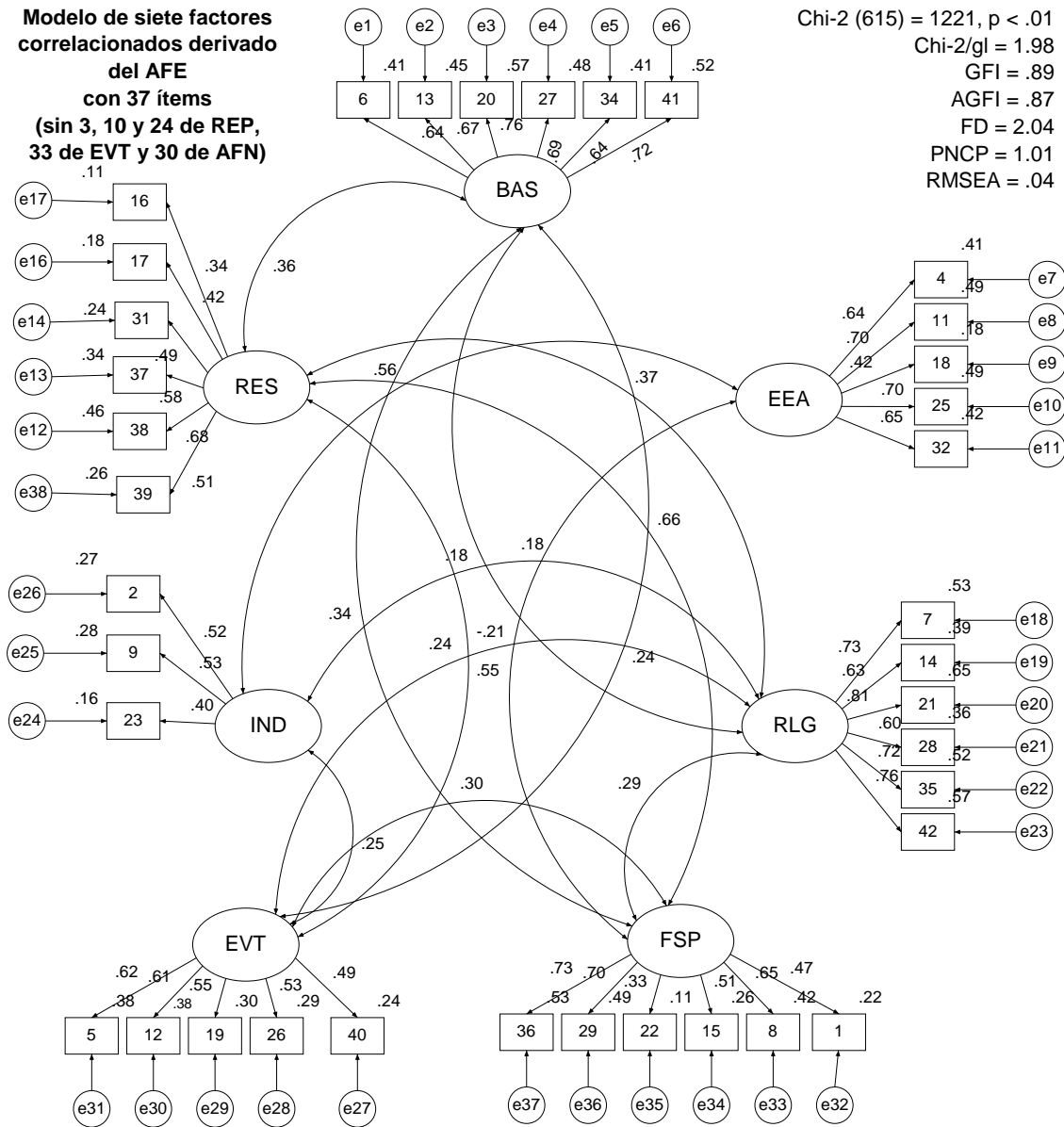


Figura 5. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra conjunta (N = 600).

Modelo de siete factores correlacionados con 33 ítems
 (sin 3, 10 y 24 de REP, 33 y 40 de EVT, 39 de EEA y 16, 30 y 37 de AFN)

Chi-2 (481) = 945.76, $p < .01$
Chi-2/gl = 1.97
GFI = .90
AGFI = .89
FD = 1.58
PNCP = 0.78
RMSEA = .04

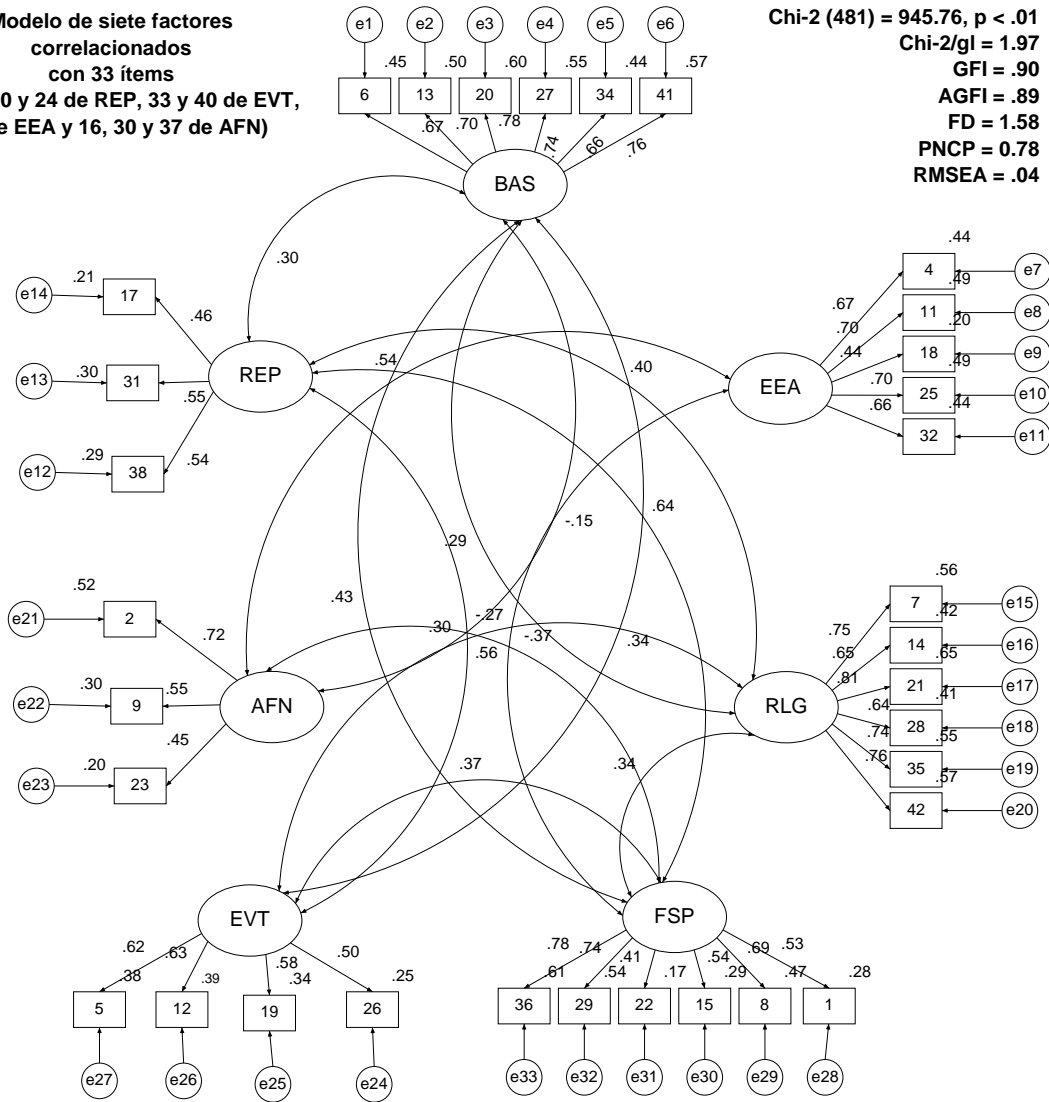


Figura 6. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra conjunta ($N = 600$).

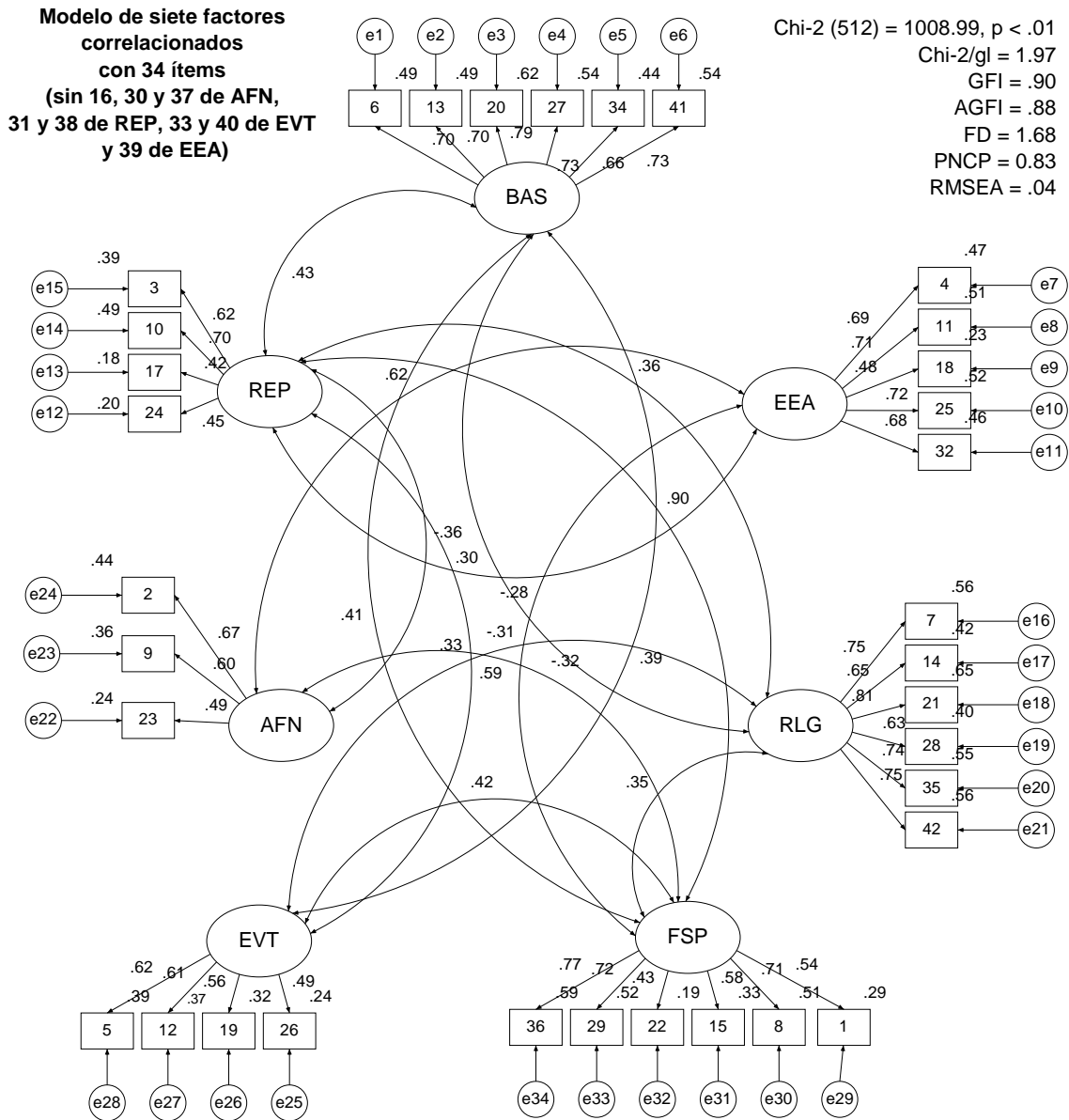


Figura 7. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra conjunta ($N = 600$).

Análisis factorial confirmatorio separando a seropositivos y población general

El modelo de siete factores con 33 ítems y 14 correlaciones de la Figura 6 es el que muestra mejor ajuste sin problemas de correlación excesiva entre los factores, variando éstas de .64 a -.15. Se procede a contrastar el mismo separando las muestra de personas seropositivas ($n = 300$) y la de población

general ($n = 300$). Los índices de ajuste son adecuados en conjunto ($\chi^2/df = 1.41$, $GFI = .86$, $AGFI = .84$, $FD = 2.27$, $PNCP = 0.66$, $RMSEA = .03$). Todas las estimaciones en ambas muestras son significativas, salvo la correlación entre BAS y EVT ($r = .15$, $p = .06$) en seropositivos y la correlación entre BAS y AFN ($r = -.04$, $p = .51$) en la muestra de población general (véanse Figuras 8 y 9).

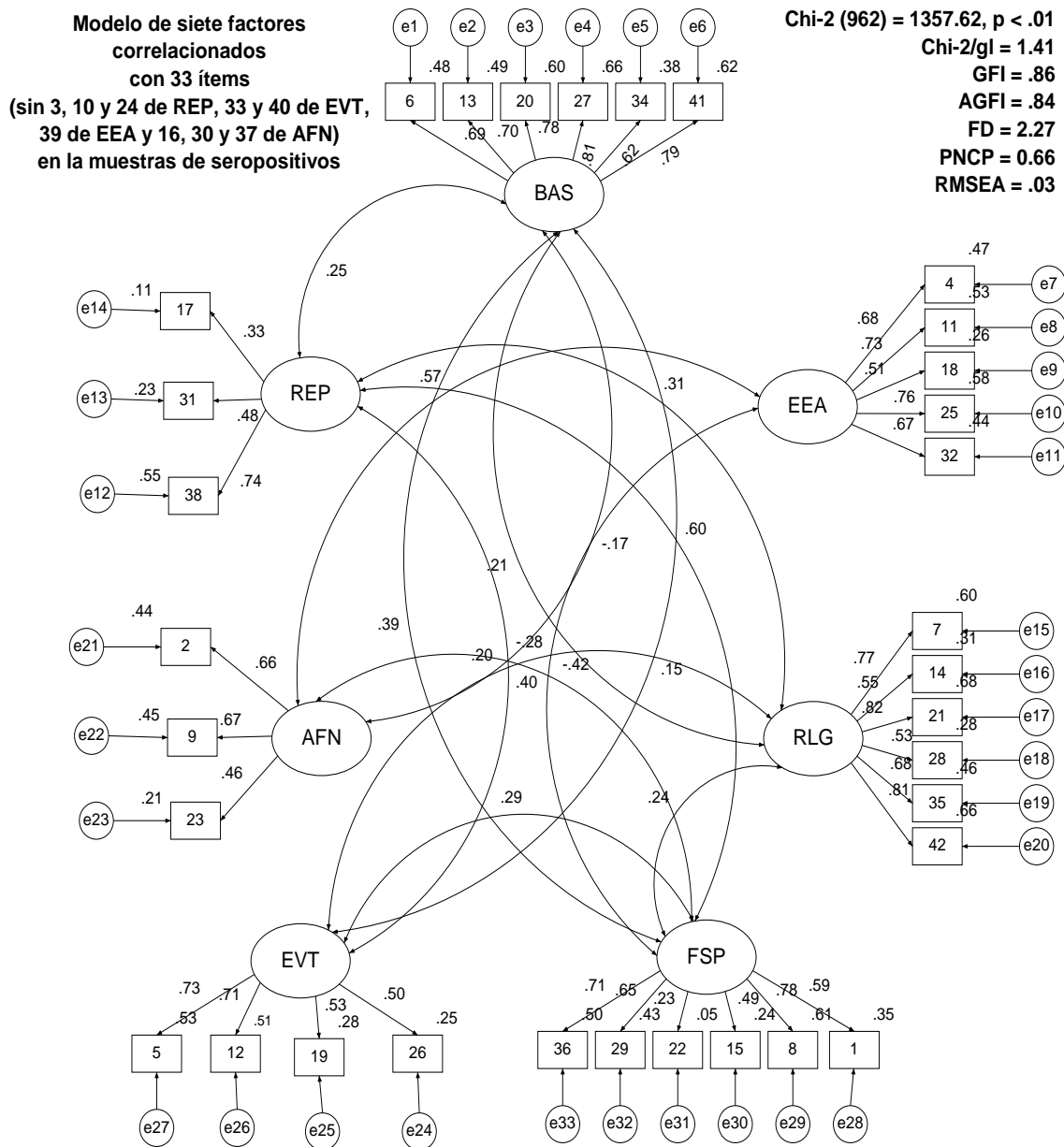


Figura 8. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra de seropositivos ($n = 300$).

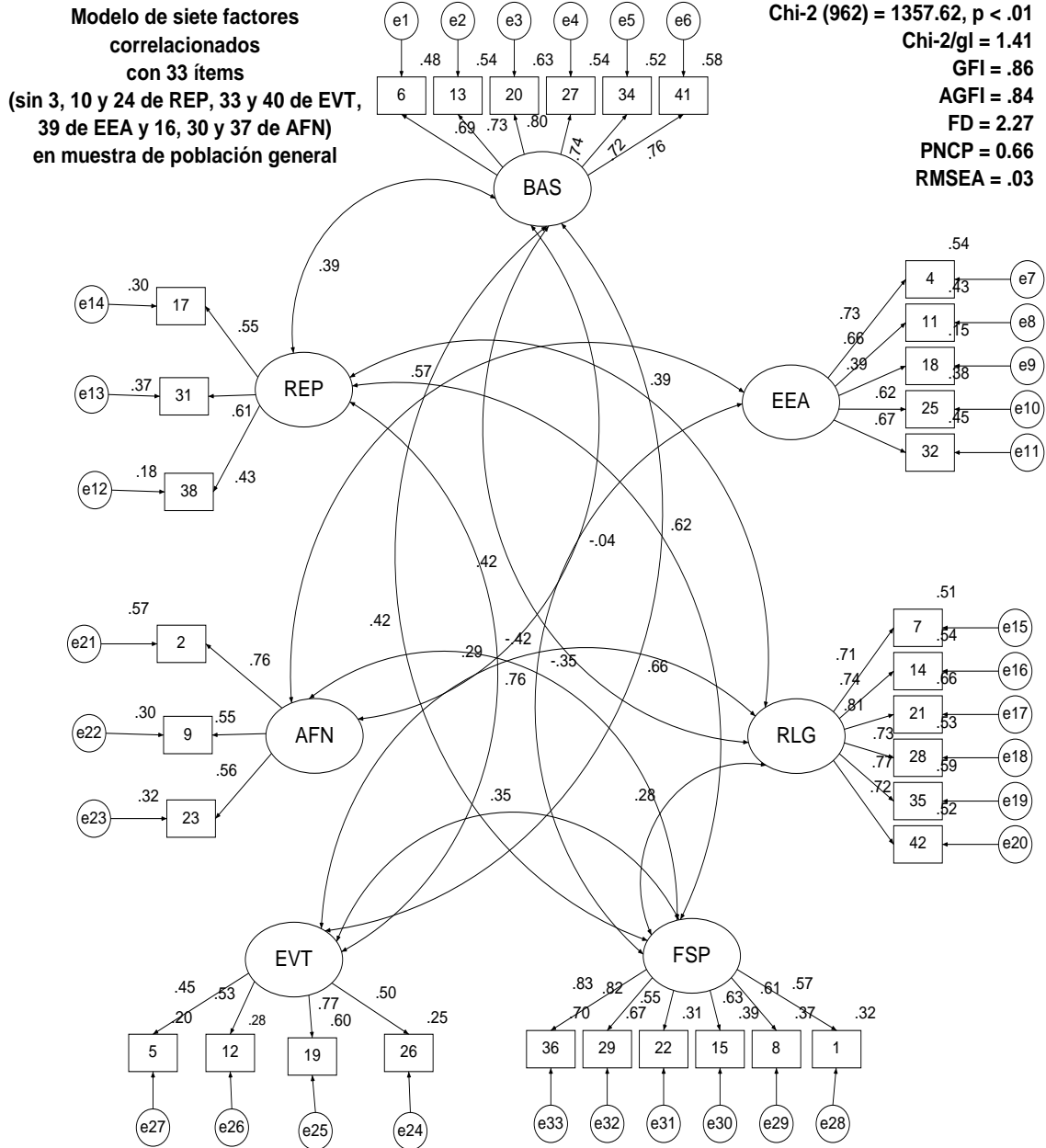


Figura 9. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra de población general ($n = 300$).

Análisis factorial de segundo orden

Inicialmente se toman las siete escalas originales definidas por suma simple de ítems. Al extraer los factores por Componentes Principales con base en el criterio de Kaiser se definen dos componentes que explican el 55.12% de la varianza total (véase Tabla 23). Al aplicar una rotación por el método Oblimín se obtiene un primer componente integrado por cinco escalas: Focalización en la solución de problemas, Reevaluación positiva, Búsqueda de apoyo social, Religión y Evitación. Se puede denominar de Estilo de afrontamiento positivo. La consistencia interna de los 30 ítems que integran las cinco escalas implicadas es alta ($\alpha = .87$). El segundo componente está integrado por dos escalas: Autofocalización negativa y Expresión emocional abierta. Lo podemos denominar Estilo de afrontamiento negativo. La consistencia interna de los 12 ítems de las dos escalas implicada es adecuada ($\alpha = .69$) (véase Tabla 24). Como en el estudio de validación en población Mexicana de González y Landero (2007) la religión aparece en el estilo de afrontamiento positivo en lugar del estilo negativo como en el estudio original de Sandín y Chorot (2003). Los dos factores muestran una correlación baja, pero significativa ($r = .16, p < .01$).

Tabla 23

Autovalores y varianza total explicada con los dos factores de segundo orden del CAE en la muestra conjunta

Componentes	Autovalores iniciales mayores a 1			Extracción de la suma cuadrada de las saturaciones			Rotación de la suma cuadrada de las saturaciones
	Total	% de varianza	% Acumulado	Total	% de varianza	% Acumulado	Total
<i>CAE-42</i>							
1	2.43	34.65	34.65	2.43	34.65	34.65	2.38
2	1.43	20.47	55.12	1.43	20.47	55.12	1.56
3	.85	12.09	67.21				
<i>CAE-33</i>							
1	2.15	30.66	30.66	2.15	30.66	30.66	2.14
2	1.55	22.09	52.75	1.55	22.09	52.75	1.55
3	.82	11.71	64.46				

Tabla 24

Matrices de patrones y estructural con las siete escalas originales

Escalas del CAE*	Matriz de patrones		Matriz estructural	
	C1	C2	C1	C2
FSP	.847	-.344	.792	-.209
REP	.806	-.073	.794	.056
BAS	.630	.085	.643	.186
RLG	.571	.133	.592	.224
EVT	.512	.381	.573	.462
AFN	.015	.783	.140	.785
EEA	-.025	.781	.099	.777

Método de extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimín. Convergíó en 5 iteraciones. * Las puntuaciones en las escalas se obtienen por suma simple de los seis ítems correspondientes. CAE: BAS = Búsqueda de apoyo social, EEA = Expresión emocional abierta, RLG = Religión, FSP = Focalización en la solución del problema, EVT = Evitación, AFN = Autofocalización negativa y REP = Reevaluación positiva.

Se obtienen las puntuaciones factoriales de los siete factores rotados con 33 ítems por medio del método de regresión. Al extraer los factores de estas siete variables por Componentes Principales con base en el criterio de Kaiser se obtienen nuevamente dos componentes que explican el 52.75% de la varianza total (véase Tabla 23). Al aplicar una rotación por el método Oblimín se obtiene un primer componente integrado por los factores de Focalización en la solución de problemas, Reevaluación positiva, Búsqueda de apoyo social, Religión y Evitación. Este componente coincide con la solución anterior y se denominó Estilo de afrontamiento positivo. La consistencia interna de los 25 ítems implicados en los factores es alta ($\alpha = .88$). El segundo componente está integrado por los factores de Autofocalización negativa y Expresión emocional abierta. También coincide con la solución anterior y se denominó Estilo de afrontamiento negativo. La consistencia interna de los 8 ítems implicados es alta ($\alpha = .78$). Los dos componentes de segundo orden son independientes ($r = -.02$, $p = .78$), siendo esta solución estable por los distintos métodos de extracción de factores y de rotación (véase Tabla 25). En la solución con las escalas originales Evitación es el elemento más compartido por los dos factores y en la solución con las puntuaciones factoriales es Focalización en la solución de problemas.

Tabla 25

Matrices de patrones y estructural con los siete factoriales de primer orden con 33 ítems

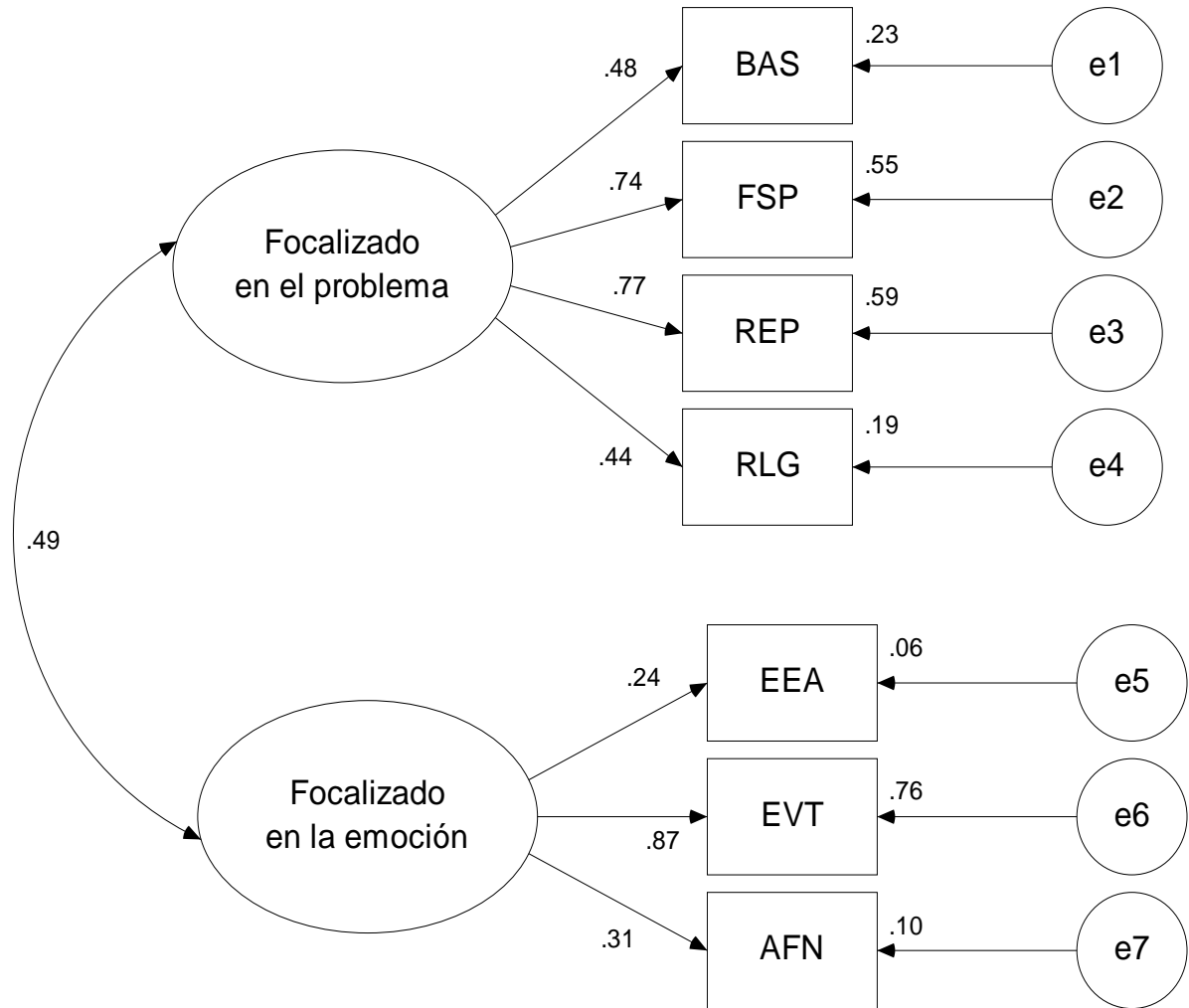
Puntuaciones factoriales*	Matriz de patrones		Matriz estructural	
	C1	C2	C1	C2
BAS	.662	.101	.660	.091
RLG	.644	.041	.644	.031
FSP	.590	-.316	.595	-.325
EVT	.512	.146	.509	.138
REP	.496	-.078	.497	-.086
EEA	.053	.802	.040	.802
AFN	.000	.782	-.012	.782

Método de extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimín. Convergió en 4 iteraciones. * Las puntuaciones factoriales fueron estimadas por el método de regresión. CAE: BAS = Búsqueda de apoyo social, EEA = Expresión emocional abierta, RLG = Religión, FSP = Focalización en la solución del problema, EVT = Evitación, AFN = Autofocalización negativa y REP = Reevaluación positiva.

Se contrasta por AFC, empleando el método GLS, el modelo original de dos factores de segundo orden correlacionados. El factor de Estilo de afrontamiento positivo tiene cuatro indicadores: Focalización en la solución de problemas, Búsqueda de apoyo social, Reevaluación positiva y Religión. Se maneja Religión en este factor como recomiendan González y Landero (2007) para población mexicana y por el resultado de AFE que lo confirma. El factor de Estilo de afrontamiento negativo tiene como indicadores: Expresión emocional abierta, Autofocalización negativa y Evitación. Al contrastar el modelo todos los parámetros resultan significativos, incluyendo la correlación entre los dos factores ($r = .49$, $p < .01$). Varios índices de ajuste son malos ($\chi^2(13) = 170.31$, $p < .01$, $\chi^2/gf = 13.10$ y $RMSEA = .14$), otros adecuados ($GFI = .92$ y $AGFI = .84$) y otros buenos ($FD = 0.28$ y $PNCP = 0.13$) (véase Figura 10). Por AFC se contrasta el ajuste a los datos del modelo derivado del análisis factorial exploratorio (de segundo orden), aplicado a las puntuaciones factoriales de los 33 ítems, las cuales se calcularon por el método de regresión. Se elimina la correlación entre los dos estilos de afrontamiento por no ser significativa y generar una varianza residual negativa (-.63). Al eliminar la correlación el modelo resulta indefinido. Si se considera la predicción de la Focalización en la solución de problemas por el factor

de Estilo de afrontamiento negativo se tienen índices de buen ajuste: $\chi^2 (13) = 18.95$, $p = .12$, $\chi^2/df = 1.46$, $GFI = .99$, $AGFI = .98$, $FD = 0.03$, $PNCP = 0.01$ y $RMSEA = .03$, quedando como en el anterior todos los residuos independientes (véase Figura 11). Si se contrasta el modelo por el método multigrupo, entre la muestra de seropositivos y población general, los índices de ajuste también resultan buenos ($\chi^2 (26) = 27.60$, $p = .38$, $\chi^2/df = 1.06$, $GFI = .99$, $AGFI = .97$, $FD = 0.05$, $PNCP < 0.01$ y $RMSEA = .01$). Además todos los parámetros son significativos en ambas muestras (véanse Figuras 12 y 13).

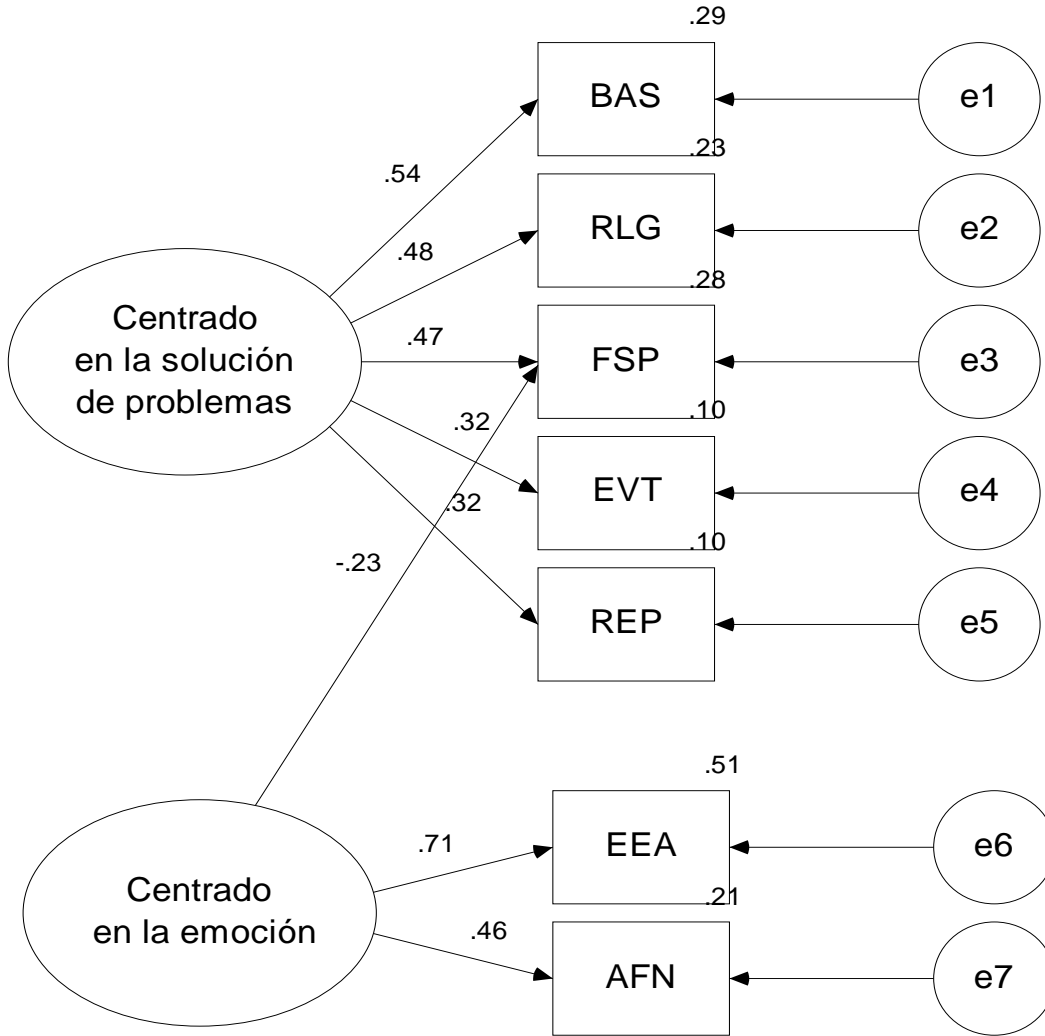
Modelo jerarquizado original en la muestra conjunta



Chi-2 (13) = 170.31, $p < .01$, Chi-2/gl = 13.01
 GFI = .92, AGFI = .84
 FD = 0.28, PNCP = 0.13
 RMSEA = .14

Figura 10. Modelo estandarizado estimado por GLS en la muestra conjunta.

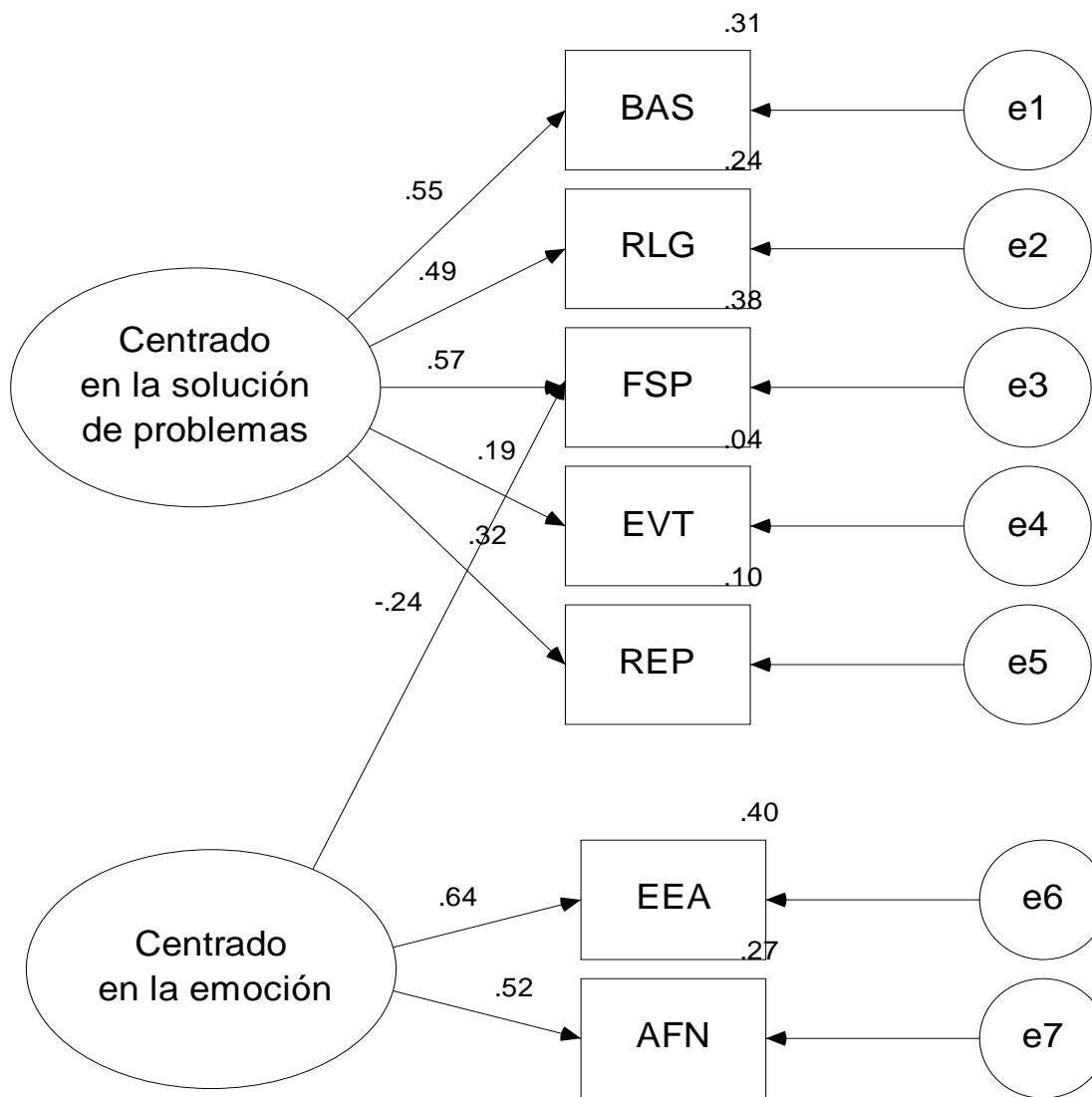
**Modelo jerarquizado
de los siete factores de primer orden
a dos factores de segundo orden
en la muestra conjunta**



Chi-2 (13) = 18.95, p = .12, Chi-2/gl = 1.46
 GFI = .99, AGFI = .98
 FD = 0.03, PNCP = 0.01
 RMSEA = .03

Figura 11. Modelo estandarizado estimado por GLS en la muestra conjunta.

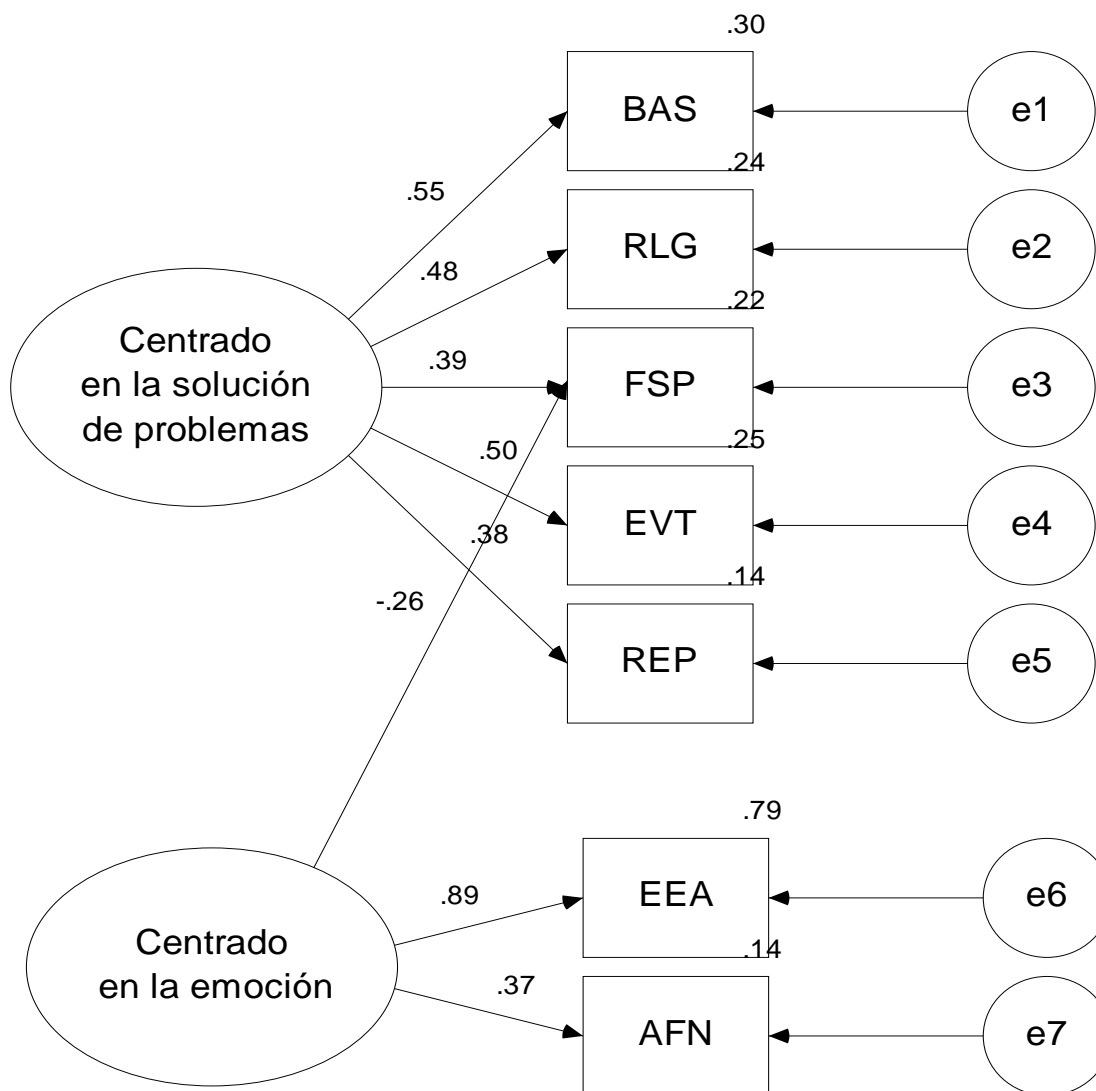
**Modelo jerarquizado
de los siete factores de primer orden
a dos de segundo orden
en seropositivos**



Chi-2 (26) = 27.60, p = .38, Chi-2/gl = 1.06
 GFI = .99 AGFI = .97
 FD = 0.05, PNCP < 0.01
 RMSEA = .01

Figura 12. Modelo estandarizado estimado por GLS en seropositivos.

Modelo jerarquizado de los siete factores de primer orden a dos de segundo orden en población general



Chi-2 (26) = 27.60, $p = .38$, Chi-2/gl = 1.06
 GFI = .99 AGFI = .97
 FD = 0.05, PNCP < 0.01
 RMSEA = .01

Figura 13. Modelo estandarizado estimado por GLS en población general.

Distribución de los factores finales del CAE

Con base en el resultado del análisis factorial exploratorio y confirmatorio se propone manejar la escala con 33 ítems, con siete estrategias de afrontamiento (factores de primer orden) y dos estilos de afrontamiento independientes (factores de segundo orden o dimensiones). Los valores de consistencia interna y los descriptivos de las distribuciones de BAS, RLG y FSP se pueden encontrar en las Tablas 18 y 26, los cuales fueron expuestos en el primer punto del apartado de resultados.

El factor de Expresión emocional abierta (EEA) muestra consistencia interna alta en las tres muestras (de .79 a .77) y su distribución es asimétrica positiva en las tres. El factor de evitación (EVT) tiene una consistencia adecuada en las tres muestras (de .66 a .64). Su distribución es normal en la muestra de PVVS ($Z_{K-S} = 1.22$, $p = .10$) y se aproxima a la normalidad en la muestra de población general ($Z_{K-S} = 1.29$, $p = .04$), pero su perfil es aplanado en la muestra conjunta ($K = -0.59$, $EE = 0.20$), alejándose de la normalidad ($Z_{K-S} = 1.64$, $p = .01$). El factor de autofocalización negativa (AFN) tiene una consistencia adecuada en la muestra conjunta ($\alpha = .60$) y en la muestra de población general ($\alpha = .62$), pero baja en PVVS ($\alpha = .58$); en las tres muestras la distribución es asimétrica positiva, alejándose de una curva normal. El factor de Reevaluación positiva (REP) posee una consistencia interna baja en las tres muestras ($\alpha = .48$) y su distribución se aleja de la normalidad mostrando asimetría negativa (véase Tabla 26).

Al considerar las dimensiones o factores de segundo orden: estilo de afrontamiento positivo (EAP = BAS + RLG + FSP + REP + EVT) y negativo (EAN = EEA + AFN+ (-FSP)), los valores de consistencia interna son altos en las tres muestras para las dos dimensiones (de .88 a .77). La distribución de la primera dimensión se ajusta a una curva normal en las tres muestras y en la segunda dimensión, la muestra de seropositivos y población general, se ajusta a una curva normal (véase Tabla 26).

Tabla 26

Consistencia, descriptivos, ajuste a la normalidad y contraste de medias

CAE-33 (revisado)	BAS	EEA	RLG	FSP	EVT	AFN	REP	EAP	EAN	
	6	5	6	6	4	3	3	25	14	
<i>Muestra conjunta</i>										
Consistencia	α	.88	.79	.84	.77	.65	.60	.48	.88	.78
	M	11.09	5.21	9.92	14.93	8.69	3.21	7.85	52.49	17.49
	Mdn	11	4	9	15	9	3	8	53	17
Descriptivos de la distribución	DE	6.60	4.21	6.28	5.30	3.80	2.56	2.58	16.43	8.71
	Sk	0.08	0.82	0.37	-0.36	-0.05	0.69	-0.34	-0.09	0.38
	K	-0.85	0.35	-0.59	-0.35	-0.59	0.23	-0.15	-0.22	-0.02
	Min	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Max	24	20	24	24	16	12	12	96	54
Normalidad	Z_{K-S}	1.36	2.96	1.83	1.85	1.64	2.85	2.32	0.80	1.61
	p	.05	.00	.00	.00	.01	.00	.00	.55	.01
<i>Muestra de personas que viven con VIH/SIDA (PVVS)</i>										
Consistencia	α	.88	.78	.85	.76	.66	.58	.48	.86	.77
	M	10.29	4.60	10.47	14.64	8.92	3.18	8.23	52.55	17.14
	Mdn	10	4	10	15	9	3	8	53	16
Descriptivos de la distribución	DE	6.95	4.23	6.51	5.56	4.02	2.63	2.71	17.18	8.82
	Sk	0.21	0.98	0.38	-0.31	-0.04	0.76	-0.51	-0.07	0.49
	K	-0.99	0.68	-0.66	-0.53	-0.76	0.51	-0.22	-0.40	0.32
	Min	0	0	0	1	0	0	0	5	0
	Max	24	20	24	24	16	12	12	96	54
Normalidad	Z_{K-S}	1.47	2.42	1.57	1.33	1.22	2.01	1.87	.67	1.32
	p	.03	.00	.01	.06	.10	.00	.00	.75	.06
<i>Muestra de población general</i>										
Consistencia	α	.88	.77	.84	.80	.64	.62	.48	.87	.81
	M	11.89	5.81	9.37	15.21	8.46	3.24	7.47	52.43	17.84
	Mdn	12	5	9	15	9	3	8	53	17
Descriptivos de la distribución	DE	6.13	4.12	5.99	5.01	3.56	2.49	2.38	15.68	8.59
	Sk	0.01	0.74	0.32	-0.39	-0.12	0.60	-0.27	-0.13	0.28
	K	-0.59	0.23	-0.59	-0.14	-0.41	-0.09	.16	-0.01	-0.35
	Min	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Max	24	20	24	24	16	12	12	94	42
Normalidad	Z_{K-S}	.95	1.99	1.05	1.50	1.39	2.20	1.76	.60	0.97
	p	.33	.00	.22	.02	.04	.00	.00	.87	.30
Levene*	F	11.76	0.51	2.66	5.23	4.64	0.40	6.29	3.06	0.01
	p	.00	.48	.10	.02	.03	.53	.01	.08	.97
Student*	t	-2.98	-3.56	2.15	-1.40	1.47	-0.27	3.66	0.09	-0.98
	gl	588.74	598	598	592.69	589.74	598	588.09	598	598
	p	.00	.00	.03	.16	.14	.79	.00	.93	.33
	DM	-1.59	-1.21	1.10	-0.61	0.46	-0.06	0.76	0.12	-.70
	EE	0.53	0.34	0.51	0.43	0.31	0.21	0.21	1.34	0.71

EE de $Sk = 0.10$ y *EE* de $K = 0.20$ en la muestra conjunta, *EE* de $Sk = 0.14$ y *EE* de $K = 0.28$ en la muestra de personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) y de población general. Factores del CAE: BAS6 = Búsqueda de apoyo social (6, 13, 20, 27, 34 y 41), REP3 = Reevaluación positiva (17, 31 y 38), FSP6 = Focalización en la solución de problemas (1, 8, 15, 22, 29 y 36), RLG6 = Religión (7, 14, 21, 28, 35 y 42), EEA5 = Expresión emocional abierta (4, 11, 18, 25 y 32), AFN3 = Autofocalización negativa (2, 9 y 23) y EVT4 = Evitación (5, 12, 19 y 26). EAP25 = BAS6 + RLG6 + FSP6 + EVT4 + REP3. EAN14 = EEA5 + AFN3+(-FSP6). Se contrasta la equivalencia de las varianzas por la prueba de Levene y diferencias de medias por la prueba t de Student entre las muestras de PVVS y de población general.

Nivel de las Estrategias y Estilos de Afrontamiento Dominantes en la Muestra Clínica y Población General

En la muestra de seropositivos, la media del factor BAS dividido por el número de ítems es 1.71, redondeando sería 2, lo que corresponde a una respuesta de “a veces” dentro de un rango de 5 puntos (de 0 *nunca* a 4 *casi siempre*), igual aplicaría para los factores de RLG (1.74 \approx 2), FSP (2.44 \approx 2), EVT (2.23 \approx 2) y para el estilo de afrontamientos EAP (2.10 \approx 2). La media de EEA (0.92) corresponde a una respuesta de 1 “*pocas veces*”, igual que el factor EAN (1.22 \approx 1). Y la media de REP dividida por 3 (número de ítems) es de 2.74, lo que corresponde a una respuesta de 3 “*frecuente*”.

En la muestra de población general, la media del factor BAS dividido por 6 (número de ítems) es 1.98, redondeando sería 2, lo que corresponde a una respuesta de “a veces”, igual aplicaría para los factores de RLG (1.56 \approx 2), FSP (2.53 \approx 2), EVT (2.11 \approx 2), REP (2.49 \approx 2) y para el estilo de afrontamiento EAP (2.09 \approx 2). La media de EEA dividida por el número de ítems es de 1.16, lo que corresponde a una respuesta de 1 “*pocas veces*”, igual que los factores AFN (1.08 \approx 1) y EAN (1.27 \approx 1).

Por lo tanto, la muestra clínica destaca en Reevaluación positiva, utilizando con menor frecuencia la Expresión emocional abierta de irritabilidad, la Autofocalización negativa y el Estilo de afrontamiento negativo. Y en ocasiones las restantes estrategias de afrontamiento y el Estilo positivo. En la muestra de población general, también la Expresión emocional abierta de irritabilidad, la Autofocalización negativa y el Estilo de afrontamiento negativo fueron las estrategias de afrontamiento menos utilizadas. Solo en ocasiones recurren a las restantes estrategias de afrontamiento y al Estilo positivo.

Diferencia de medias en las siete estrategias y dos estilos de afrontamiento entre personas que viven con VIH/SIDA y población general

Existe diferencia significativa en las estrategias de Búsqueda de apoyo social (BAS), Expresión emocional abierta (EEA) Religión (RLG) y Reevaluación positiva (REP). Con la definición original la estrategia de Autofocalización negativa (AFN) es diferencial, pero no con la definición revisada. Por el contrario, con la definición revisada aparece diferencia significativa en la estrategia de Reevaluación positiva (REP) (véanse Tablas 18 y 26). Con base en la definición revisada, las personas que viven con VIH/SIDA acuden con más frecuencia a la religión y la reevaluación positiva, pero con menos frecuencia a la búsqueda de apoyo social y expresión emocional (véase Tabla 26).

Comparación del CAE-33 con la versión reducida (CAE-21) propuesta por González y Landero (2007)

Se contrasta el modelo simplificado con tres indicadores para cada factor propuesto por González y Landero (2007) por Máxima Verosimilitud (véase Figura 14), para compararlo con el original, reducido a 33 ítems, en índices de ajuste y valores de consistencia. Primero se consideran los siete factores correlacionados. Se eliminan 5 de las 21 correlaciones al no ser significativas: EEA-RLG, BAS-AFN, EEA-EVT, EVT-AFN y AFN-RLG, quedando 16 correlaciones. Todos los parámetros del modelo son significativos ($p < .05$), las varianzas explicadas de los ítems varían de 20 a 74% y los índices de ajuste son de buenos ($\chi^2/gf = 1.97$, $PNCP = 0.78$ y $RMSEA = .04$) a adecuados ($FD = 1.58$, $GFI = .90$ y $AGFI = .89$), aunque el ajuste a los datos se rechaza por la prueba chi-cuadrado ($\chi^2(481) = 945.76$, $p < .01$), como es usual en modelos de factores complejos.

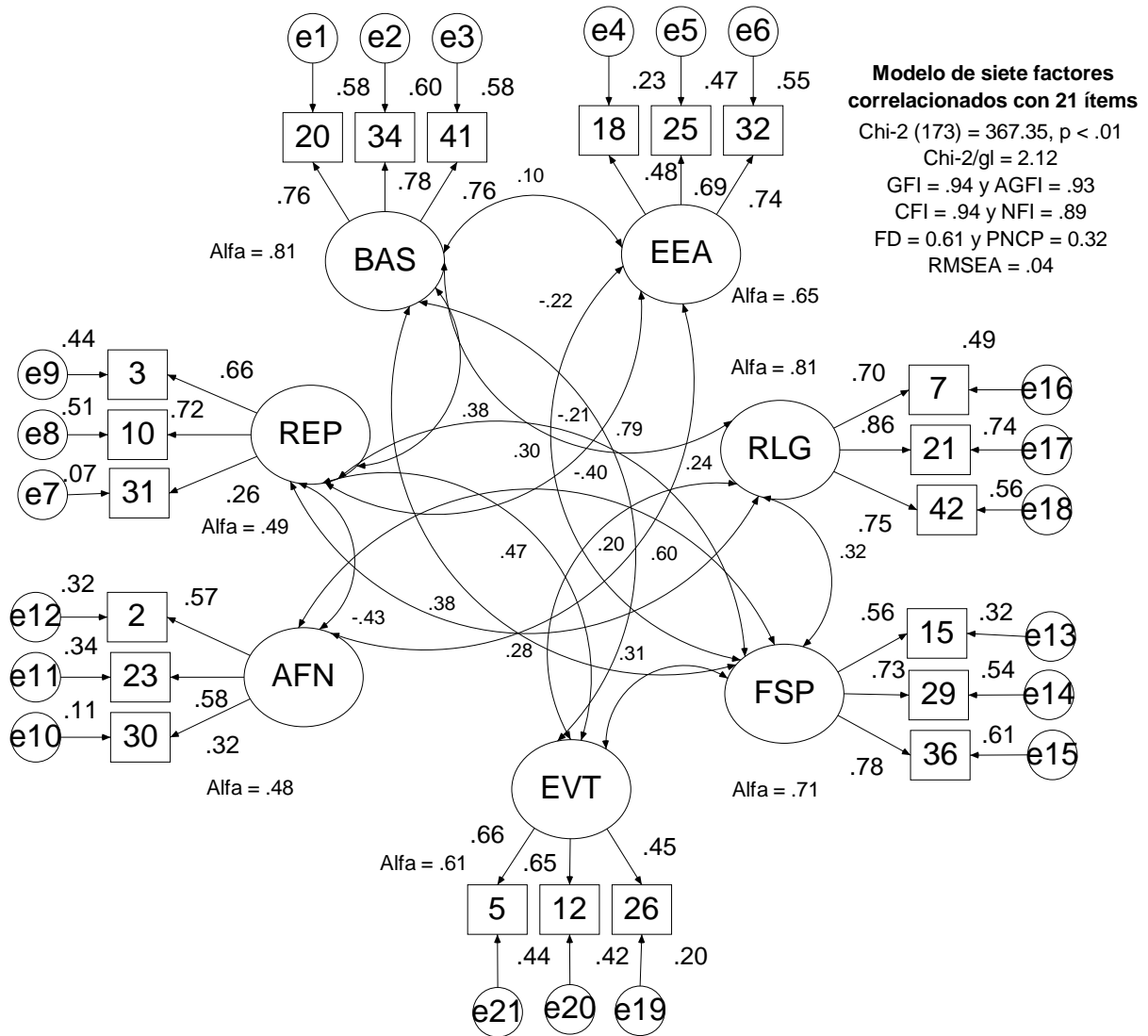


Figura 14. Modelo de 7 factores correlacionados con los parámetros estandarizados y estimado por Máxima Verosimilitud.

Al definir un modelo jerarquizado a dos factores de orden superior (véase Figura 15) correlacionados se observa un problema en el cálculo con un residuo negativo en la predicción de AFN por ACE. Todos los parámetros son significativos. Los índices de son de buenos ($FD = 0.82$ y $PNCP = 0.52$) a adecuados ($\chi^2/gl = 2.71$, $RMSEA = .05$, $GFI = .90$ y $AGFI = .89$), aunque el ajuste a los datos se rechaza por la prueba chi-cuadrado ($\chi^2(181) = 489.80$, $p < .01$). El ajuste es diferencial entre ambos modelos ($\Delta\chi^2(300) = 455.96$, $p < .01$).

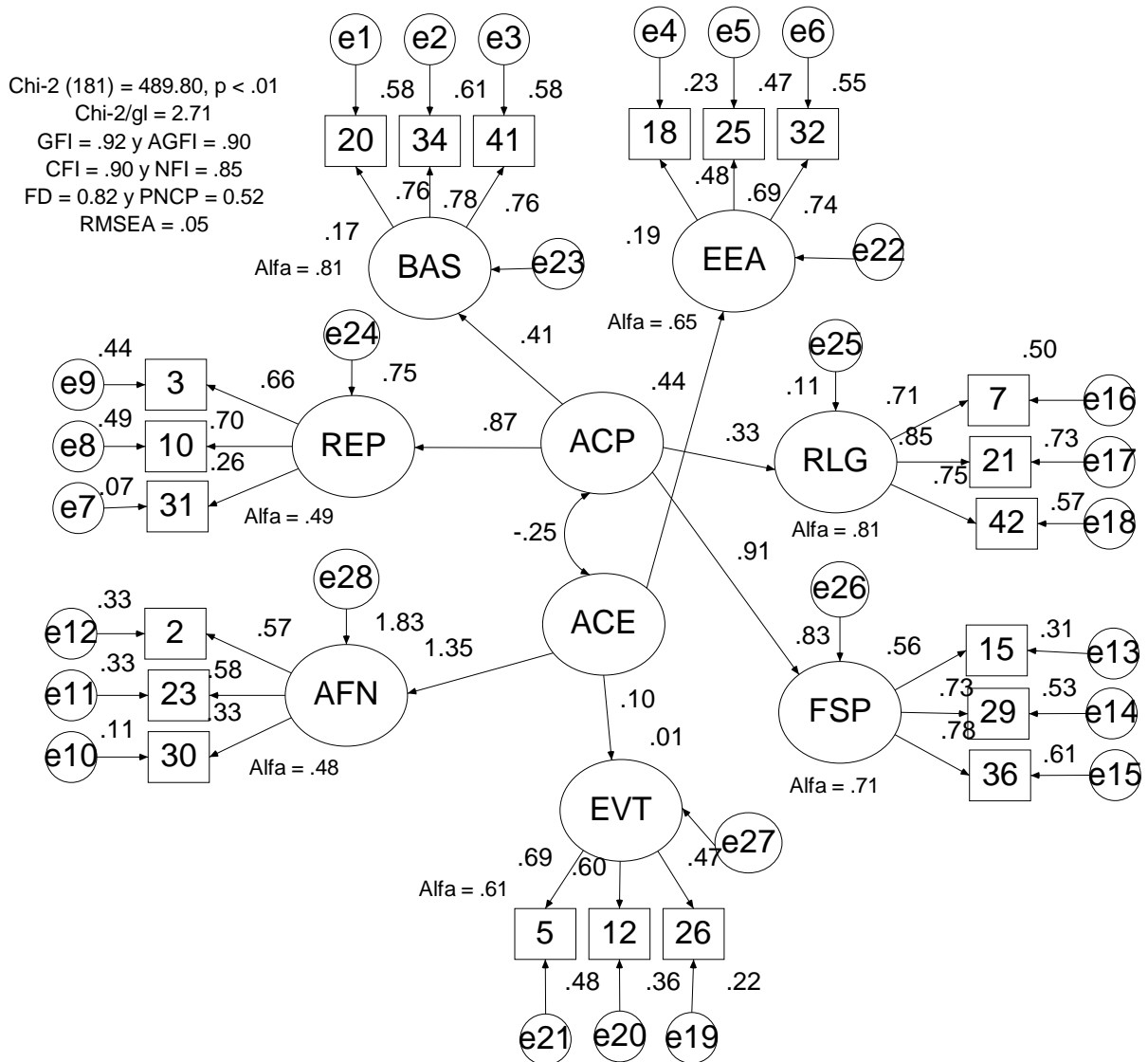


Figura 15. Modelo sin restricciones de 7 factores jerarquizados a dos factores de orden superior correlacionados con los parámetros estandarizados y estimado por Máxima Verosimilitud.

Para comparar los índices de ajuste de los modelos con 33 y 21 ítems (véase Tabla 27), se calcula de nuevo el modelo de 21 ítems por Mínimos Cuadrados Generalizados (GSL) (véase Figura 16). Primero se consideran los siete factores correlacionados. Se eliminan 6 de las 21 correlaciones al no ser significativas: EEA-RLG, BAS-AFN, EEA-EVT, EVT-AFN, AFN-RLG y BAS-EEA, quedando 15 correlaciones. Todos los parámetros del modelo son significativos ($p < .05$), las varianzas explicadas de los ítems varían de .07 a .71, con un promedio

de 42.52% y todos los índices de ajuste son buenos ($\chi^2/gf = 1.89$, $GFI = .95$, $AGFI = .93$, $FD = .55$, $PNCP = 0.26$ y $RMSEA = .04$), aunque el ajuste a los datos se rechaza por la prueba chi-cuadrado ($\chi^2(174) = 328.62$, $p < .01$), como es usual en modelos de factores complejos.

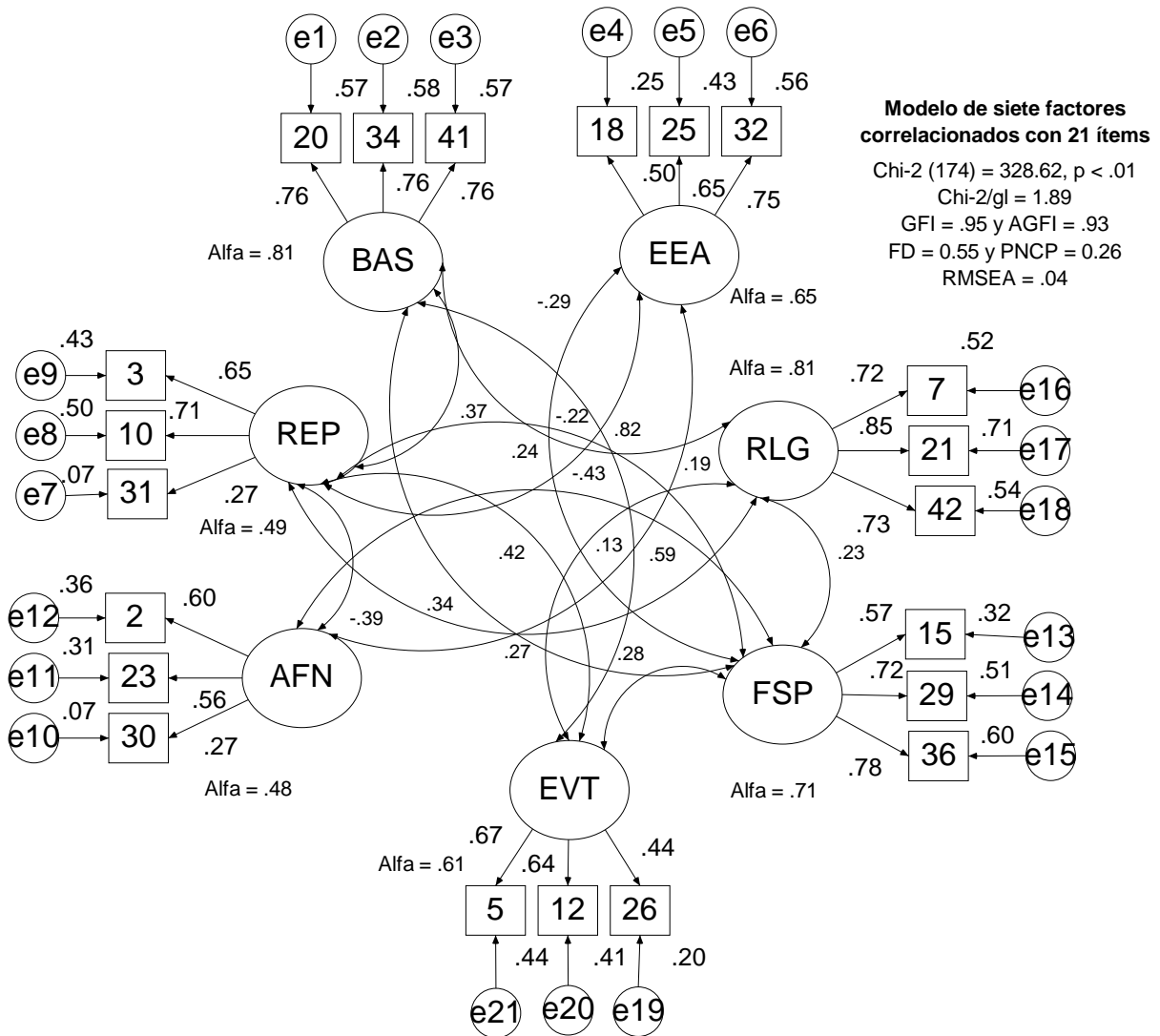


Figura 16. Modelo de 7 factores correlacionados con los parámetros estandarizados y estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS).

Tabla 27

Comparación del ajuste de los modelos con 33 y 21 ítems por GLS

	Ajuste		Modelo	
	Bueno	Malo	CAE-33	CAE-21
X^2			945.76	328.62
gl			481	174
p	>.05	<.01	<.01	<.01
Chi^2/gl	<2	>3	1.97	1.89
GFI	\geq .95	<.85	.90	.95
$AGFI$	\geq .90	<.80	.89	.93
FD	< 2	> 3	1.58	0.55
$PNCP$	< 1	> 2	0.78	0.26
$RMSEA$	< .05	>.07	.04	.04

Estimado por Mínimos cuadrados generalizados (GLS).

La consistencia interna de seis de los siete factores fue más baja en el modelo simplificado con tres ítems cada factor (CAE-21) en comparación con el CAE-33. Los factores de Búsqueda de apoyo social, Religión y Focalización en la solución de problemas obtuvieron una consistencia interna alta en ambos modelos, variando de .71 a .88. El factor de Reevaluación positiva obtuvo una consistencia interna baja en ambos modelos, siendo ligeramente menor en el modelo de 33 ítems (véase Tabla 28).

Tabla 28

Consistencia interna de los 7 factores del CAE con 33 y 21 ítems en la muestra conjunta

Factores del CAE	CAE-33	CAE-21
	α	
BAS	.88	.81
EEA	.79	.65
RLG	.84	.81
FSP	.77	.71
EVT	.65	.61
AFN	.60	.48
REP	.48	.49

CAE: BAS = Búsqueda de apoyo social, EEA = Expresión emocional abierta, RLG = Religión, FSP = Focalización en la solución del problema, EVT = Evitación, AFN = Autofocalización negativa, REP = Reevaluación positiva.

Correlaciones de EAM-22 con el CAE-33 y variables socio-demográficas

En la muestra conjunta las correlaciones son bajas. El puntaje total de EAM-22 y todos sus factores correlacionan con el Estilo de Afrontamiento Negativo (EAN) con valores de .13 a .24, con Autofocalización Negativa (AFN) de .12 a .28 y con Expresión Emocional Abierta (EEA) de .11 a .19. La Focalización en la Solución del Problema (FSP) correlaciona negativamente con el puntaje total de EAM-22 y sus factores post mortem (APM, PDM y AC) con valores de -.09 a -.11; a la inversa, la Religión (RLG) y Evitación (EVT) correlacionan positivamente con el puntaje total de EAM-22 y sus factores EPM y AAM con valores de .08 a .13. En relación con las variables socio-demográficas, por el coeficiente producto-momento de Pearson, el puntaje total y sus factores correlacionan con la escolaridad con valores de -.14 a -.24, pero son independientes de la edad. A menor escolaridad, se puntúa más en ansiedad ante la muerte. Por el coeficiente biserial-puntual, el puntaje total y sus factores correlacionan de forma positiva con el sexo con valores de .11 a .15, esto es, un mayor puntaje en ansiedad se asocia con ser mujer y menor puntaje con ser hombre. Por el coeficiente eta existe asociación del puntaje total de EAM-22 y sus factores post mortem (APM, PDM y AC) con el estado civil, fluctuando los valores de .14 a .16. Mayor ansiedad se da en viudos, personas en unión libre y casados. Menor ansiedad aparece en personas sin parejas con las que convivan diariamente (solteros y divorciados/separados) (véase Tabla 29).

Tabla 29

Correlaciones de EAM-22 con las variables de afrontamiento y socio-demográficas en la muestra conjunta (N = 600)

		EAM-22					
		PT	APM	PDM	AC	EPM	AAM
CAE							
• BAS	<i>r</i>	-.02	-.01	-.02	-.00	-.05	.00
	<i>p</i>	.60	.80	.69	.95	.25	1
• EEA	<i>r</i>	.18	.18	.19	.15	.11	.14
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.01	.00
• RLG	<i>r</i>	.10	.05	.08	.01	.11	.10
	<i>p</i>	.01	.18	.04	.71	.01	.02
• FSP	<i>r</i>	-.09	-.11	-.10	-.10	-.06	-.05
	<i>p</i>	.02	.01	.01	.02	.14	.18
• EVT	<i>r</i>	.09	.04	.04	.03	.13	.08
	<i>p</i>	.02	.33	.35	.39	.00	.04
• AFN	<i>r</i>	.23	.28	.27	.25	.15	.12
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00
• REP	<i>r</i>	.03	-.03	-.03	-.03	.06	.06
	<i>p</i>	.48	.44	.42	.53	.12	.14
• EAP	<i>r</i>	.03	-.01	-.00	-.02	.04	.04
	<i>p</i>	.51	.75	.94	.59	.29	.24
• EAN	<i>r</i>	.21	.24	.23	.20	.13	.14
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00
Sexo	<i>rbp</i>	.15	.13	.13	.12	.14	.11
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.01
Edad	<i>r</i>	-.01	-.02	-.02	-.02	-.01	.02
	<i>p</i>	.87	.63	.68	.64	.83	.69
Escolaridad	<i>r</i>	-.23	-.18	-.14	-.19	-.24	-.17
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00
Estado civil	<i>eta</i>	.14	.16	.15	.14	.12	.10
	<i>p</i>	.02	.00	.01	.02	.08	.22

EAM22: PT = Puntaje total, APM = Ansiedad con lo Posterior a la Muerte, PDM = Preocupación por lo que vendrá Después de la Muerte, AC = Ansiedad Claustrofóbica, EPM = Evitar Pensar en la Muerte, AAM = Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte. CAE33: BAS = Búsqueda de apoyo social, EEA = Expresión emocional abierta, RLG = Religión, FSP = Focalización en la solución del problema, EVT = Evitación, AFN = Autofocalización negativa, REP = Reevaluación positiva, EAP = Estilo de afrontamiento positivo y EAN = Estilo de afrontamiento negativo.

En ambas muestras las correlaciones son bajas, ligeramente mayores en seropositivos que en población general. Sólo 4 alcanzan valores mayores o iguales a .30, con un máximo de .32. En ambas muestras el puntaje total de EAM-22 y todos sus factores correlacionan con el Estilo de Afrontamiento Negativo (EAN) y con Expresión Emocional Abierta (EEA). Autofocalización Negativa (AFN)

correlaciona con el puntaje total y todos los factores de EAM-22 en la muestra de seropositivos, alcanzando los valores más altos de .32 a .15, y en población general con todos los factores de EAM-22 excepto AAM. En seropositivos la Focalización en la Solución del Problema (FSP) correlaciona negativamente con el puntaje total y todos los factores de EAM-22, salvo AAM, pero es independiente en población general (véase Tabla 30).

En seropositivos, la evitación (EVT) correlaciona de forma directa con el puntaje total de EAM-22 y los factores EPM y AAM; y la religión (RLG) con el puntaje total y el factor PDM, cuando en población general con independientes. En relación con las variables socio-demográficas, en la muestra de seropositivos, por el coeficiente producto-momento de Pearson, el puntaje total y los factores de EAM-22 correlacionan con la escolaridad con valores de -.17 a -.28, pero son independientes de la edad. A menor escolaridad mayor puntuación en ansiedad; por el coeficiente biserial-puntual, el puntaje total y los factores de EAM-22 correlacionan de forma positiva con el sexo con valores de .12 a .23, esto es, mayor puntaje en ansiedad se asocia con ser mujer y menor puntaje con ser hombre; por el coeficiente eta existe asociación del puntaje total de EAM-22 y sus factores post mortem (APM, PDM y AC) con el estado civil con valores de .19 a .22. Mayor ansiedad se da en viudos, personas en unión libre y casados. Menor ansiedad aparece en personas sin parejas con las que convivan diariamente (solteros y divorciados/separados) (véase Tabla 30).

En relación con las variables clínicas de las 30 correlaciones calculadas sólo una es significativa, el tiempo de diagnóstico con PDM, siendo una correlación baja y negativa ($r = -.11$, $p = .04$). A mayor tiempo transcurrido se reporta menos preocupación por lo que vendrá después de la muerte (véase Tabla 30).

En la muestra de población general sólo hay correlación entre escolaridad y EPM ($r = -.15$, $p = .01$). A menor escolaridad, se puntúa más en evitar pensar en la muerte (véase Tabla 30).

Tabla 30

Correlaciones de EAM-22 con las variables de afrontamiento y, sociodemográficas en seropositivos y población general y con clínicas en seropositivos

		EAM-22											
		Seropositivos (n = 300)						Población General (n = 300)					
		PT	APM	PDM	AC	EPM	AAM	PT	APM	PDM	AC	EPM	AAM
Afrontamiento													
BAS	<i>r</i>	.01	.00	-.01	.01	-.06	.08	-.02	-.01	-.01	-.01	.00	-.04
	<i>p</i>	.89	.99	.86	.85	.32	.17	.73	.85	.83	.91	.94	.45
EEA	<i>r</i>	.23	.22	.23	.17	.16	.18	.17	.16	.16	.14	.11	.16
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.01	.02	.06	.00
RLG	<i>r</i>	.11	.10	.11	.07	.09	.08	.06	-.01	.04	-.06	.11	.08
	<i>p</i>	.05	.08	.05	.21	.14	.14	.26	.87	.51	.29	.06	.14
FSP	<i>r</i>	-.15	-.16	-.16	-.13	-.12	-.07	-.01	-.04	-.02	-.04	.03	-.02
	<i>p</i>	.01	.01	.01	.02	.04	.22	.80	.53	.68	.44	.66	.76
EVT	<i>r</i>	.12	.03	.03	.02	.17	.11	.05	.05	.04	.05	.06	.03
	<i>p</i>	.04	.63	.58	.73	.00	.05	.35	.40	.48	.40	.27	.64
AFN	<i>r</i>	.27	.31	.32	.26	.15	.17	.19	.25	.22	.23	.15	.08
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.01	.00	.00	.00	.00	.00	.01	.16
REP	<i>r</i>	.01	-.11	-.13	-.07	.11	.08	.01	.05	.07	.02	-.04	-.01
	<i>p</i>	.85	.05	.02	.21	.06	.17	.91	.36	.20	.76	.53	.80
EAP	<i>r</i>	.03	-.02	-.02	-.02	.03	.08	.03	.00	.02	-.03	.06	.01
	<i>p</i>	.64	.68	.66	.75	.63	.16	.66	1	.69	.65	.30	.81
EAN	<i>r</i>	.29	.30	.30	.24	.20	.18	.15	.17	.16	.17	.08	.12
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.01	.00	.01	.00	.16	.04
Variables sociodemográficas													
Sexo	<i>rbp</i>	.23	.22	.21	.19	.20	.12	.08	.04	.04	.03	.07	.10
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.03	.17	.52	.53	.57	.21	.08
Edad	<i>r</i>	-.02	-.03	-.04	-.02	-.02	.02	.00	-.01	.00	-.02	.01	.02
	<i>p</i>	.78	.62	.53	.77	.70	.78	.94	.87	.95	.70	.92	.77
Esc.	<i>r</i>	-.28	-.25	-.20	-.27	-.25	-.17	-.11	-.07	-.05	-.08	-.15	-.07
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.06	.23	.36	.18	.01	.25
Est. civil	<i>eta</i>	.20	.22	.22	.19	.15	.15	.09	.08	.06	.09	.12	.12
	<i>p</i>	.02	.01	.01	.03	.13	.17	.65	.75	.87	.70	.33	.36
Variables clínicas													
TD	<i>r</i>	-.11	-.09	-.11	-.04	-.11	-.07						
	<i>p</i>	.06	.13	.04	.44	.06	.25						
CD4	<i>r</i>	.03	.03	-.01	.08	.01	.02						
	<i>p</i>	.76	.71	.87	.36	.93	.81						
CV	<i>rbp</i>	-.07	-.06	-.04	-.07	-.10	-.01						
	<i>p</i>	.34	.42	.60	.32	.15	.94						
ES	<i>rbp</i>	-.07	-.09	-.06	-.10	-.01	-.07						
	<i>p</i>	.20	.13	.26	.08	.88	.21						
Med	<i>rbp</i>	-.00	.00	.02	-.02	-.02	.01						
	<i>p</i>	.94	.99	.74	.70	.76	.92						

EAM22: PT = Puntaje total, APM = Ansiedad con lo Posterior a la Muerte, PDM = Preocupación por lo que vendrá Después de la Muerte, AC = Ansiedad Claustrofóbica, EPM = Evitar Pensar en la Muerte, AAM = Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte. CAE33: BAS = Búsqueda de apoyo social, EEA = Expresión emocional abierta, RLG = Religión, FSP = Focalización en la solución del problema, EVT = Evitación, AFN = Autofocalización negativa, REP = Reevaluación positiva, EAP = Estilo de afrontamiento positivo y EAN = Estilo de afrontamiento negativo. Variables clínicas: TD: Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH+, CD4 = Conteo de CD4, CV = Carga viral (detectable o indetectable), ES = Estado de salud (sintomático o asintomático) y Med. = Toma o no medicamentos antivirales (sí o no).

Predicción del Puntaje Total de EAM-22 con CAE y Variables Socio-demográficas

Se introducen inicialmente sólo las variables numéricas que presentan correlación significativa con el criterio. En la muestra conjunta, en relación con el CAE son: EAN, EEA, FSP, AFN, RLG y EVT, y en relación con las variables socio-demográficas es la escolaridad. Por el método *Stepwise* se incorporan cuatro variable en el modelo: Escolaridad ($\beta = -.21$) Autofocalización negativa ($\beta = .15$), Expresión Emocional Abierta ($\beta = .11$) y Evitación ($\beta = .08$). El modelo es significativo ($F(4, 595) = 18.30, p < .01$). Se explica el 10% de la varianza del criterio. Hay cierta colinealidad entre AFN y EEA como indica el descenso de los valores de correlación al ser parcializados y los valores de Tolerancia (Tol.) e Inflación de varianza (FIV) alejados de 1 (véase Tabla 31). La distribución de los residuos se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 0.71, p = .70$) (véase Figura 17) y en el diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados y los residuos estandarizados no se observa tendencia lineal (véase Figura 18), reflejando independencia de los residuos, cumpliéndose así los supuestos en relación con los mismos. Menor escolaridad, mayor autofocalización negativa, mayor expresión emocional abierta y mayor evitación predicen mayor ansiedad ante la muerte en ambas muestras.

Tabla 31

Modelo de regresión en la muestra conjunta (N = 600)

Modelo	Coeficientes			Significación		Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	70.05	3.18		21.99	.00					
Escolaridad	-4.32	0.80	-.21	-5.42	.00	-.23	-.22	-.21	.98	1.02
AFN	1.18	0.35	.15	3.39	.00	.23	.14	.13	.79	1.27
EEA	0.53	0.21	.11	2.52	.01	.18	.10	.10	.81	1.23
EVT	0.42	0.21	.08	2.02	.04	.09	.08	.08	.99	1.01

Método: *Stepwise*. Criterio: EAM-22. $R = .33, R^2 = .11, R^2_{aj.} = .10, FEE = 19.35$. AFN = Autofocalización negativa, EEA = Expresión emocional abierta y EVT = Evitación.

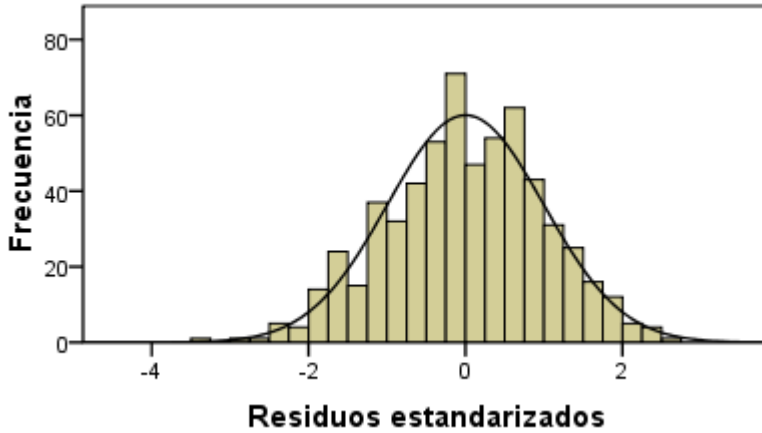


Figura 17. Histograma de los residuos estandarizados en la muestra conjunta.

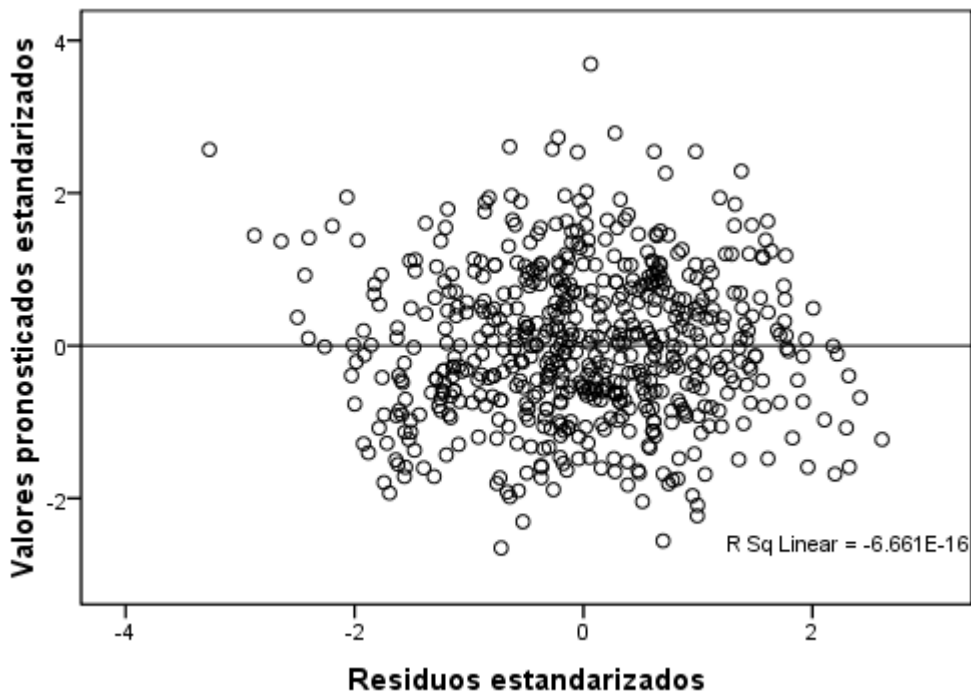


Figura 18. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados en la muestra conjunta.

En la muestra de seropositivos, se introducen como predictores aquellas variables numéricas que correlacionaron con el criterio: EAN, EEA, FSP, AFN, RLG, EVT y escolaridad. Por el método *Stepwise* se incorporan cuatro variable en el modelo: Estilo de Afrontamiento Negativo ($\beta = .28$), Escolaridad ($\beta = -.20$), Evitación ($\beta = .13$) y Religión ($\beta = .12$). El modelo es significativo ($F(4, 295) = 14.55$, $p < .01$). Se explica el 15% de la varianza del criterio. Los valores de

correlación al ser parcializados se mantienen y los valores de Tolerancia (Tol.) e Inflación de varianza (FIV) se aproximan mucho a 1, reflejando independencia o ausencia de colinealidad entre los predictores (véase Tabla 32). La distribución de los residuos se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 0.60$, $p = .86$) (véase Figura 19) y en el diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados y los residuos estandarizados no se observa tendencia lineal (véase Figura 20), reflejando independencia de los residuos, cumpliéndose así los supuestos en relación con los mismos. Mayor estilo de afrontamiento negativo, menor escolaridad, mayor evitación y mayor apoyo en la religión predicen mayor ansiedad ante la muerte en seropositivos.

Tabla 32
Modelo de regresión en la muestra de seropositivos ($n = 300$)

Modelo	Coeficientes			Significación		Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	56.06	5.94		9.44	.00					
EAN	0.64	0.13	.28	4.92	.00	.29	.28	.26	.89	1.12
Escolaridad	-3.97	1.09	-.20	-3.64	.00	-.28	-.21	-.19	.92	1.09
EVT	0.67	0.27	.13	2.46	.02	.12	.14	.13	.97	1.03
RLG	0.38	0.17	.12	2.18	.03	.11	.13	.12	.91	1.10

Método: *Stepwise*. Criterio: EAM-22. $R = .41$, $R^2 = .17$, $R^2_{aj.} = .15$, $EEE = 18.74$. EAN = Estilo de afrontamiento negativo, EVT = Evitación y RLG = Religión.

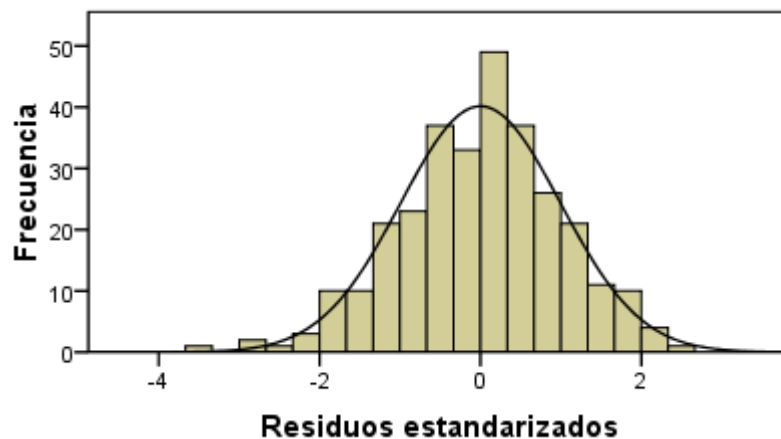


Figura 19. Histograma de los residuos estandarizados en la muestra de seropositivos.

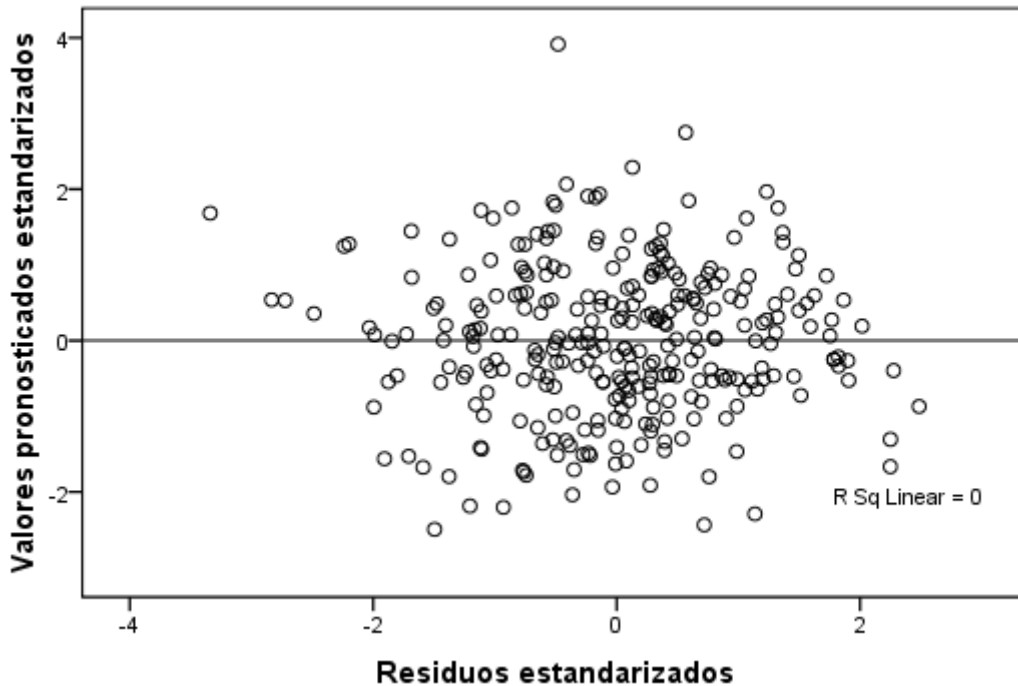


Figura 20. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados en la muestra de seropositivos.

En la muestra de población general, se introducen como predictores aquellas variables numéricas que correlacionaron con el criterio: EAN, EEA y AFN. Por el método *Stepwise* se incorpora sólo una variable: Autofocalización Negativa ($\beta = .20$). El modelo es significativo ($F(1, 298) = 11.73, p < .01$). Se explica el 4% de la varianza del criterio (véase Tabla 33). La distribución de los residuos se ajusta a una curva normal ($Z_{\kappa-S} = 0.56, p = .92$) (véase Figura 21) y en el diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados y los residuos estandarizados no se observa tendencia lineal (véase Figura 22), reflejando independencia de los residuos, cumpliéndose así los supuestos en relación con los mismos. Mayor autofocalización negativa predice mayor ansiedad ante la muerte en población general.

Tabla 33

Modelo de regresión en la muestra de población general (n = 300)

Modelo	Coeficientes		Significación		Correlación			Colinealidad		
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol	FIV
Constante	59.95	1.88		31.93	.00					
AFN	1.58	0.46	.20	3.42	.00	.20	.20	.20	1	1

Método: Stepwise. Criterio: EAM-22. $R = .20$, $R^2 = .04$, $R^2_{aj.} = .04$, $EEE = 19.80$. AFN = Autofocalización negativa.



Figura 21. Histograma de los residuos estandarizados en la muestra de población general.

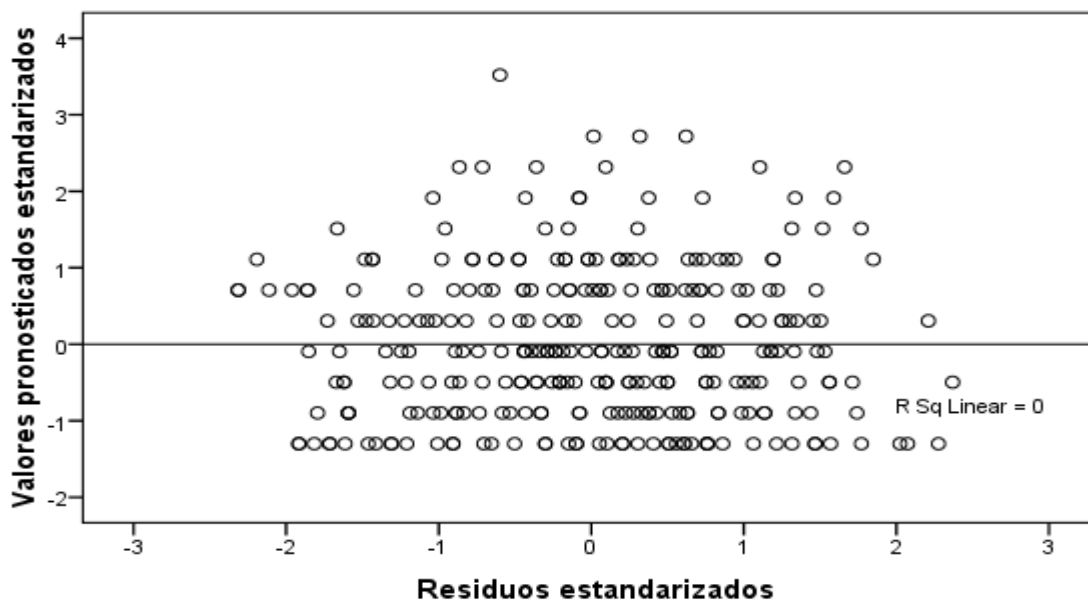


Figura 22. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados en la muestra de población general.

Contraste de un modelo predictivo por análisis de senderos

Debido a la existencia de colinealidad en el modelo de la muestra conjunta se contrasta éste contemplando correlaciones entre los predictores por medio de análisis de senderos, empleando el método de Mínimos Cuadrados Generalizados desde la modalidad unigrupo ($N = 600$) y multigrupo (muestras de seropositivos y población general).

La autofocalización negativa correlaciona con la expresión emocional abierta, escolaridad y evitación. El puntaje total de EAM-22 es pronosticado por AFN, EEA, EVT y escolaridad (Modelo 1). En la muestra conjunta este modelo tiene todas sus correlaciones y vías direccionales significativas. Se explica el 11% de la variable endógena (EAM-22). El ajuste a los datos es bueno ($\chi^2(3, N = 600) = 3.84, p = .28, \chi^2/gf = 1.28, FD = 0.01, PNCP < 0.01, GFI = 1, AGFI = .99, NFI = .97, CFI = .99$ y $RMSEA = .02$) (véase Tabla 34).

Al contrastarse el modelo por la modalidad multigrupo, entre las muestras de seropositivos y población general, el ajuste es bueno ($\chi^2(6, N = 600) = 11.25, p = .08, \chi^2/gf = 1.87, FD = 0.02, PNCP = 0.01, GFI = .99, AGFI = .96, NFI = .92, CFI = .96$ y $RMSEA = .04$) (véase Tabla 34). Se explica el 16% de la variable endógena en la muestra de seropositivos y el 5% en población general. En seropositivos todas las vías direccionales son significativas y las correlaciones, salvo entre AFN y EVT ($r = .06, p = .29$). En población general sólo la autofocalización negativa predice la ansiedad ante la muerte y las correlaciones de AFN con EEA y Escolaridad son significativas.

En el modelo 1 se tiene que la correlación entre AFN y EVT sólo es significativa en muestra conjunta, donde el tamaño muestral es mayor, pero no en las muestras integrantes, con la mitad de casos cada una, ya que su valor es bajo ($r = .08, p = .03$). Si se elimina esta correlación se define el modelo 1 revisado. En la muestra conjunta, este modelo sigue teniendo buen ajuste. $\chi^2(4, N = 600) = 8.33, p = .08, \chi^2/gf = 2.08, FD = 0.01, PNCP = 0.01, GFI = .99, AGFI = .98, NFI = .94, CFI = .97$ y $RMSEA = .04$. Todas sus vías y correlaciones son significativas y se explica 11% de la varianza de EAM-22 (véanse Tabla 34 y Figura 23). En la

modalidad multigrupo el ajuste es de bueno ($FD = 0.03$, $PNCP = 0.01$, $GFI = .99$, $AGFI = .96$, $CFI = .93$ y $RMSEA = .04$) a adecuado ($\chi^2 (8, N = 600) = 16.04$, $p = .04$, $\chi^2/df = 2.01$ y $NFI = .89$). En ambas muestras las dos correlaciones son significativas. En seropositivos las cuatro vías direccionales son significativas, pero en población general sólo de la AFN sobre EAM-22. No hay cambios en la varianza explicada de la variable endógena (16 y 5%, respectivamente) (véanse Tabla 34 y Figuras 24 y 25).

Se estima un segundo modelo derivado del análisis de regresión lineal en la muestra de seropositivos (Modelo 2). La ansiedad ante la muerte es pronosticada por el estilo de afrontamiento negativo, el apoyo en la religión, la evitación y la escolaridad. La religión correlaciona con el estilo de afrontamiento negativo, la evitación y la escolaridad, además el estilo de afrontamiento negativo correlaciona con la escolaridad. Este modelo presenta buen ajuste tanto en la muestra conjunta por la modalidad unigrupo como en las muestras de seropositivos y población general por la modalidad multigrupo. Las cuatro vías direccionales y correlaciones son significativas en la muestra conjunta y de seropositivos. En población general son significativas tres correlaciones y la predicción de la ansiedad ante la muerte por el estilo de afrontamiento negativo. Se explica 11% de la varianza de la EAM-22 en la muestra conjunta, 17% en seropositivos y 4% en población general (véanse Tabla 34 y Figuras 26, 27 y 28).

Por prueba de la diferencia de los estadísticos chi-cuadrado, el ajuste de los modelos 1 revisado y 2 es estadísticamente equivalente en la muestra conjunta ($\Delta\chi^2 (2) = 3.72$, $p = .16$). No obstante, al separar ambas muestras el contraste sí es diferencial ($\Delta\chi^2 (4) = 9.89$, $p = .04$).

Se considera mejor el modelo 2 por el buen ajuste en la modalidad multigrupo, con una mejora significativa en comparación con el modelo 1 revisado, y al ser altos los valores de consistencia interna de las variables entrantes. Precisamente se sustituye AFN con consistencia algo baja y EEA con consistencia alta por una variable que incluye a ambas EAN que posee consistencia alta y mayor a las anteriores. Además el modelo 2 introduce la variable de apoyo religioso que está ausente en el modelo 1 revisado y mantiene evitación y

escolaridad. Si en el primer modelo se tiene una correlación moderada entre AFN y EEA, en el segundo las correlaciones son bajas ($< .30$), habiendo menos inflación de varianza sobre la endógena.

El miedo a la muerte es pronosticado sobre todo por un estilo de afrontamiento negativo. Este estilo está más definido por un menor apoyo en la religión y menor escolaridad. La evitación y religión muestra un peso equivalente al pronosticar ansiedad ante la muerte y están directamente relacionadas. Las personas que son más evitativas se apoyan más en la religión. Las personas con menor escolaridad también se apoyan más en la religión. Así una persona con más escolaridad probablemente acudirá menos a la religión y tenderá menos al estilo de afrontamiento negativo. En la medida que se apoya menos en la religión es más probable que emplee menos la evitación. Especialmente si el estilo de afrontamiento negativo no está muy definido sufrirá menos ansiedad ante la muerte. Una persona con baja escolaridad tenderá más al estilo de afrontamiento negativo y al apoyo en la religión; no obstante, el mayor apoyo religioso contribuye a un menor afrontamiento negativo. En la medida que se apoya en la religión tenderá a ser más evitativa. Su estilo de afrontamiento negativo más definido, junto a una mayor religiosidad y evitación potenciarán la ansiedad ante la muerte. Esto se aplica sobre todo a seropositivos, donde la varianza explicada es mayor. En población general la escolaridad es independiente del apoyo religioso, además religión y evitación no tienen efecto sobre la ansiedad ante la muerte.

Tabla 34

Índices de ajuste en la muestra conjunta y separando ambas muestras

Modalidad	Índices de ajuste	Interpretación		Modelos		
		Buena	Mala	1*	1 revisado**	2***
Unigrupo (Muestra conjunta)	χ^2			3.84	8.33	4.61
	<i>gl</i>			3	4	2
	<i>p</i>	> .05	< .01	.28	.08	.10
	χ^2/gl	< 2	> 3	1.28	2.08	2.31
	<i>FD</i>	< 2	> 3	0.01	0.01	0.01
	<i>PNCP</i>	< 1	> 2	<0.01	0.01	<0.01
	<i>GFI</i>	≥ .95	< .85	1	.99	1
	<i>AGFI</i>	≥ .90	< .80	.99	.98	.98
	<i>NFI</i>	≥ .90	< .80	.97	.94	.96
	<i>CFI</i>	≥ .95	< .85	.99	.97	.98
	<i>RMSEA</i>	≤ .05	> .08	.02	.04	.05
Multigrupo (Seropositivos y Población general)	χ^2			11.25	16.04	6.15
	<i>gl</i>			6	8	4
	<i>p</i>	> .05	≤ .01	.08	.04	.19
	χ^2/gl	< 2	> 3	1.87	2.01	1.54
	<i>FD</i>	< 2	> 3	0.02	0.03	0.01
	<i>PNCP</i>	< 1	> 2	0.01	0.01	< 0.01
	<i>GFI</i>	≥ .95	< .85	.99	.99	1
	<i>AGFI</i>	≥ .90	< .80	.96	.96	.97
	<i>NFI</i>	≥ .90	< .80	.92	.89	.95
	<i>CFI</i>	≥ .95	< .85	.96	.93	.98
	<i>RMSEA</i>	≤ .05	> .08	.04	.04	.03

* Figuras 23, 24 y 25, añadiendo la correlación entre AFN y EVT ** Figuras 23, 24 y 25 *** Figuras 26, 27 y 28.

Muestra conjunta

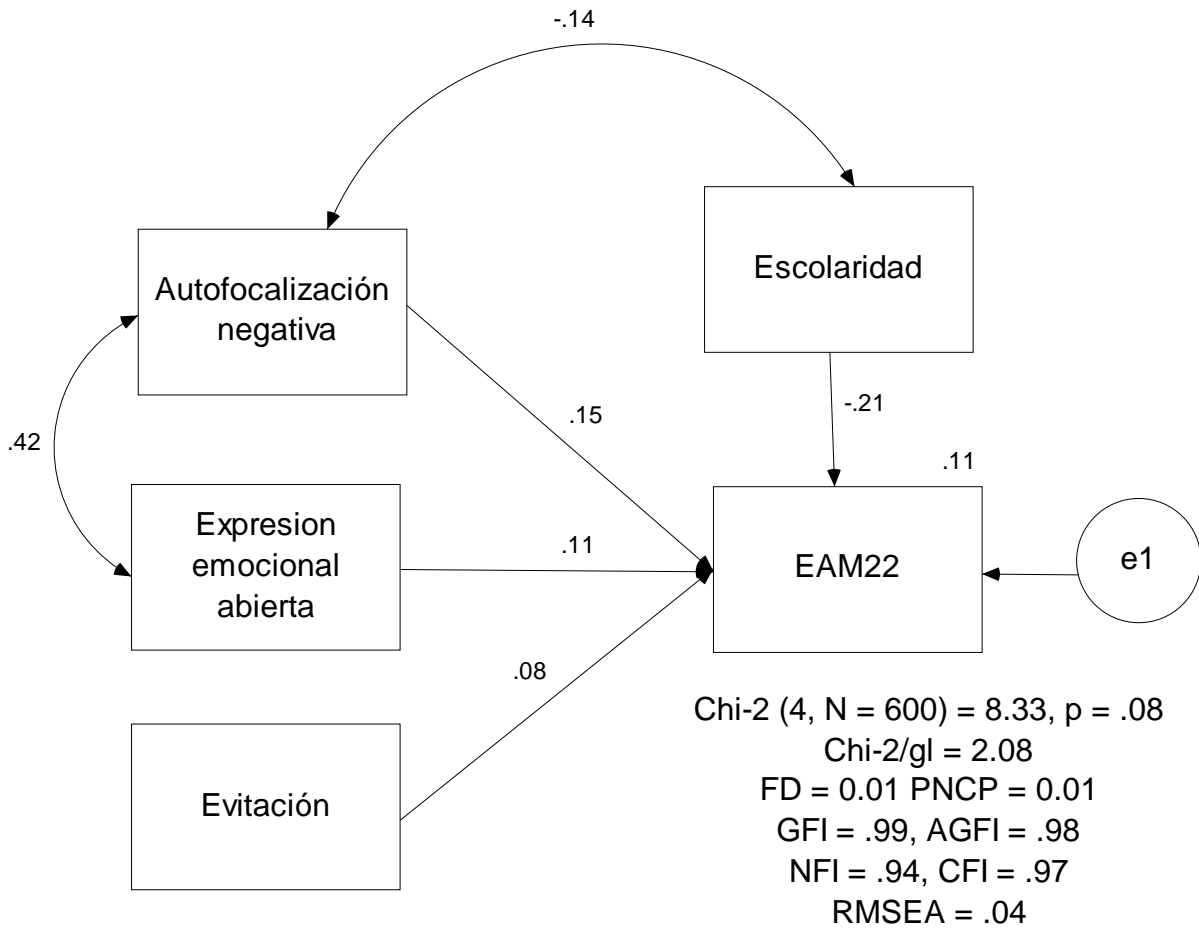


Figura 23. Modelo 1 revisado estandarizado estimado por GLS por la modalidad unigrupo.

Muestra de seropositivos

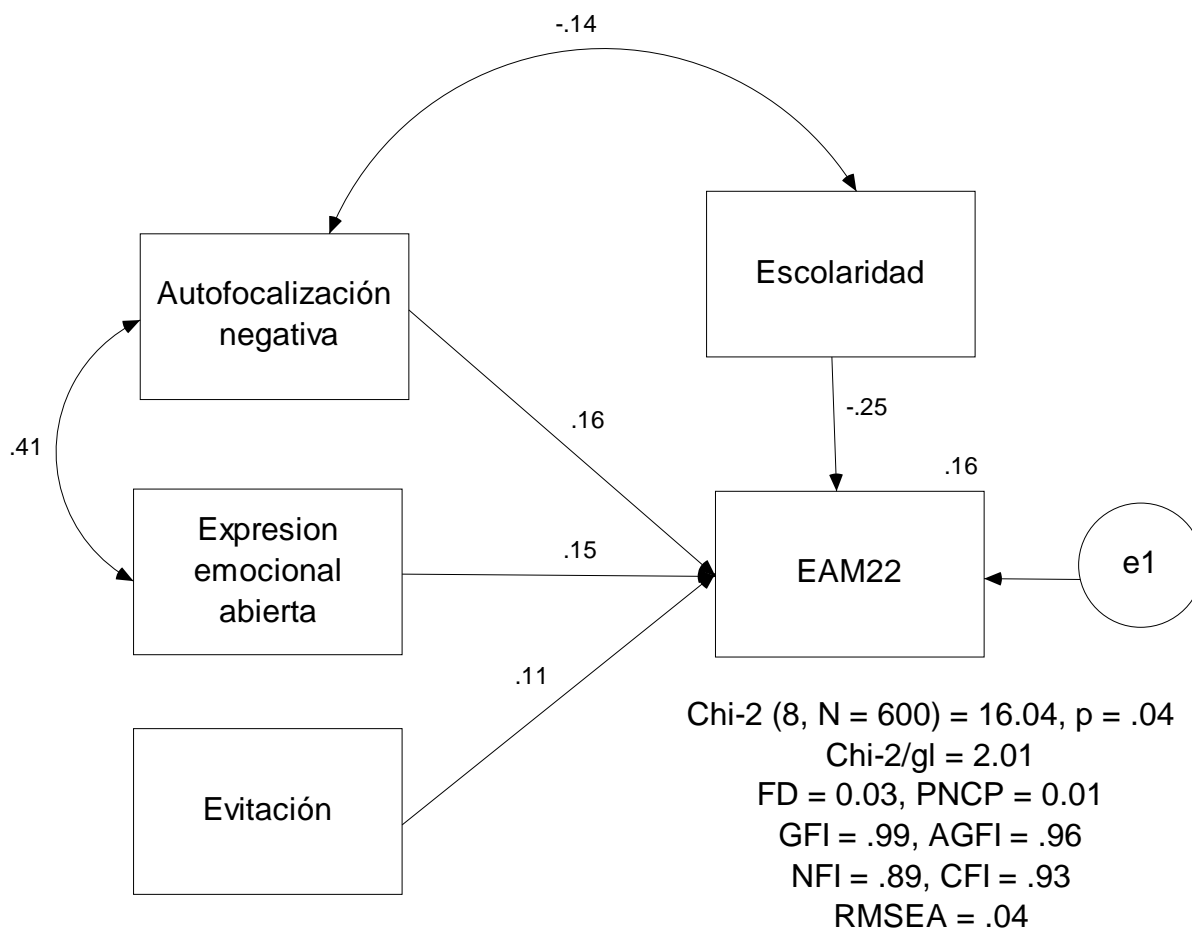


Figura 24. Modelo 1 revisado estandarizado sin constricciones estimado por GLS por la modalidad multigrupo.

Muestra de población general

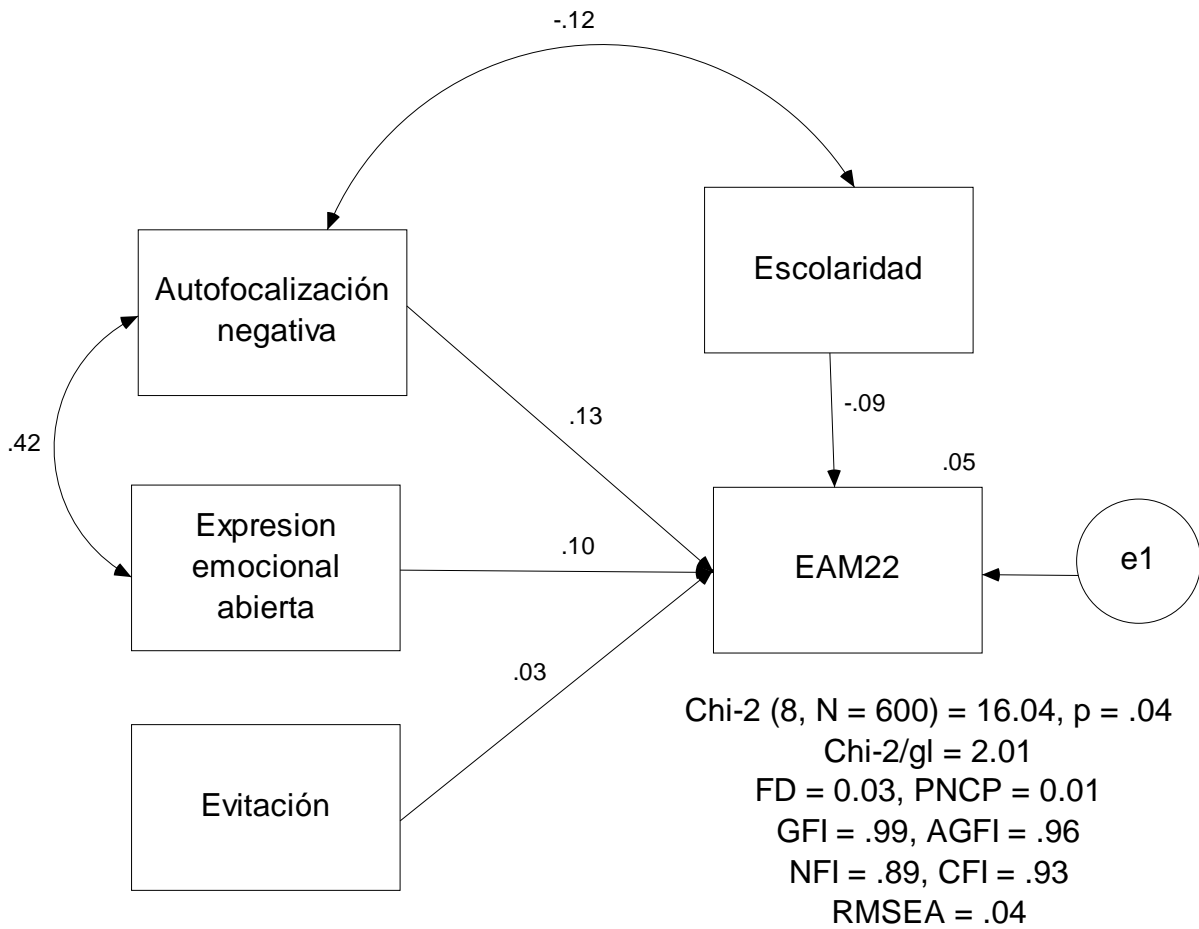


Figura 25. Modelo 1 revisado estandarizado sin constricciones estimado por GLS por la modalidad multigrupo.

Muestra conjunta

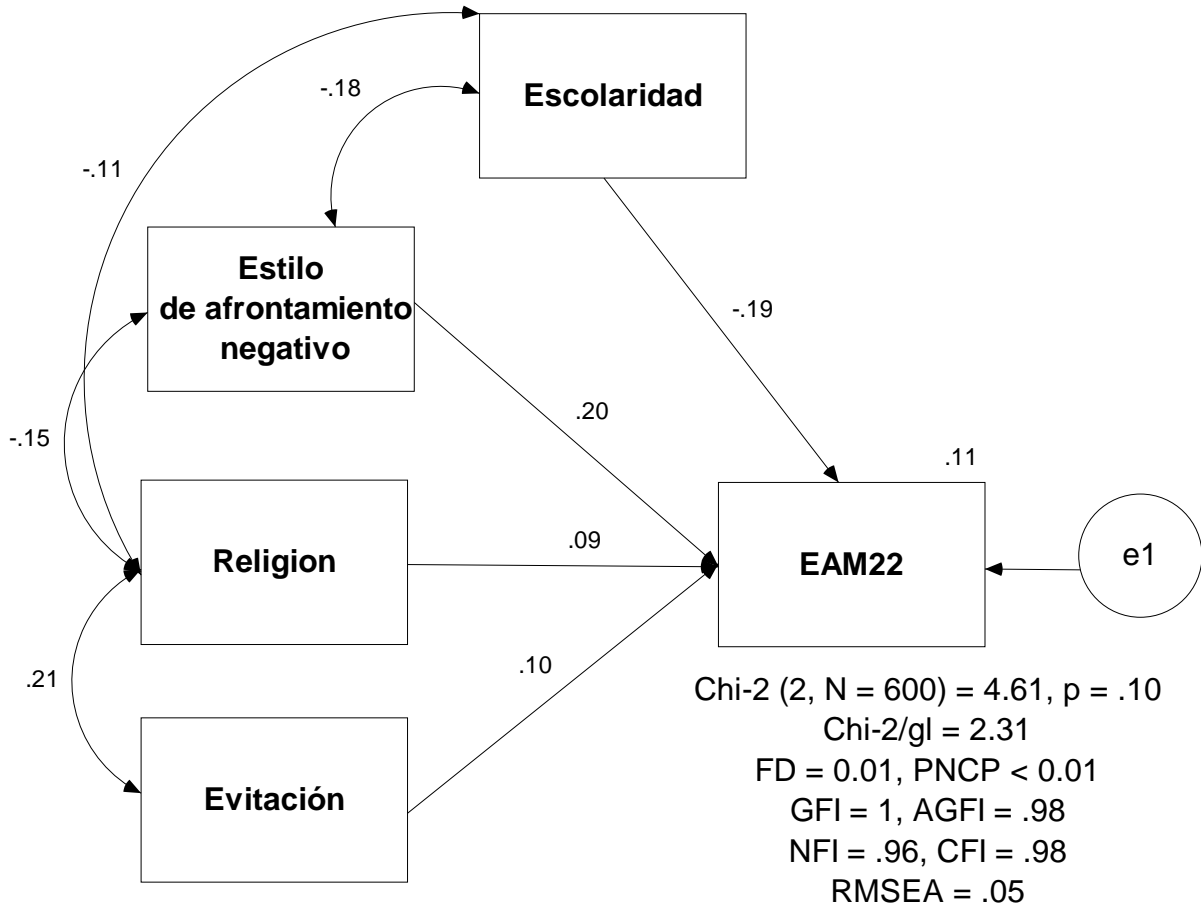


Figura 26. Modelo 2 estandarizado estimado por GLS por la modalidad unigrupo.

Muestra de seropositivos

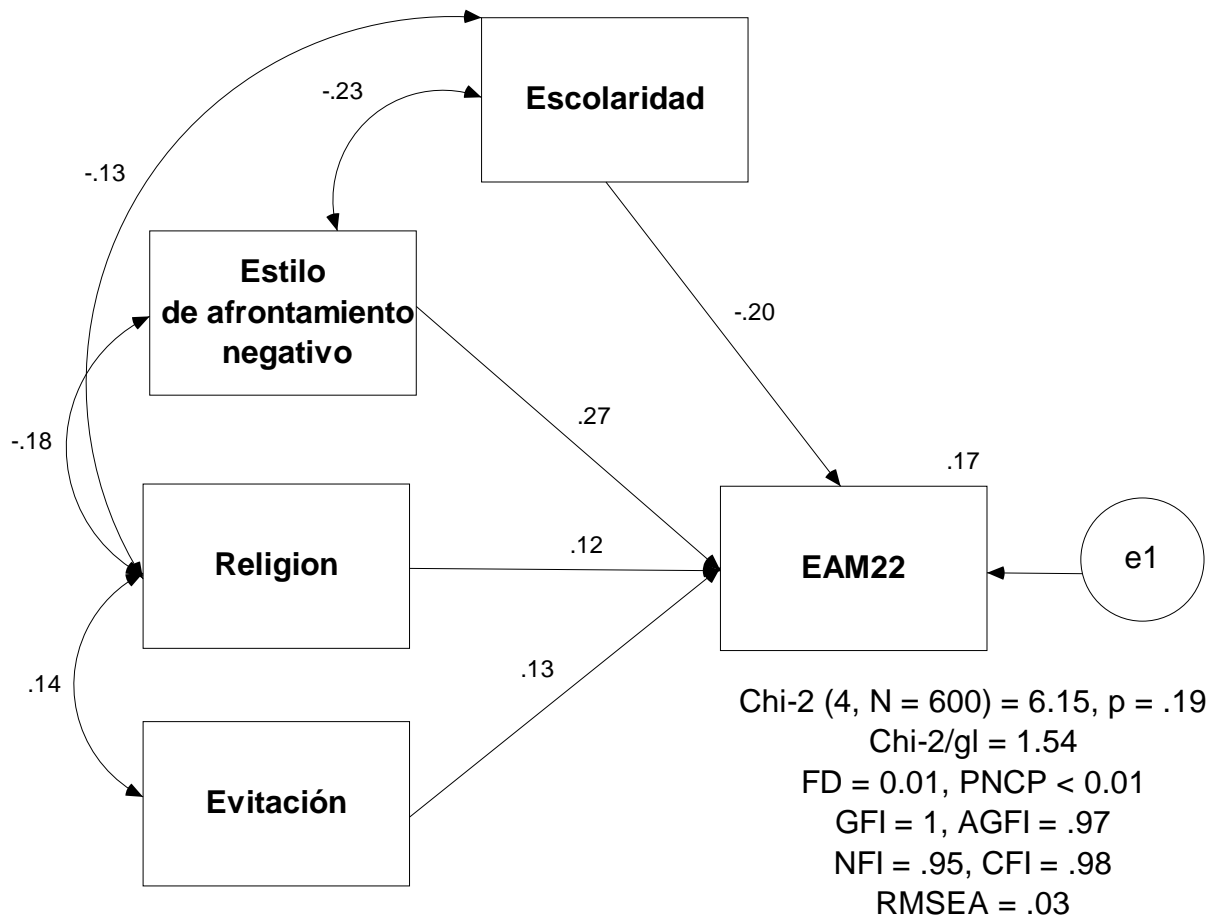


Figura 27. Modelo 2 estandarizado sin constricciones estimado por GLS por la modalidad multigrupo.

Muestra de población general

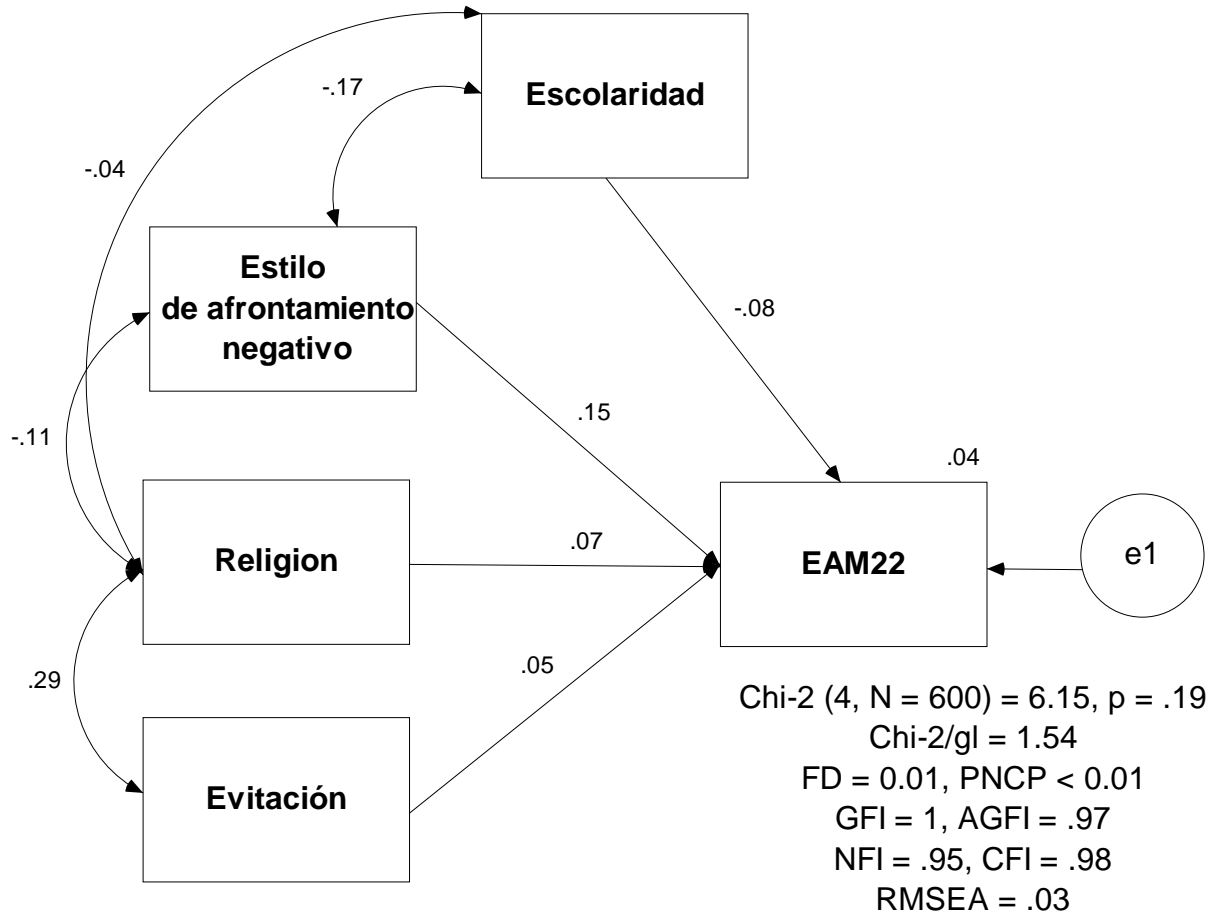


Figura 28. Modelo 2 estandarizado sin restricciones estimado por GLS por la modalidad multigrupo.

Dicotomización del puntaje total de EAM-22

Con la intención de introducir las variables socio-demográficas cualitativas en el modelo de predicción se acude a regresión logística dicotomizando el puntaje total de EAM-22. Primero se determina cuáles variables correlacionan con el criterio dicotomizado. Con los correlatos significativos se estima el modelo por un método de pasos progresivos hacia adelante con el criterio condicional.

La distribución del puntaje total de EAM-22 se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 0.99$, $p < .28$) con un media de 67.85 y una desviación estándar de 20.43. Toda puntuación menor a 88 refleja una ansiedad ante la muerte promedio o baja

e igual o mayor a 88 una ansiedad alta. Así se dicotomiza el puntaje total de EAM-22 por dicho valor. Se tiene un grupo con alta ansiedad ante la muerte, que representa el 17% (103 de 600) de la muestra, y otro grupo con ansiedad promedio o baja que está integrado por el restante 83% (497 de 600).

Al estudiarse la asociación con las nueve variables de afrontamiento por el coeficiente de correlación biserial-puntual y con cuatro variables socio-demográficas por los coeficientes biserial-puntual, phi y V de Cramer, se observa correlación significativa con EAN, escolaridad, AFN, FSP, EEA y estado civil en la muestra de seropositivos y conjunta, con BAS sólo en la muestra conjunta y con sexo sólo en la muestra de seropositivos. Todas las variables son independientes en la muestra de población general. Las cinco variables clínicas de la muestra de seropositivos fueron independientes del criterio. Las correlaciones son bajas y ligeramente mayores en la muestra de seropositivos (véase Tabla 35). Sólo se estiman modelos de regresión logística en la muestra conjunta y de seropositivos.

De forma adicional se dicotomiza el puntaje total de EAM-22 por la mediana ($Mdn = 69$). Se tiene un grupo de 299 participantes con puntuaciones por debajo de la mediana y 301 con puntuaciones iguales o mayores a la mediana, siendo el número de integrantes de cada grupo estadísticamente equivalente (prueba binomial: $p = .97$). Se observa correlaciones significativas en las tres muestras con sexo, AFN, EAN y EEA, en la muestra de seropositivos y conjunta con FSP, escolaridad y estado civil, sólo en la muestra de seropositivos con EVT y sólo en la muestra conjunta con RLG. Las cinco variables clínicas de la muestra de seropositivos también fueron independientes del criterio (véase Tabla 35). Se estiman modelos en las tres muestras.

Tabla 35

Correlación de la escala de ansiedad ante la muerte dicotomizada con las variables de afrontamiento, socio-demográficas y clínicas

		DEAM-22*			DEAM-22**		
		Conjunta	Sero-positivos	Población General	Conjunta	Sero-positivos	Población General
Afrontamiento							
BAS	r_{bp}	-.08	-.08	-.07	-.04	-.03	-.04
	p	.04	.15	.24	.30	.63	.54
EEA	r_{bp}	.09	.14	.05	.12	.13	.15
	p	.03	.02	.36	.00	.02	.01
RLG	r_{bp}	-.02	.01	-.08	.09	.10	.06
	p	.54	.89	.19	.03	.08	.31
FSP	r_{bp}	-.09	-.16	-.00	-.09	-.15	-.01
	p	.02	.00	.97	.03	.01	.86
EVT	r_{bp}	.05	.05	.04	.06	.12	-.01
	p	.22	.41	.43	.12	.04	.90
AFN	r_{bp}	.12	.14	.10	.18	.24	.12
	p	.00	.02	.09	.00	.00	.04
REP	r_{bp}	.00	-.05	.05	.01	.03	-.03
	p	.96	.37	.38	.71	.62	.61
EAP	r_{bp}	-.06	-.08	-.04	.00	.01	.00
	p	.14	.17	.51	.90	.86	.99
EAN	r_{bp}	.14	.21	.06	.17	.23	.12
	p	.00	.00	.26	.00	.00	.04
Variables socio-demográficas							
Edad	r_{bp}	.02	-.02	.07	.05	.07	.03
	p	.55	.74	.21	.21	.23	.56
Escolaridad	r_{bp}	-.15	-.19	-.07	-.22	-.28	-.11
	p	.00	.00	.25	.00	.00	.06
Sexo	φ	.02	.12	-.08	.20	.22	.17
	p	.54	.04	.17	.00	.00	.00
Estado civil	V	.14	.19	.11	.13	.18	.12
	p	.03	.02	.50	.03	.04	.40
Variables clínicas							
TDx	r_{bp}		-.08			-.08	
	p		.17			.15	
CD4	r_{bp}		.07			-.02	
	p		.40			.84	
CV	φ		-.09			-.04	
	p		.23			.61	
ES	φ		-.09			-.07	
	p		.13			.20	
Med.	φ		.01			-.08	
	p		.83			.17	

DEAM-22: * Se dicotomiza por 88 que corresponde a una puntuación a una desviación por encima de la media. ** Se dicotomiza por 69 que corresponde a la mediana. CAE33: BAS = Búsqueda de apoyo social, EEA = Expresión emocional abierta, RLG = Religión, FSP = Focalización en la solución del problema, EVT = Evitación, AFN = Autofocalización negativa, REP = Reevaluación positiva, EAP = Estilo de afrontamiento positivo y EAN = Estilo de afrontamiento negativo. TDx = Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH+, CD4 = Conteo de CD4, CV = Carga viral, ES =

Percepción del estado de salud y Med. = Toma o no medicamentos antivirales.

Se inicia el cálculo de los modelos de regresión tomando como criterio la variable EAM-22 dicotomizada por el valor 88 que corresponde a una puntuación a una desviación estándar por encima de la media. En la muestra conjunta el modelo queda integrado por dos variables de las siete con las que se calcula, aparte de la constante: estilo de afrontamiento negativo ($OR = 1.04$, con 95% de IC [1.01, 1.06]) y escolaridad ($OR = 0.71$ con 95% de IC [0.57, 0.88]) (véase Tabla 36). El modelo es significativo (prueba ómnibus: $\chi^2(2, N = 600) = 20.88, p < .01$) y muestra bondad de ajuste por la prueba de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2(8, N = 600) = 8.18, p = .42$). Explica el 6% de la varianza del criterio (presentar o no niveles altos de ansiedad ante la muerte) por la correlación múltiple al cuadrado de Nagelkerke y 3% por la de Cox y Snell. Clasifica correctamente al 100% (497 de 497) de los participantes con niveles promedios o bajos de ansiedad, pero al 0% (0 de 103) de los participantes con niveles altos de ansiedad. Esta deficiente capacidad de clasificación junto con la baja varianza explicada lo convierte en un mal modelo que además no integra ninguna variable cualitativa. El estilo de afrontamiento negativo actúa como factor de riesgo y la mayor escolaridad como factor protector de ansiedad ante la muerte en la muestra conjunta.

En la muestra de seropositivos el modelo queda integrado por dos variables numéricas y una cualitativa de las siete inicialmente consideradas, aparte de la constante: estilo de afrontamiento negativo ($OR = 1.06$, con 95% de IC [1.02, 1.10]), escolaridad ($OR = 0.63$ con 95% de IC [0.45, 0.87]) y estado civil, siendo el grupo de separados/divorciados la categoría significativa ($OR = 0.07$ con 95% de IC [0.01, 0.92]) (véase Tabla 36). El modelo es significativo (prueba ómnibus: $\chi^2(6, N = 300) = 32.83, p < .01$) y muestra bondad de ajuste por la prueba de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2(8, N = 300) = 7.32, p = .50$). Explica el 17% de la varianza del criterio (presentar o no niveles altos de ansiedad ante la muerte) por la correlación múltiple al cuadrado de Nagelkerke y 10% por la de Cox y Snell. Clasifica correctamente al 98% (238 de 242) de los participantes con niveles promedios o bajos de ansiedad, pero sólo al 12% (7 de 58) de los participantes con niveles altos de ansiedad. El modelo, aunque mejoró en relación con el de la muestra

conjunta e incorpora una variable cualitativa (estado civil), sigue teniendo una capacidad explicativa y de clasificación muy deficiente. El estilo de afrontamiento negativo actúa como factor de riesgo; por el contrario, el ser divorciado o separado y mayor escolaridad actúan como factores protectores de la ansiedad ante la muerte entre seropositivos.

Tabla 36
Modelo de regresión logística para predecir EAM-22

Muestra	Predictores	B	EE	Wald	gl	p	OR	95% IC para OR	
								LI	LS
Conjunta	EAN	0.04	0.01	8.01	1	.00	1.04	1.01	1.06
	Escolaridad	-0.34	0.11	9.45	1	.00	0.71	0.57	0.88
	Constante	-1.51	0.47	10.11	1	.00	0.22		
Sero-positivos	EAN	0.06	0.02	9.63	1	.00	1.06	1.02	1.10
	Escolaridad	-0.47	0.17	7.62	1	.01	0.63	0.45	0.87
	E. civil			9.76	4	.04			
	E. civil(soltero)	-0.63	0.78	0.65	1	.42	0.53	0.11	2.47
	E. civil(uni3n libre)	-0.39	0.86	0.21	1	.64	0.67	0.13	3.62
	E. civil(casado)	-1.71	0.88	3.75	1	.05	0.18	0.03	1.02
	E. civil(div/sep)	-2.59	1.28	4.08	1	.04	0.07	0.01	0.92
	Constante	-0.88	0.95	0.85	1	.36	0.41		

Criterio: EAM-22 dicotomizado por el valor 88 (puntuaci3n a una desviaci3n est3ndar de la media). EAN = Estilo de afrontamiento negativo. M3todo: Pasos progresivos hacia adelante empleando el criterio de la probabilidad condicional (*Forward Stepwise: Conditional*).

Nuevamente se estiman los modelos de regresi3n tomando como criterio el puntaje total de EAM-22 dicotomizado por su mediana (*Mdn* = 69), debido a los pobres resultados con la definici3n anterior y al observarse m3s correlaciones y de mayor magnitud con esta dicotomizaci3n (v3ase Tabla 35).

En la muestra conjunta el modelo queda integrado por tres variables de las ocho con las que se calcula, aparte de la constante: autofocalizaci3n negativa (*OR* = 1.14, con 95% de IC [1.06, 1.22]), escolaridad (*OR* = 0.69 con 95% de IC [0.58, 0.82]) y sexo (*OR* = 0.49 con 95% de IC [0.34, 0.71]) (v3ase Tabla 37). El modelo es significativo (prueba 3mnibus: $\chi^2(3, N = 600) = 58.91, p < .01$) y muestra bondad de ajuste por la prueba de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2(8, N = 600) = 9.67, p = .29$). Explica el 12% de la varianza del criterio (presentar o no niveles altos de ansiedad ante la muerte) por la correlaci3n m3ltiple al cuadrado de Nagelkerke y 9% por la de Cox y Snell. Clasifica correctamente al 67% (201 de 299) de los participantes con puntuaciones por debajo de la mediana de EAM-22 y al 60%

(180 de 306) de los participantes con puntuaciones iguales o mayores a la mediana. Así se logra una mejora sustancial en comparación con la anterior dicotomización del criterio. La autofocalización negativa actúa como factor de riesgo frente al ser hombre y mayor escolaridad que actúan como factores protectores de ansiedad ante la muerte en la muestra conjunta.

En la muestra de seropositivos el modelo queda integrado por tres variables de las ocho con las que se calcula, aparte de la constante: autofocalización negativa ($OR = 1.18$, con 95% de IC [1.07, 1.31]), escolaridad ($OR = 0.57$ con 95% de IC [0.44, 0.73]) y evitación ($OR = 1.05$ con 95% de IC [1.01, 1.10]) (véase Tabla 37). El modelo es significativo (prueba ómnibus: $\chi^2(3, N = 300) = 42.81, p < .01$) y muestra bondad de ajuste por la prueba de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2(8, N = 300) = 9.55, p = .30$). Explica el 18% de la varianza del criterio (presentar o no niveles altos de ansiedad ante la muerte) por la correlación múltiple al cuadrado de Nagelkerke y 13% por la de Cox y Snell. Clasifica correctamente al 55% (75 de 136) de los participantes con puntuaciones por debajo de la mediana de EAM-22 y al 60% (119 de 164) de los participantes con puntuaciones iguales o mayores a la mediana. También muestra una mejora en comparación con la anterior dicotomización del criterio. La autofocalización negativa y la evitación actúan como factor de riesgo frente a una mayor escolaridad que actúa como factor protector de ansiedad ante la muerte entre seropositivos.

En la muestra de población general el modelo queda integrado por dos variables de las cuatro con las que se calcula, aparte de la constante. Los predictores son: expresión emocional abierta ($OR = 1.08$ con 95% de IC [1.02, 1.14]) y sexo desde la categoría de ser hombre ($OR = 0.47$ con 95% de IC [0.28, 0.76]) (véase Tabla 37). El modelo es significativo (prueba ómnibus: $\chi^2(2, N = 300) = 15.87, p < .01$) y muestra bondad de ajuste por la prueba de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2(8, N = 300) = 5.46, p = .71$). Explica el 7% de la varianza del criterio (presentar o no niveles altos de ansiedad ante la muerte) por la correlación múltiple al cuadrado de Nagelkerke y 5% por la de Cox y Snell. Clasifica correctamente al 74% (121 de 163) de los participantes con puntuaciones por debajo de la mediana de EAM-22 y al 43% (59 de 137) de los participantes con

puntuaciones iguales o mayores a la mediana. También muestra una mejora en comparación con la anterior dicotomización del criterio. La expresión emocional abierta actúa como factor de riesgo y el ser hombre como factor protector de ansiedad ante la muerte entre personas de población general.

Tabla 37
Modelo de regresión logística

Muestra	Predictores	B	EE	Wald	gl	p	OR	95% IC para OR	
								LI	LS
Conjunta	AFN	0.13	0.03	13.82	1	.00	1.14	1.06	1.22
	Escolaridad	-0.37	0.09	17.06	1	.00	0.69	0.58	0.82
	Sexo(hombre)	-0.71	0.19	14.56	1	.00	0.49	0.34	0.71
	Constante	1.13	0.31	13.18	1	.00	3.09		
Sero-positivos	AFN	0.17	0.05	10.38	1	.00	1.18	1.07	1.31
	Escolaridad	-0.57	0.13	20.25	1	.00	0.57	0.44	0.73
	EVT	0.05	0.02	4.42	1	.04	1.05	1.01	1.10
	Constante	0.51	0.45	1.28	1	.25	1.67		
Población general	EEA	0.07	0.03	6.48	1	.01	1.08	1.02	1.14
	Sexo(hombre)	-0.76	0.25	9.17	1	.00	0.47	0.28	0.76
	Constante	-0.10	0.26	0.16	1	.69	0.90		

Criterio: EAM-22 dicotomizado por el valor 69 (mediana). AFN = Autofocalización negativa, EVT = Evitación y EEA = Expresión emocional abierta. Método: Pasos progresivos hacia adelante empleando el criterio de la probabilidad condicional (*Forward Stepwise: Conditional*).

Relación entre las variables clínicas para su inclusión en los modelos de predicción en la muestra de seropositivos

El tomar medicamento se relaciona con mayor tiempo transcurrido desde recibir el diagnóstico de VIH+ ($r = -.24, p < .01$), carga viral indetectable ($\varphi = -.27, p < .01$) y estado físico asintomático ($\varphi = -.15, p < .01$). El estado físico asintomático se asocia con carga viral indetectable y el sintomático con carga detectable ($\varphi = .15, p = .04$), un mayor número de CD4 se asocia con carga viral indetectable y menor número de CD con carga viral detectable ($\varphi = .27, p < .01$) (véase Tabla 38). Se observa que a mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico hay mayor número de CD4 ($r = .18, p = .03$) y carga viral indetectable ($r_{bp} = .20, p < .01$). Al parcializar la variable de seguimiento de tratamiento médico la relación entre el tiempo transcurrido y carga viral deja de ser significativa ($r_p(188) = .14, p > .05$), pero no ocurre así en la relación entre tiempo y conteo de

CD4 ($r_p(188) = .18, p = .03$). Así el medicamento es efectivo en el descenso de la carga viral, pero no en el aumento de los CD4, es lo que parece estar influenciando otros factores no contemplados.

Tabla 38
Correlaciones entre las 5 variables clínicas en la muestra de seropositivos

	CD4	TD	CV	ES
<i>r</i>	.18			
TDx <i>p</i>	.03			
<i>n</i>	148			
<i>r</i>	.27	.20		
CV <i>p</i>	.00	.01		
<i>n</i>	136	191		
<i>r</i>	.14	.08	.15	
ES <i>p</i>	.09	.15	.04	
<i>n</i>	148	300	191	
<i>r</i>	-.01	-.24	-.27	-.15
Med <i>p</i>	.85	.00	.00	.01
<i>n</i>	148	300	191	300

TDx = Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH+, CD4 = Conteo de CD4, CV = Carga viral (detectable o indetectable), ES = Percepción del estado de salud (sintomático o asintomático) y Med. = Toma o no medicamentos antivirales (sí o no).

La matriz de correlaciones muestra propiedades adecuadas para la extracción de factores. La mayoría de las correlaciones son significativas (7 de 10), aunque al estar estimadas en su mayoría por el coeficiente ϕ son bajas (de .27 a .15). El índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin es de .60, que es un valor adecuado, especialmente considerando la naturaleza dicotómica de las variables correlacionadas. Se rechaza la hipótesis nula de equivalencia de la matriz de correlaciones a una matriz identidad por la prueba de la esfericidad de Bartlett ($\chi^2(10) = 41.03, p < .01$). El determinante de la matriz de correlaciones es menor a 1 ($|R| = .73$), reflejando interrelación.

Se extraen los factores por Componentes Principales. Con base en el criterio de Kaiser (autovalores mayores a 1) se define un único componente que explica el 34% de la varianza total. Se podría denominar Estado saludable condicionado por la toma de medicamentos en personas que llevan más tiempo diagnosticadas de VIH+. Las cargas factoriales varían de .70 a .46 (véase Tabla 39). Debe considerarse que la mayoría de las personas sin medicamentos eran

pacientes recién diagnosticados. Se estiman las puntuaciones factoriales por el método de regresión. La distribución de esta variable se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.08$, $p = .19$). Al calcular la correlación con EAM-22 y sus factores se halla asociación significativa sólo con el factor PDM ($r = -.17$, $p < .05$) (véase Tabla 40).

Se extrae un segundo factor para obtener un varianza explicada mayor de 50% y hallar una variable compuesta clínica con correlación significativa con el puntaje total de EAM-22. La solución de dos factores correlacionados explica el 54% de la varianza total. Tras una rotación por el método Oblimín, el primero está integrado por el empleo de medicamento antirretroviral, mayor tiempo diagnóstico y carga viral indetectable. El segundo está integrado por mayor conteo de CD4, carga viral indetectable y estado físico asintomático. Así el primer componente se refiere a un aspecto situacional (toma de antirretrovirales, transcurso del tiempo y progresivo logro de carga viral indetectable) que puede generar una Expectativa positiva de supervivencia. El segundo muestra un Estatus clínico favorable en sus puntuaciones altas. La correlación entre los dos factores es baja ($r = .19$, $p < .05$), a pesar de que la carga viral (detectable o no) tiene carga alta en ambos factores (véase Tabla 39). Al estimar las correlaciones con EAM-22 y sus factores, el primer componente correlaciona con el puntaje total de EAM-22 ($r = -.19$, $p = .03$), con EAM-22 dicotomizado por el valor correspondiente a una desviación estándar por encima de la media ($r_{bp} = -.18$, $p = .04$), así como con los factores APM y PDM ($r = -.17$, $p = .04$), esto es, los aspectos post mortem (véase Tabla 40). Lo cual refleja que los aspectos de expectativas y no el verdadero estatus de la enfermedad es lo que disminuye la ansiedad ante la muerte. Debido a la correlación significativa con los criterios (EAM-22 y EAM-22 dicotomizado) se contempla este factor en el modelo de regresión lineal múltiple, y en el modelo de regresión logística binaria.

Tabla 39
Matriz de patrones y estructural

Variables clínicas	Componente único	2 componentes			
		Patrones		Estructural	
		1	2	1	2
Med.	.70	-.89	.16	-.86	-.01
TDx	-.60	.56	.19	.60	.30
CD4	.60	-.18	.91	-.01	.88
CV	.52	.42	.49	.52	.57
ES	.46	.22	.39	.29	.43
$\sum c^2$	1.70	1.45	1.38		
% de varianza explicada	33.98	53.83			

Método: Componentes Principales. TDx = Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH+, CD4 = Conteo de CD4, CV = Carga viral (detectable o indetectable), ES = Percepción del estado de salud (sintomático o asintomático) y Med. = Toma o no medicamentos antivirales (sí o no).

Tabla 40
Correlación de EAM22 y sus factores con el factor general de las variables clínicas

		EAM22	APM	PDM	AC	EPM	AAM		DEAM	D2EAM
Componente	<i>r</i>	-.16	-.16	-.17	-.12	-.11	-.12	r_{bp}	-.11	-.09
Único	<i>p</i>	.05	.07	.05	.17	.20	.18	<i>p</i>	.18	.32
Expectativas	<i>r</i>	-.19	-.17	-.17	-.14	-.12	-.14	r_{bp}	-.18	-.04
Positivas	<i>p</i>	.03	.04	.04	.10	.17	.10	<i>p</i>	.04	.62
Estatus clínico	<i>r</i>	-.07	-.07	-.09	-.04	-.05	-.04	r_{bp}	.00	-.09
Positivo	<i>p</i>	.42	.42	.32	.63	.54	.68	<i>p</i>	.96	.30

$N = 136$. Componente único: estado saludable condicionado por la toma de medicamentos en personas que llevan más tiempo diagnosticadas de VIH+. Expectativa: Aspecto situacional (toma de antirretrovirales, transcurso del tiempo y progresivo logro de carga viral indetectable) que puede generar una expectativa positiva de supervivencia. Estatus clínico positivo: Conteo de CD4 alto, asintomático y carga indetectable. DEAM = Dicotomización por un valor a una desviación estándar por encima de la media. D2EAM = Dicotomización de EAM22 por la mediana.

Se estima el modelo de regresión lineal múltiple, con una pérdida importante de casos (de 300 a 136), el factor del aspecto situacional (toma de antirretrovirales, transcurso del tiempo y progresivo logro de carga viral indetectable) que puede generar una Expectativa positiva de supervivencia entra en el modelo en el método *Stepwise*. El modelo es significativo ($F(4, 131) = 8.25, p < .01$) y explica el 19% de la varianza del puntaje total de EAM-22. Queda integrado por escolaridad ($\beta = -.32$), evitación ($\beta = .19$), expresión emocional abierta ($\beta = .18$) y el factor clínico de expectativa de supervivencia ($\beta = -.17$). Mayor escolaridad, menor expresión emocional abierta, menor evitación y mayor

expectativa de supervivencia predicen menor ansiedad ante la muerte. Las variables predictivas poseen muy escasa colinealidad como indican el manteniendo del valor de los coeficientes de correlación al ser parcializados y los valores de tolerancia e inflación de la varianza próximos a 1 (véase Tabla 41). La distribución de los residuos se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.08$, $p = .19$) (véase Figura 29) y no muestran dependencia lineal en el diagrama de dispersión con los valores estandarizados pronosticados por el modelo (véase Figura 30), con lo que se cumplen los requisitos y supuestos de la prueba.

Tabla 41

Modelo de regresión lineal múltiple en la muestra de seropositivos

Modelo	Coeficientes			Significación		Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	74.11	5.36		13.82	.00					
Escolaridad	-5.72	1.42	-.32	-4.03	.00	-.31	-.33	-.31	.98	1.02
EEA	0.81	0.36	.18	2.26	.02	.19	.19	.18	.97	1.04
EVT	0.93	0.38	.19	2.41	.02	.19	.21	.19	.96	1.04
Expectativa	-3.65	1.68	-.17	-2.18	.03	-.19	-.19	-.17	.98	1.02

Variable dependiente: EAM-22. Método: *Stepwise*. $N = 136$. EEA = Expresión emocional abierta y EVT = Evitación. Expectativa: Aspecto situacional (toma de antirretrovirales, transcurso del tiempo y progresivo logro de carga viral indetectable) que puede generar una expectativa positiva de supervivencia.

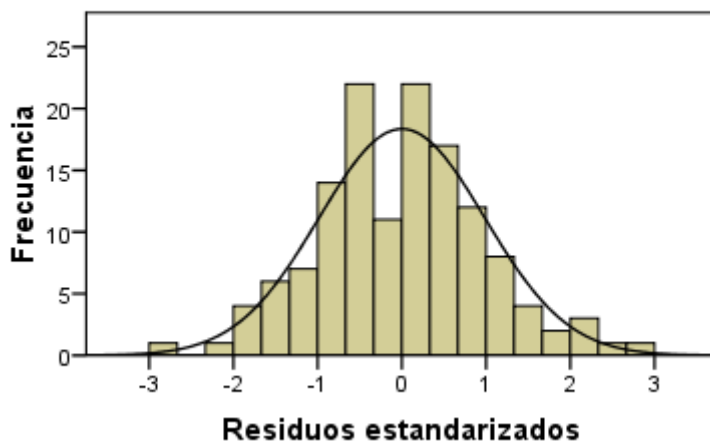


Figura 29. Histograma de los residuos estandarizados.

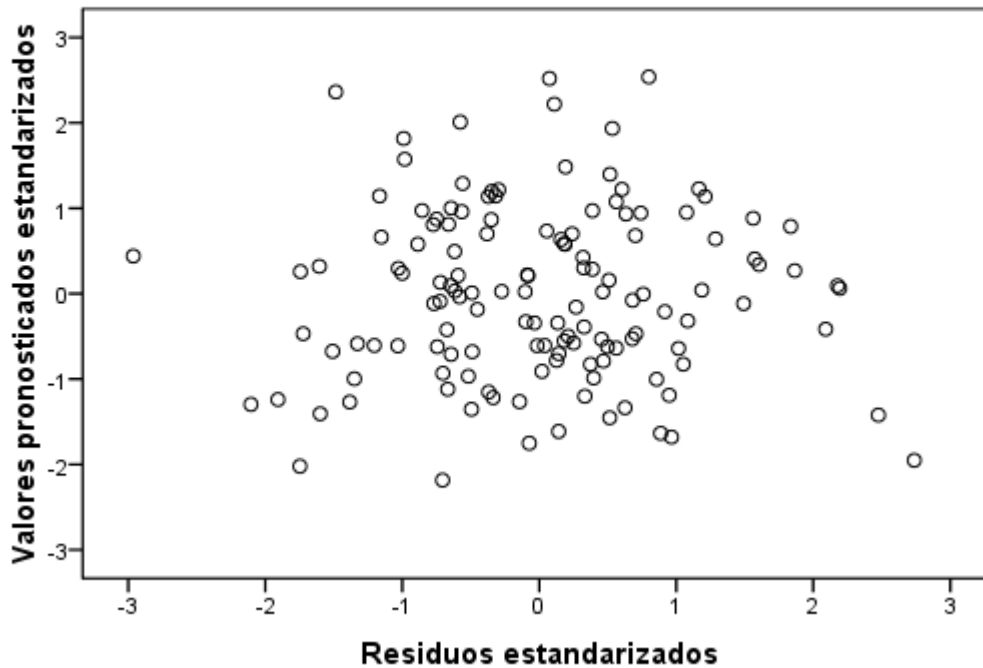


Figura 30. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados.

Si se contrasta el ajuste del modelo obtenido por análisis de senderos, empleando el método GLS, en la muestra de 136 pacientes seropositivos que tienen todos los datos completos de las variables clínicas, se obtienen todos los parámetros significativos y los índices de ajuste son buenos ($\chi^2(6, N = 136) = 7.31, p = .29, \chi^2/gf = 1.22, FD = 0.05, PNCP = 0.01, GFI = .98, AGFI = .95, IFI = .95, CFI = .94$ y $RMSEA = .04$). Se explica el 19% del criterio. Ninguna correlación entre las variables exógenas es significativa, por lo que no se realizan modificaciones adicionales. La ansiedad ante la muerte es pronosticada por menor escolaridad, mayor evitación, más expresión emocional abierta (irritabilidad), así como menores expectativas positivas de supervivencia por no tomar tratamiento antirretroviral, menor tiempo transcurrido desde el diagnóstico y carga viral detectable (Figura 31).

Muestra de seropositivos (n = 136)

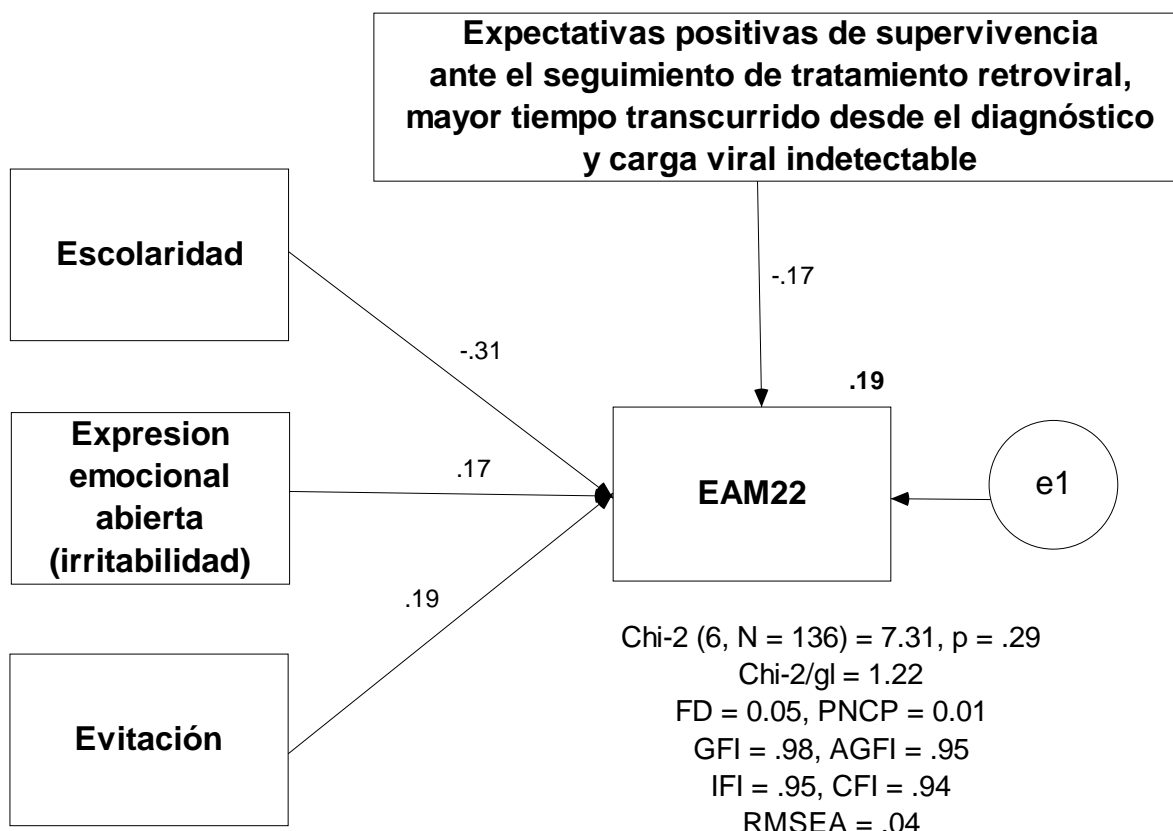


Figura 31. Modelo estandarizado estimado por GLS.

Al estimar de modelo de regresión logística, el factor del aspecto situacional (toma de antirretrovirales, transcurso del tiempo y progresivo logro de carga viral indetectable) que puede generar una Expectativa positiva de supervivencia no entra en el modelo, por lo que se desestima, además de ser un modelo con escasa varianza explicada del criterio y pobre sensibilidad. Dicho modelo se calcula con los 136 participantes seropositivos que tienen completos los datos de las ocho variables consideradas: BAS, EEA, FSP, AFN, EAN, escolaridad, estado civil y el componente clínico de expectativas positivas de supervivencia, siendo este último factor el que provoca la pérdida de casos. El cálculo se detiene en el tercer paso. El modelo queda integrado, aparte de la constante, por mayor escolaridad que actúa como factor protector ($OR = 0.49$, 95% $IC [0.30, 0.79]$) y mayor Estilo de Afrontamiento Negativo ($OR = 1.07$, 95% $IC [1.02, 1.13]$) que actúa como factor de riesgo de pertenecer al grupo de puntuación alta en EAM-22

(puntuación mayor o igual a una desviación estándar por encima de la media) (véase Tabla 42). Es significativo (prueba ómnibus: $\chi^2(2, N=136) = 19.31, p < .01$), esto es, al menos un coeficiente de determinación es distinto a cero, que en este caso son los dos. Se mantiene la hipótesis nula de bondad de ajuste por la prueba Hosmer-Lemeshow ($\chi^2(8, N = 136) = 9.05, p = .34$), reflejando homogeneidad a ser calculado en diez muestras extraídas entre los 136 participantes. Explica el 21% de la varianza del criterio (pertenecer o no al grupo de puntuación alta en EAM-22, dictomizando el puntaje total por un valor correspondiente a una desviación estándar por encima de la media) por el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado de Nagelkerke y 13% por el de Cox y Snell. Clasifica de forma correcta al 83% (113 de 136) de los participantes seropositivos, siendo más específico (rechazo del no caso) con 99% (109 de 110) que sensible (detección del caso) con 15% (4 de 26).

Tabla 42
Modelo de regresión logística binaria

Modelo	B	EE	Wald	gl	p	OR	95% IC para OR	
							LI	LS
EAN	0.07	0.03	6.66	1	.01	1.07	1.02	1.13
ESC	-0.72	0.25	8.41	1	.00	0.49	0.30	0.79
Constante	-1.41	0.92	2.37	1	.12	0.24		

Variable criterio: Pertenecer o no al grupo de puntuación alta en EAM-22, dicotomizando el puntaje total por una puntuación mayor o igual a una desviación estándar por encima de la media. EAN = Estilo de afrontamiento negativo y ESC = Escolaridad. Método: Pasos progresivos hacia adelante (condicional).

CAPITULO V

DISCUSION

El primer objetivo de esta investigación era estudiar la estructura factorial, consistencia interna y distribución de la escala EAM en dos muestras, una de personas seropositivas y otra de población general, emparejadas en tamaño, proporción de sexos y media de edad.

Los valores de consistencia interna de los factores originales de la escala EAM-25 fueron altos en Ansiedad, Depresión y Dolor; sin embargo la consistencia interna del factor original de Miedo (6, 20 y 21) es baja y sólo se logra reproducir parcialmente en la muestra de seropositivos por Componentes Principales. Al eliminar estos tres ítems, en la muestra conjunta, se reproducen los factores esperados de Ansiedad, Depresión y Dolor, pero en las muestras de seropositivos y población general el factor de Ansiedad se desdobra en el factor de Preocupaciones por lo que vendrá Después de la Muerte (PDM) y Ansiedad Claustrofóbica (AC). El ajuste de esta estructura de cuatro factores correlacionados, que cuentan con valores altos de consistencia interna, es en general adecuado, equivalente para ambas muestras y superior al modelo original. Debe señalarse que en el estudio original (Osadolor, 2005) sólo se reportó la consistencia interna del conjunto de los 25 ítems (.80), pero no la de los factores. En el presente estudio la consistencia interna fue también alta, incluso mayor, variando de .92 a .94 con 22 y 25 ítems.

Por lo tanto, la escala tiene una estructura de 4 factores correlacionados, pero la interpretación de los mismos difiere ligeramente de la obtenida anteriormente (Mercado, et al., 2009; Osadolor, 2005), al desdoblarse en este estudio el factor de los contenidos post mortem (Ansiedad), lo cual se observa en población general aun conservando los ítems de Miedo que se aconsejan eliminar por problemas de consistencia interna y definición factorial.

La escala cuenta con contenidos sobre aspectos antecedentes a la muerte,

aspectos post mortem y de evitar pensar en la muerte que el análisis factorial revela. Así, se propone reetiquetar al factor de Ansiedad como Ansiedad con lo Posterior a la Muerte (APM), al de Depresión como Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte (AAM) y al de Dolor como Evitar Pensar en la Muerte (EPM).

La distribución del puntaje total de EAM-22 se ajusta a una curva normal en personas seropositivas y en población general. Este modelo es propio de los rasgos de personalidad, como el neuroticismo o la extroversión, y de las actitudes ante las cuales la sociedad concede libertad de expresión personal, como la identidad política. Por el contrario las distribuciones de medidas de fenómenos psicopatológicos, como la depresión, o aspectos con mucha deseabilidad social, como la envidia, son asimétricas, donde la mayoría de las personas reportan carecer del aspecto enfermo o desvalorizado socialmente y poseer el aspecto sano y deseado socialmente. Así los resultados muestran que existe una variabilidad importante en la vivencia de la ansiedad ante la muerte, existiendo un nivel adaptativo dentro del contexto socio-cultural (a una desviación estándar de la media del grupo normativo) y dos extremos simétricos con un 16% que sufren ansiedad en exceso (bloqueante) y otro 16% en defecto (implicando indiferencia, desapego o frialdad).

El segundo objetivo era describir el nivel promedio de ansiedad ante la muerte, medido con la escala EAM, en la muestra de seropositivos y de población general; además de comparar las medias obtenidas con la de otros estudios publicados en México.

El nivel medio de ansiedad ante la muerte de los 300 pacientes seropositivos es bajo en comparación con otras muestras clínicas (de enfermedades crónicas, ya sea en régimen de internamiento o ambulatorio) y se aproxima más al de población general. Así la diferencia surge en el puntaje total de EAM-25 y los factores de Ansiedad y Depresión en comparación con las tres muestras clínicas del estudio de Osadolor (2005) en la medida pre-tratamientos y con las dos muestras clínicas de Mercado, et al. (2009); sin embargo, los

promedios del puntaje total de EAM-25 y los cuatro factores son significativamente mayores en comparación con las medias post-tratamiento del estudio de Osadolor (2005) con intervención en logoterapia y con el factor de Dolor en las dos muestras de Mercado, et al. (2009); En el factor de Miedo hay equivalencia de medidas entre las muestras clínicas de Mercado, et al. (2009), incluso entre las medidas pre-tratamiento del estudio de Osadolor (2005).

Debe considerarse que, entre los 300 pacientes seropositivos de este estudio, el promedio de años tras el diagnóstico es de 5 años, 87% están asintomáticos, 82% toman medicamentos antirretrovirales y 70% tienen una carga viral indetectable. La mayoría se encuentran en una fase estable del curso de su enfermedad, cuya esperanza de vida antes de desarrollar sida es de 22 años si están en tratamiento con antirretrovirales y menos de 10 sin ellos (Harrison, Song, & Zhang, 2010). Probablemente si la muestra fuese de pacientes con sida los niveles medios de ansiedad serían mucho mayores. Entre los pacientes seropositivos con todos sus datos clínicos completos, 3.7% (5 de 136) tienen carga viral detectable, conteo de CD4 menor a 200 y se reportan como sintomáticos, lo que los señala como casos muy probables de sida. En estos 5 pacientes el promedio de EAM-25 es de 94.60; al dividirlo éste por el número de ítems resulta 3.79 (≈ 4), lo que refleja un nivel de “acuerdo” en sentido de ansiedad.

El tercer objetivo era contrastar la diferencia de medias entre ambas muestras en el puntaje total de la escala EAM y sus factores.

Se corroboró un mayor promedio de ansiedad ante la muerte en personas que viven con VIH/SIDA en comparación con la muestra de población general, como en otros estudios (Catania, et al., 1992; Hintze, et al., 1993; López & Calle, 2008), lo cual aporta una prueba de validez de la escala. Los contenidos relacionados con la forma de morir y el pensar en la muerte angustian más a esta población clínica que sufre una enfermedad degenerativa crónica que le inducirá la muerte lo más probable por neumonía o cáncer, acortando su esperanza de vida.

Sin embargo, los aspectos post mortem generan el mismo nivel de ansiedad en seropositivos y personas de población general.

El cuarto objetivo era estudiar la consistencia interna, estructura factorial y distribución del CAE en dos muestras, una de personas seropositivas y otra de población general, emparejadas en tamaño, proporción de sexos y media de edad.

Como se esperaba por otros estudios anteriores, en esta investigación, los valores de consistencia interna son altos ($\geq .70$) con las escalas de BAS, RLG, EEA y FSP. Con las tres restantes escalas (REP, AFN y EVT) se obtienen valores adecuados ($\geq .60$), aunque AFN en su definición original de seis ítems tiene una consistencia interna baja y REP en la definición revisada (reducida a tres ítems). La escala de reevaluación positiva (REP) en estudios previos en México ha resultado consistente con un valor alfa de .71 (González & Landero, 2007; Moral & Martínez, 2009), pero en este estudio muestra problemas de consistencia y definición factorial. Comparte dos ítems con el factor de Focalización en la Solución de Problemas en la matriz factorial rotada (3 y 10) y reducida a cuatro indicadores con consistencia interna adecuada (3, 10, 17 y 24) su correlación con FSP es muy alta. Los aspectos compartidos por ambos factores implican un planteamiento y enfrentamiento del problema en términos positivos. Para lograr su definición y separación de FSP tuvo que ser reducida a tres ítems, perdiendo consistencia. La autofocalización negativa suele salir con consistencia adecuada o baja en otros estudios, como en el presente, especialmente es baja en la muestra de personas que viven con VIH/SIDA. En el estudio de Martínez y Moral con una muestra clínica (padres en situación de estrés agudo por el diagnóstico reciente de cáncer en un hijo menor de edad) también hallan consistencia baja. Los autores lo atribuyen a la dificultad de lidiar con sentimientos de culpa e indefensión generados por la situación por la que atraviesan los padres. Lo cual también podría ser el caso de las personas que viven con VIH/SIDA, donde culpa y sentimientos de indefensión son inestables y cambiantes, incluso en distintos momentos del día y naturalmente en distintos contextos de interacción.

Se confirma la estructura de siete factores correlacionados de primer orden para la escala, lo que se reproduce tanto por análisis factorial exploratorio como confirmatorio. Los factores de segundo orden coinciden en número e interpretación con el estudio original de Sandín y Chorot (2003); no obstante difieren en integración. La religión como en un estudio previo en México (González & Landero, 2007) pertenece al estilo focalizado en el problema. Asimismo, el factor subordinado de evitación satura en el Estilo de afrontamiento focalizado al problema, resultado que se opone a lo encontrado por Sandín y Chorot (2003) y González y Landero (2007), donde la saturación más alta se encuentra en el Estilo de afrontamiento focalizado a la emoción. Este resultado discrepante, en la presente muestra mexicana, se obtiene tanto con los 42 ítems iniciales como reduciéndolos a 33. Por lo tanto, no es efecto de la reducción de ítems. Esta diferencia con el estudio original en España no debe atribuirse a factores culturales, debido a que González y Landero (2007), en México, lo sitúan en el Estilo de afrontamiento focalizado a la emoción. Así, hipotetizamos que la diferencia podría atribuirse a la muestra, conformada en el presente estudio por personas que viven con VIH/SIDA y de población general. En los dos estudios antes mencionados, ambas muestras fueron de estudiantes universitarios, una procedente de España y otra de México.

Probablemente este efecto de la muestra se deba a la influencia de las personas seropositivas. Aponte (2005) señala que la evitación dentro del proceso de duelo sirve inicialmente como un amortiguador del estrés abrumador y ayuda a continuar con la vida cotidiana. El modelo de factores de segundo orden con buen ajuste a los datos considera que la falta de focalización en la solución de problemas junto con expresión emocional abierta (ira) y autofocalización negativa definen el estilo centrado en la emoción que claramente agrava la situación y es negativo para salir de ella. La evitación junto con búsqueda de apoyo social, religión, focalización en la solución de problemas y reevaluación positiva definen un estilo de afrontamiento focalizado al problema que permite un afrontamiento más exitoso de la situación. Por lo tanto tenemos un estilo negativo o de confrontación personal y agravación y otro estilo positivo o de solución.

González y Landero (2007) en su estudio de validación del CAE, en población mexicana con una muestra de estudiantes universitarios, proponen una versión reducida para mejorar el ajuste a los datos en el análisis factorial confirmatorio. De los 21 ítems que componen la versión reducida de González y Landero (2007) la mayoría están incluidos entre los 33 ítems que componen la versión reducida propuesta en el presente estudio (CAE-33). De los siete factores de primer orden, cinco mantienen los mismos ítems en las versiones reducidas (Búsqueda de apoyo social, Focalización en la solución de problemas, Religión, Expresión emocional abierta y Evitación), siendo mayor el número de ítems en nuestro estudio. No obstante, aunque los factores de Autofocalización negativa y Reevaluación positiva están compuestos por tres ítems cada uno, éstos varían en los ítems que los integran. En ambos estudios, Autofocalización negativa mantiene los ítems 2 y 23 y Reevaluación positiva solo conserva el ítem 31.

En este estudio, como en anteriores (González & Landero, 2007; Moral & Martínez, 2009; Sandín & Chorot, 2003), las distribuciones de las estrategias muestran asimetría, sólo la distribución del estilo de afrontamiento positivo se ajusta a una curva normal en las tres muestras (conjunta, clínica y de población general).

El quinto objetivo era describir el perfil promedio de estrategias y estilos de afrontamiento, medido con el cuestionario CAE, en la muestra de seropositivos y de población general; además, de comparar las medias obtenidas con la de otros estudios publicados en México y España en población general.

Se confirma un perfil promedio mayor en la estrategia de focalización en la solución de problemas, el cual resulta equivalente con el estudio de Gonzalez & Landero (2007) y mayor que el estudio original de Sandín y Chorot (2003). La reevaluación positiva también obtuvo un perfil promedio mayor; sin embargo, al contrastar las medias de presente estudio con la de otros estudios publicados en México y España en población general, el estudio de Sandín y Chorot (2003) obtuvo un promedio menor y el estudio de González y Landero (2007) obtuvo un

promedio mayor. Asimismo se confirma un perfil promedio menor en las estrategias de expresión emocional abierta, autofocalización negativa y religión; sin embargo, el promedio de la población general del presente estudio es significativamente mayor que la de otros estudios (González & Landero, 2007; Sandín & Chorot, 2003). Además, se corrobora un menor uso de la expresión emocional abierta (ira) como estrategia de afrontamiento en personas que viven con VIH/SIDA (Moral & Martínez, 2009).

El sexto objetivo era describir las estrategias de afrontamiento dominantes en personas que viven con VIH/SIDA en comparación con la muestra de población general.

Se esperaba que las estrategias de religión, búsqueda de apoyo social, evitación, reevaluación positiva y la expresión emocional abierta fuesen más empleadas en personas con VIH/SIDA (Carrobles, et al., 2003; Gaviria, et al., 2009; Vargas, et al., 2009). Se confirma, en seropositivos, el mayor empleo de la religión y reevaluación positiva pero no así del apoyo social, evitación y expresión emocional abierta. México se puede considerar un país bastante religioso donde domina el culto guadalupano y con mucha tendencia a lo mágico-religioso, de ahí que las personas en situaciones de crisis por su propia carga cultural fácilmente acuden al apoyo religioso. No obstante, en México, país inscrito en una cultura latina tradicional, se observan actitudes rígidas y de discriminación, especialmente si están implicados aspectos morales y de sexualidad (Moral & Segovia, 2011). Esto podría explicar el mayor retraimiento y menor búsqueda de apoyo social en personas seropositivas. Como en otros estudios en México y Perú en población clínica dominan más los aspectos de afrontamiento activo o focalización al problema que los focalizados a la emoción (Moral & Martínez, 2009; Carrobles, et al., 2003). Gaviria et al. (2007), en población colombiana, también indican un bajo uso de la expresión emocional abierta (ira) en población oncológica como entre las personas seropositivas de este estudio, cuando en población española había alta expresividad (Carrobles et al., 2003).

El séptimo objetivo era estudiar la relación de los estilos y estrategias de afrontamiento con la ansiedad ante la muerte en ambas muestras.

Como se esperaba existe una asociación de las estrategias y estilos de afrontamiento con la ansiedad ante la muerte. Los valores de correlación son bajos, aunque superan a las asociaciones con las variables socio-demográficas de escolaridad, sexo y estado civil. Las correlaciones más fuertes aparecen con estilo de afrontamiento negativo, autofocalización negativa y expresión emocional abierta de irritabilidad. Estas tres variables son significativas tanto en seropositivos como en población general. La autofocalización negativa también destaca como un predictor de estrés percibido en un estudio clínico realizado por Carrobes, et al. (2003) en pacientes seropositivos, y la expresión emocional abierta en otro estudio realizado por Moral y Martínez (2009) en población clínica de padres en el momento de recibir la diagnóstico de cáncer de un hijo menor de edad.

La evitación y la búsqueda de apoyo religioso están correlacionadas con la ansiedad ante la muerte en seropositivos y en la muestra conjunta, pero no en población general. Ambas estrategias actúan como factores de riesgo o que incrementan la probabilidad de sufrir ansiedad ante la muerte. La evitación fue un predictor de ansiedad en los dos estudios antes citados, la búsqueda de apoyo social también destaca en el primero y el apoyo religioso en el segundo. Asimismo Safren, et al. (2003), en pacientes seropositivos colombianos, observan correlación entre la evitación y ansiedad ante la muerte.

Al estar incluidas la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta en el estilo de afrontamiento negativo y al entrar éste como primer predictor en el modelo de regresión, esto provoca que la evitación y la religión resulten también predictores de ansiedad ante la muerte, aún teniendo correlaciones menores que las dos estrategias antes mencionadas, en la muestra clínica.

No obstante, en otros estudios clínicos (Moral & Martínez, 2009; Thorson & Powell, 1994; Wen, 2010) la religión actuó como factor atenuador de dicha

ansiedad. Debe mencionarse que Franks, et al., (1991) con pacientes seropositivos también observaron que la búsqueda de apoyo religioso correlaciona con un aumento de la ansiedad ante la muerte. Por lo tanto, en futuros estudios con seropositivos, la expectativa en relación con la ansiedad será de factor de riesgo y no de factor protector. Los participantes seropositivos parecen buscar alivio de forma ineficaz en la religión cuando ya están angustiados. La causa podría estar en los significados morales y la estigmatización de esta enfermedad (Magis & Hernández, 2009), lo que podría explorarse en futuros estudios.

Como se pronosticó las asociaciones y potencias predictivas son mayores en número y magnitud en la muestra clínica que en la muestra de población general, lo cual se puede explicar por la situación vital de las personas seropositivas que se enfrentan a una enfermedad crónica que merma su calidad de vida, acorta su esperanza de vida, con una expectativa de muerte dolorosa (probablemente por tuberculosis, neumonía, hepatitis o cáncer), que menoscaba su productividad y realización personal, constituye una fuente de estigmatización social y un hándicap de costos económicos importantes (Kendal & Pérez, 2004).

Consonante con otros estudios de emociones negativas los aspectos tradicionales de afrontamiento negativo tienen mucho más peso que los positivos (Folkman, 2011). Precisamente la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva y el estilo de afrontamiento positivo fueron independientes de la ansiedad ante la muerte. Sólo la focalización en la solución del problema que forma parte también con un peso negativo del estilo de afrontamiento negativo tiene correlación negativa, pero carece de poder predictivo dentro de los modelos. Por el contrario, al trabajarse un aspecto positivo, como es la calidad de vida, Gaviria, et al. (2009) obtienen como predictores dos estrategias activas como son la reevaluación positiva y la focalización en la solución de problema, aparte de otra pasiva, que es la evitación.

El octavo objetivo era estudiar la relación de las variables socio-demográficas de sexo, edad, escolaridad y estado civil con la ansiedad ante la muerte en ambas muestras.

En relación a la diferencia por sexos, se esperaba mayor ansiedad ante la muerte en las mujeres de ambas muestras; sin embargo, sólo se constató en la muestra de seropositivos, pero no en población general, cuando la mayoría de los estudios en población general han encontrado que las mujeres reportan mayor ansiedad ante la muerte (López et al., 2004; Martínez, et al., 2001; Roshdieh, et al., 1999). Como en el presente estudio, Lara, et al. (2009) y Wen (2010) no hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres de población general, midiendo la ansiedad ante la muerte con la revisión de la DAS hecha por Thorson y Powell (1994).

Un hecho bien establecido en los estudios clínicos y de personalidad son los niveles de ansiedad más altos en mujeres en comparación con los hombres (McCrae & Costa, 2002; Yamasue, et al., 2008). Se atribuye tanto a aspectos biológicos durante el periodo fértil por el efecto de las hormonas sexuales sobre la serotonina (Toufexis, Myersa, & Davisa, 2006) y psicosociales al estar el rol tradicional de género femenino ligado a mayor vulnerabilidad y sensibilidad que facilita que los estresores sobrepasen los recursos de la persona y que la mujer acuda a estrategias de afrontamiento pasivas que dificultan su manejo (Arrivillaga, et al., 2006; Rocha & Díaz, 2005). Hay evidencia de factores genéticos en el rasgo de ansiedad en relación con el genotipo 5-HTTLPR (formas corta y larga) (Sen, Burmeister & Ghosh, 2004). Éste aparece por igual en ambos sexos; no obstante, el sexo femenino actúa como potenciador, ya que la vía de acción es la producción de serotonina (Brummett, et al., 2008).

Los viudos, en consonancia con las expectativas (Echeverría, 2004; García, et al., 2001; Sandín, et al., 2001), reportan mayor ansiedad ante la muerte. Los separados/divorciados y solteros, es decir, los que no tienen pareja estable con la que viven diariamente son los que reportan menos ansiedad ante la muerte, manteniéndose estas relaciones aun cuando se controla la edad, la cual no correlaciona con la ansiedad ante la muerte en este estudio. Por lo tanto no se puede atribuir a que hay más viudos entre los adultos mayores y seropositivos, quienes parecieran estar más próximos a la muerte, frente a los solteros que son

más jóvenes y pudieran ver la muerte con más distancia. Algunos autores señalan que el factor crítico para el incremento de la ansiedad ante la muerte es la incertidumbre del futuro de la familia en alguien muy implicado con la misma (Limonero, 1996; Wagner & Lorion, 1984), lo cual se puede aplicar a nuestros datos en la diferencias casados/unión libre frente a divorciados, separados y solteros. Se hipotetiza que, entre los viudos, aquéllos con fuerte vínculo con su pareja perdida sean los que experimenten mayor ansiedad ante la muerte frente aquéllos con vínculo débil.

Así, los participantes de la muestra clínica que no conviven de forma cotidiana con su pareja tienen menos ansiedad ante la muerte que aquéllos que sí lo hacen. El convivir con una pareja en enfermos de VIH pudiera incrementar la ansiedad desde dos fuentes: el temor a contagiar y la anticipación del impacto negativo, incluso abrumador, que tenga la fase final de la enfermedad sobre la pareja sentimental, como han adelantado argumentos semejantes autores como Parkes (1998) y Martínez, et al. (2001).

Se esperaba una correlación directa con la edad (Lara, et al., 2009; Martínez, et al., 2001; Rivera & Montero, 2010). Sin embargo, la edad resultó independiente del puntaje total y los factores de EAM-22 en ambas muestras. Considerando que nuestro rango de edad es amplio, variando de adolescentes tardíos a adultos mayores y que la distribución de la edad se ajusta a una curva normal en ambas muestras, el incumplimiento de la expectativa es claro.

No obstante, sí se cumple la expectativa (Aday, 1985; Sandín, et al., 2001) de relación inversa con la escolaridad en la muestra de seropositivos, conjunta, incluso en la de población general con el factor de Evitar Pensar en la Muerte. Se podría interpretar, con base en esta correlación consistente con otros estudios, que las personas con más escolaridad tienen más recursos cognitivos para afrontar la ansiedad ante la muerte. Así el acceder a mayores conocimientos permite un mejor manejo cognitivo del proceso natural de la muerte.

El noveno objetivo era estudiar la relación de las variables clínicas con la ansiedad ante la muerte entre seropositivos.

En la presente muestra de pacientes seropositivos atendidos en el CAPASITS-NL, se observa que el tratamiento antirretroviral es efectivo para hacer descender la carga viral y obtener un estado físico asintomático, como reflejan las correlaciones significativas; no obstante, es independiente del conteo de linfocitos T CD4. Debe remarcarse que la carga viral indetectable y mayor conteo de CD4 sí están correlacionados, como se esperaba. Aunque el SIDA se define por el conteo de linfocitos T CD4 (< 200) y presencia de al menos una enfermedad oportunista (de una lista de 19) (*Pan American Health Organization* [PAHO], 2001), esta condición clínica está provocada por el VIH (O'Brien & Goedert, 1996) y el tratamiento antirretroviral actúa directamente sobre el VIH y no sobre los CD4, esto es, disminuye la presencia del VIH en sangre y fluidos corporales, pero no estimula la producción de linfocitos (Coovadia, 2004). Las asociaciones son bajas en general, pudiendo interferir también en un problema de confiabilidad. Aunque los datos de conteo de CD4 y carga viral son de laboratorio y procedentes directos del expediente del paciente, el lapso de tiempo de extracción de las muestras de sangre y aplicación de las pruebas psicológicas era variable, de días a máximo 6 meses, ya que las muestras de sangre se toman cada 6 meses. No se anotó la fecha de los datos de laboratorio, y posteriormente no se permitió el acceso a estos datos, por lo que no se pudo controlar en los análisis esta variable.

Al extraerse por Componentes Principales los factores de las variables clínicas, se define un primer factor que agrupa tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH+, estar bajo tratamiento antirretroviral y carga viral indetectable. Se nomina a este factor desde una posible interpretación. Se supone que el conjunto de variables define una situación que genera una expectativa de supervivencia frente a las semanas o meses iniciales que la persona se hallaba sin tratamiento y con una carga viral detectable. Esa expectativa de supervivencia se asocia y es un predictor significativo de menor ansiedad ante la muerte. Se integra en un modelo predictivo junto con mayor escolaridad, menor expresión emocional abierta y menor evitación. En este modelo con buen ajuste a los datos y todos sus parámetros significativos, las dos variables de estrategias de

afrontamiento presentan correlación directa, pero baja. Un segundo factor que agrupa mayor conteo de CD4, carga viral indetectable y estatus físico asintomático se denominó estado clínico positivo. Éste es independiente de la ansiedad ante la muerte. Por lo tanto es el aspecto psicológico de la expectativa y no tanto el aspecto objetivo del estado de salud lo que disminuye la ansiedad ante la muerte, lo que es consonante con los hallazgos de Safren, et al. (2003).

El decimo objetivo era predecir la ansiedad ante la muerte en ambas muestras, considerando las estrategias y estilos de afrontamiento y variables socio-demográficas correlacionados con el criterio, incluyendo variables clínicas en seropositivos.

Se corrobora que la ansiedad ante la muerte es pronosticada por el estilo de afrontamiento negativo y la estrategia de afrontamiento por evitación. No obstante, en cuanto a las variables socio-demográficas, se esperaba que fuera el sexo femenino y no la menor escolaridad la que predijera mayor ansiedad ante la muerte. No obstante si se cumple la expectativa en relación al tiempo de diagnóstico; al estar incluido esté dentro del factor de expectativas positivas de supervivencia. Así, la ansiedad ante la muerte es pronosticada por menores expectativas positivas de supervivencia por no tomar tratamiento antirretroviral, menor tiempo transcurrido desde el diagnóstico y carga viral detectable.

LIMITACIONES

Como limitaciones de este estudio debe mencionarse el carecer de una muestra poblacional por lo que los resultados deben manejarse como hipótesis para futuras investigaciones y no como estimaciones paramétricas. Todos los datos son de autorreporte, por lo que pueden diferir de otros procedentes de entrevistas, observaciones o pruebas proyectivas, salvo las variables clínicas de conteo de CD4 y carga viral que son datos de laboratorio, leídos por el paciente desde su expediente clínico. El lapso de tiempo variable y amplio entre la extracción de las muestras de sangre y la aplicación de las pruebas psicológicas es una variable extraña que puede restar confiabilidad a los datos clínicos. Finalmente no se pudo controlar ésta por falta de previsión inicial y denegación posterior de permisos para el acceso a los expedientes.

En este estudio no se incluyó una pregunta sobre efectos secundarios del tratamiento antirretroviral por la confusión que generaba ésta con la percepción del estatus sintomático o asintomático. No obstante, se consideró faltante una pregunta cerrada de adherencia al tratamiento antirretroviral. Se podría formular del siguiente modo: Si actualmente toma medicamentos antirretrovirales, ¿cómo está siguiendo las indicaciones dadas por su doctor? El formato de respuesta sería ordinal con un rango de cinco puntos: En las últimas semanas, 1 = no tomo las medicinas, 2 = sólo tomo parte de las medicinas que me prescribieron, 3 = me salto tomas o suspendo las medicinas por días, 4 = tomo las medicinas diariamente, pero no sigo todas las indicaciones dadas y 5 = tomo todas medicinas diariamente siguiendo todas las indicaciones del doctor. Esta pregunta se sugiere incluir en futuras investigaciones.

Inicialmente se pretendía que ambas muestras (seropositivos y población general) fueran equivalentes en tamaño, proporción de sexos, media de edad y estrato socioeconómico según la clasificación de AGEBS (INEGI, 2010). Sin embargo, resulto imposible emparejar las muestras por estrato socioeconómico, debido a que la clasificación de AGEBS, no hacía distinción alguna entre las

colonias donde residían las personas seropositivas. En futuras investigaciones se correlacionará el ingreso mensual con el nivel de escolaridad de los participantes, para así determinar el nivel socioeconómico.

CONCLUSIONES

En conclusión, se aconseja reducir la escala EAM a 22 ítems, eliminando los correspondientes al factor original de Miedo. Su estructura es de tres ó cuatro factores correlacionados con consistencias internas altas, mostrando ambos modelos un ajuste adecuado a los datos, siendo esta estructura válida en personas seropositivas y de población general. Los tres factores corresponden a los originales, aunque se propone una nueva nominación más adecuada al contenido de los mismos. En la solución de cuatro factores se desdoblaría el original de Ansiedad en Preocupaciones por lo que vendrá después de la muerte y Ansiedad claustrofóbica. Se obtienen evidencias de validez por la diferencia entre las dos muestras (clínica y de población general), así como por el cumplimiento de las expectativas con la escolaridad, estado civil e incluso el mayor promedio en mujeres (de la muestra clínica). Contrario a otros estudios se halla independencia con la edad. La distribución del puntaje total de la escala se ajusta a una curva normal en población general y clínica reflejando un aspecto de personalidad o actitud. Así se trata de una escala consistente y válida que se aconseja su empleo en México y estudio en otros países hispanoparlantes. En futuras investigaciones se sugiere estimar su estabilidad temporal y relación con vínculo afectivo.

La consistencia interna del CAE es alta en cuatro escalas y adecuada en las demás, salvo para Reevaluación positiva en su definición reducida a tres indicadores, donde la consistencia es baja, se confirma la estructura de siete factores correlacionados y dos factores de segundo orden, reduciendo la escala a 33 ítems. En las muestra de población general y de personas seropositivas se observan más escalas con ajuste a la normalidad (dos) que en la muestra conjunta (una), pero sólo la distribución del estilo de afrontamiento positivo se ajusta a una curva normal en las tres muestras. Se encontró que las personas que viven con VIH/SIDA utilizan con mayor frecuencia la religión y reevaluación positiva como estrategias de afrontamiento. Por el contrario, la población general utiliza más frecuentemente la búsqueda de apoyo social y la expresión de sus emociones. Esta diferencia se puede atribuir a la necesidad de superar de forma efectiva la

condición médica bajo el consejo terapéutico y a un contexto social con ciertos índices de discriminación que hacen más cautas a las personas seropositivas. Se recomienda el uso de CAE en esta población con sus siete factores, aplicando sus 42 ítems, pero definiendo los factores con 33 ítems. Se sugiere en futuros estudios el contraste de la estructura dimensional entre hombres y mujeres dentro de cada población. Se podrían generar nuevos indicadores para el factor de reevaluación positiva en personas que viven con VIH/SIDA.

Existe relación entre afrontamiento y ansiedad ante la muerte, con una asociación débil, más definida en la muestra clínica de seropositivos que en la de población general, lo que se atribuye a la situación vital de los pacientes. El estilo de afrontamiento negativo con sus estrategias de autofocalización negativa y expresión emocional abierta de irritabilidad, además de las estrategias evitación y apoyo religioso se destacan como factores de riesgo o predictores que aumentan la probabilidad de sufrir ansiedad ante la muerte. De los aspectos de afrontamiento tradicionalmente considerados activos (Folkman, 2011), sólo la focalización en la solución del problema es un correlato protector, pero no un predictor, de ansiedad ante la muerte en la población clínica. Sexo femenino y menor escolaridad son factores de riesgo de mayor ansiedad ante la muerte con poder predictivo. El tener pareja con la que se convive cotidianamente (estar casado o vivir en unión libre) es un correlato de ansiedad ante la muerte en seropositivos, probablemente por miedo de dañar a la pareja, pero no alcanza poder predictivo. En la muestra clínica el factor de expectativas de supervivencia ante el seguimiento de tratamiento antirretroviral, mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico y carga viral indetectable predicen menor ansiedad ante la muerte. Aunque estos modelos predictivos explican poca varianza, menos de un quinto, tienen un ajuste bueno a los datos.

Se recomienda trabajar en la reducción del estilo de afrontamiento negativo (autofocalización negativa, expresión emocional abierta de ira y déficit de focalización en la solución del problema) y de la estrategia de evitación, fomentando el estilo positivo sobre todo en su aspecto de focalización en la solución de problemas para disminuir la ansiedad ante la muerte, sin ignorar

aspectos de género, escolaridad, estado civil y expectativas de supervivencia al manejar al paciente seropositivo en los aspectos psicológicos de un tratamiento médico integral. Se sugiere replicar el estudio con muestras probabilísticas, controlando el tiempo entre la toma de las muestras de sangre y la aplicación de las pruebas psicológicas, asimismo contemplando una variable ordinal de adherencia al tratamiento entre las clínicas.

Consideramos, que las personas que viven con VIH/SIDA, que manifiestan un mayor uso del estilo de afrontamiento negativo, la evitación como estrategia de afrontamiento y un nivel alto de ansiedad ante la muerte, requieren de un manejo especializado en el aspecto psicológico con la finalidad de percibir la muerte como un acontecimiento natural, innegable e inevitable de la vida. Así, las personas podrán aprender a afrontar adecuadamente sus estresores, compartir sus problemas y experiencias en común; expresar sus miedos en torno a la muerte y prepararse para afrontar el propio proceso de muerte.

Así, proponemos la intervención cognitivo-conductual de psicoterapia de grupo (*Living Beyond Loss*; Sikkema, 1998), para las personas que viven con VIH/SIDA o familiares, amigos o parejas que han perdido a un ser querido por SIDA. La intervención se enfoca en la prevención secundaria de los trastornos psicológicos por infección del VIH. Los componentes clave de este modelo de intervención incluyen: el desarrollo del apoyo social y la cohesión del grupo, la identificación y expresión de las emociones relacionadas con el VIH y la pérdida, la identificación de las dificultades específicas de vivir con VIH y duelo del SIDA, la identificación de las actuales estrategias de afrontamiento, el establecimiento de metas y la implementación de estrategias de afrontamiento adaptativas, como lo es la focalización en la solución de problemas. Además, se recomienda dicha intervención porque utilizan el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y remarcan el manejo del estilo de afrontamiento positivo para reducir la ansiedad.

REFERENCIAS

- Abdel, A. (1986). Death anxiety in Egyptian samples. *Personality and Individual Differences*, 7(4), 479-483.
- Abengozar, M. (1994). *Como vivir la muerte y el duelo: una perspectiva clínico-evolutiva de afrontamiento*. España: Valencia Cristobal Serrano Villalba.
- Aday, R.H. (1985). Belief in after life and death anxiety: correlates and comparisons. *Journal of Death Dying*, 15(1), 67-75.
- Adelbratt, S. & Strang, P. (2000). Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 14(6), 499-507.
- Aldwin, C.M. (2000). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Aponte, M. (2005). *Consejos para convivir con enfermos de Sida y otras enfermedades incurables: Tócame sin guantes*. México: Pax.
- Arrivillaga, M., López, J. & Ossa, A. (2006). Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. *Pensamiento Psicológico*, 2(7) 55-71.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 53-69.
- Ballester, R., Campos, A., García, S. & Reinoso, I. (2001). Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con infección por VIH. *Psicología Conductual*, 9, 299-322.
- Bayes, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Berk, L.E. (2010). *Development through the lifespan* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Brummett, B.H., Muller, C.L., Collins, A.L., Boyle, S.H., Kuhn, C.M., Siegler, I.C., Williams, R.B. & Ashley-Koch, A. (2008). 5-HTTLPR and gender moderate

- changes in negative affect responses to tryptophan infusion. *Behavior Genetics*, 38(5), 476-483.
- Buendía, J. (1991). *Psicología clínica y salud: desarrollos actuales*. Murcia: Secretariado de Publicaciones.
- Campero, L., Rouvier, M., Atienzo, E. & Walker, D. (2008). Prevención de VIH/SIDA: ¿Sobre qué hablan los padres con sus hijos adolescentes?. *Revista de Estudios Sobre Juventud*, 28, 8- 37.
- Cano, A., Sirgo, A. & Pérez, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 101-112.
- Carrobes, J.A., Remor, E. & Rodríguez. L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief. COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C.S.; Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Catalan, J., Klimes, I., Bond, A., Day, A., Garrod, A. & Rizza, C. (1992). The psychosocial impact of HIV infection in men with haemophilia: controlled investigation and factors associated with psychiatric morbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(5), 409-416.
- Catania, J., Turner, H., Choi, K. & Coates, T. (1992). Coping with death anxiety: help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *AIDS*, 6(9), 999-1005.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y Secretaria de Salud (2007). *Guía sobre prevención de VIH para personal que trabaja en centros penitenciarios*. México: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) (2008). *Medidas de prevención*. Recuperado el 25 de Junio de 2010 de: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/medidas.html>

- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) (2010). *Registro Nacional de Casos de SIDA*. Recuperado el 9 de Febrero de 2011 de.
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casos_acumulados2010.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) (2009a). *Guía del manejo antirretroviral de las personas con VIH*. Recuperado el 11 de Mayo de 2010 de:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_arv09.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) (2009b). *El VIH/SIDA en México 2009*. Recuperado el 28 de Abril de 2010, de:
<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>
- Chandra, P., Ravi, V., Desai, A. & Subbakrishna, D. (1998). Anxiety and depression among HIV-infected heterosexuals a report from India. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(5), 401-409.
- Collett, L. & Lester, D. (1969). Fear of death and fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-191.
- Consejo Estatal para la prevención del SIDA [COESIDA-NL] y Servicios de Salud de Nuevo León [SSNL] (2009). *Programa Estatal de Prevención y Control de VIH/SIDA e ITS*. Monterrey, Nuevo León, MEXICO: COESIDA-NL y SSNL.
- Conte, H., Weiner, M. & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 775-785.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2).
- Contreras, F., Juárez, F. & Murrain, K. (2008). Influencia del burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento*

Psicológico, 11, 29-44.

- Coovadia, H. (2004). Antiretroviral agents - how best to protect infants from HIV and save their mothers from AIDS. *New England Journal of Medicine*, 351(3), 289-292.
- Cronbach, L. J. & Shavelson, R. J. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 391-418.
- Dattel, A. & Neimeyer, R. (1990). Sex differences in death anxiety: testing the emotional expressiveness hypothesis. *Death Studies*, 14(1), 1-11.
- Davis, R. (2009). Health psychology: stress, coping, and well-being. En S. R. Feldman (ed.), *Understanding psychology* (9th edition) (pp. 334-357). New York: McGraw Hill.
- Depaola, S., Griffin, M., Young, J. & Neimeyer, R. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: the role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27(4), 335-354.
- Echeverría, M. (2004). Experiencias de duelo en viudas de policías. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 33-46.
- Edo, M. & Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 77-90.
- Everly, G. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.
- Fernández, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, M.D. & Díaz, M.A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 129-136.
- Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. New York: Oxford University Press.

- Fonnegra, I. (2001). *De cara a la muerte*. México: Andrés Bello.
- Fortner, B. & Neimeyer, R. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387-411.
- Frankl, V.E. (2004). *El hombre en busca de sentido*. España: Herder.
- Franks, K., Templer, D., Cappelletty, G. & Kauffman, I. (1991). Exploration of death anxiety as a function of religious variables in gay men with and without AIDS. *Omega: Journal of Death and Dying*, 22(1), 43-50.
- Gala, F., Lupiani M., Raja R., Guillén C., González J., Villaverde M. & Sánchez I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- Galán, A., Pérez, M.A. & Blanco, A. (2000). Análisis del uso de estrategias de afrontamiento en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Implicaciones conceptuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 179- 190.
- Gallar, M. (2002). El paciente con sida. En M. Gallar (Ed.), *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* (3ª ed.) (pp. 367-370). Madrid, España: Thomson.
- García, E. & Álvarez, J. (2009). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: el estilo de afrontamiento, emociones y creencia de los pacientes y su familia. En J. Álvarez, J. Moral, & J. Martínez, *Psicología e investigación en enfermedades degenerativas crónicas* (pp. 281-320). Monterrey, Nuevo León, México: Editorial de la UANL.
- García, H., Carpe, S., Rodríguez, L., Govín, C. & Masjuan, Y. (2009). Caracterización de los afrontamientos personales exitosos en pacientes con VIH. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 6, 3.
- García, J.A., Landa, V., Trigueros, M.C. & Gaminde, I. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2), 42-93.
- García, M.D. & Font, A. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en personas VIH positivas con lipodistrofia. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 81-99.
- García, R.A. (2009). *Estrés, afrontamiento y optimismo en los pacientes con*

- cardiopatía isquémica* (Tesis de maestría). Monterrey, NL: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S, Martínez, L & Otalvaro, M. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia Psicológica*, 27(1) 5-13.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20.
- Giraldo, L., Gómez, J. & Maestre, K. (2008). Niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en familiares de víctimas de desaparición forzada en la ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 27-33.
- Gómez, M. (2004). *La pérdida de un ser querido: el duelo y el luto*. Madrid: Arán Ediciones.
- Gómez, M. (2005). *Morir con dignidad*. España: Arán Ediciones.
- González, M.T. & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- González, M.T. & Landero, R. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación del modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 11(4), 403-410.
- Grassi, L., Rigui, R., Siguinolfi, L., Makouri, S. & Guinelli, F. (1998). Coping styles and psychosocial-related variables in HIV-infected patients. *Psychosomatics*, 39, 350-359.
- Hall, B. & Cooley, D. (1994). Ways of maintaining hope in HIV disease. *Research in Nursing & Health*, 17(4), 283-293.
- Harrison, K. M., Song, R. & Zhang, X. (2010). Life Expectancy After HIV Diagnosis Based on National HIV Surveillance Data From 25 States, United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 53, 124-130.
- Heckman, T. (2003). The Chronic Illness Quality of Life (CIQOL) Model explaining

- life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, 22(2), 140-147.
- Heckman, T. Somlai, A., Kalichman, S., Franzoi, S. & Kelly, J. (1998). Psychosocial differences between urban and rural people living with HIV/AIDS. *The Journal of Rural Health*, 14(2), 138-145.
- Heckman, T., Miller, J., Kockman, A. Kalichman, S., Carlson, B. & Silverthorn, M. (2002). Thoughts of suicide among HIV-infected rural persons enrolled in a telephone-deliberated mental health intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 141-148.
- Hernández, J., Buena, G., Bermúdez, M. & Teva, I. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28(5), 40-49.
- Hernández, M.R., Morales, A., Moreno, T., Meléndez, A., León, E.A., Ramos, U., Cruz, G., Pelayo, B. & Hernández, G. (2006). *Programa nacional de adherencia al tratamiento del VIH*. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y Secretaría de Salud.
- Hintze, J. Templer, D. Cappelletty, G. & Frederick, W. (1993). Death depression and death anxiety in HIV-infected males. *Death Studies*, 17(4), 333-341.
- Ickovics, J., Hamburger, M., Vlahov, D., Schoenbaum, E.E., Schuman, R., Boland, R.J. & Moore, J. (2001). Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV seropositive women. *Journal of the American Medical Association*, 285(11), 1466-74.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2007). *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el SIDA*. Recuperado el 29 de Abril de 2010, de: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/sida07.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). *Regiones socioeconómicas de México*. Recuperado el 8 de Noviembre del 2010, de: <http://sc.inegi.org.mx/niveles/index.jsp?me=na&ly=00,19&la=19&t2=NUEVO%20LEON&at=&ne=es&nt=18>

- Kang, E. (1999). Optimism, coping, and psychological distress among HIV-seropositive and AIDS diagnosed men. *Dissertation Abstracts International* (section B: the science and engineering), 60-2947.
- Kendal, T. & Pérez, H. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito: médico, familiar y comunitario*. México, DF: Colectivo Sol AC.
- Kubler, E. (1969). *On death and dying*. Londres: MacMillan Company.
- Ladero, L., Orejudo, S. & Carrobles, J. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17(4) 575-581.
- Langs, R. (1997). *Death anxiety and clinical practice*. London: Karnac Books.
- Lara, K.P., Ruiz, N.V. & Balcázar, P. (2009). Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 8, 83-106. Consultado el 6 de abril del 2010, de http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/rubrique.php3?id_rubrique=8
- Lara, M. (2007). *Psicoterapia cognitivo-conductual para la ansiedad en los niños*. En Hernández, N. y Sánchez, J. (Ed.) *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. (pp. 247-273). México: Libros en Red.
- Laryea, M. & Gien, L. (1993). The impact of HIV-positive diagnosis on the individual: stigma, rejection and loneliness. *Clinical Nursing Research*, 2(3), 245-263.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer Publishing.
- Libertad, M. (2003) Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3).
- Limonero, J. (1994). Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. Tesis Doctoral: Universidad Autónoma de

Barcelona.

- Limonero, J. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 249-265.
- Limonero, J. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés*, 3, 37-46.
- Limonero, J. (2001). Evaluación de necesidades y preocupaciones en enfermos en situación terminal. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(2), 63-77.
- Lonetto, R. & Templer, D. (1988). *La ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Temis.
- López, A. & Calle, I. (2008). Características psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte (DAS) en pacientes de VIH/SIDA. *Psicothema*, 20(4), 958-963.
- López, A., Sueiro, E. & López, M. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 9(2), 1138-1663.
- Lucas, R. (1974). A comparative study of measures of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife. *Omega: Journal of Death and Dying*, 5(3), 233-243.
- Magis, C. & Hernández, M. (2009). Epidemiología del SIDA en México. En *25 años de SIDA en México. Retos, logros y desaciertos* (pp. 101-120). México: CENSIDA.
- Martínez, B. Alonso, J. & Calvo, F. (2001). Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes. *Psiquis*, 22(5), 176-182.
- Martínez, C. (2008). Venciendo al VIH/SIDA: juventud y prevención. *Revista de Estudios Sobre Juventud*, 28.
- Martínez, E., Barreto, M. & Toledo, M. (2001). Intervención psicológica con el paciente en situación terminal. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(2), 117-131.
- McCain, N. & Cella, D. (1995). Correlates of stress in HIV disease. *Western Journal of Nursing Research*, 17(2), 141-155.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (2002). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2ª ed.). New York: Guilford Publications.

- McDonald, G. (1976). Sex, religion and risk-taking behavior as correlates of death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, 7(1), 35-44.
- Menec, V., Chipperfield, J. & Perry, R. (1999). Self-perception of health: a perspective analysis of mortality, control and health. *The Journals of Gerontology*, 54(2), 85-93.
- Mercado, A., Delgado, L. & González, I. (2009). Ansiedad ante la muerte en pacientes hospitalizados y ambulatorio. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 1, 5-27.
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S. & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo: un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Montagnier, L. (2002). *El Sida*. México: Siglo XXI.
- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero & M.T. González (eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (eds.) (pp. 445-528). Trillas México, DF.
- Moral, J. & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Revista Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.
- Moral, J. & Segovia, M. P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 185-206.
- Morrison, M., Petitto, J., Ten, T. & Gettes, D. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 789-796.
- Mulder, C., Vroome, E., Van, G., Antoni, M. & Sandford, T. (1999). Avoidance as a predictor of the biological course of HIV over a seven-year period in gay men. *Health Psychology*, 18, 107-113.
- Murphy, D., Marelich, W., Hoffman, D. & Steers, W. (2004). Predictors of antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 16, 471-484.
- Nelson, D. & Cantrell, C. (1980). Religiosity and death anxiety: a multidimensional analysis. *Review of Religious Research*, 21(2), 148-157.
- Newman, I., Smith, P., Griffith, D., Maloney, P., Dambrot, F., Sterns, H., Daubney, J. & Stratton, B. (1983). The alpha-omega scale: the measurement of stress

- situation coping styles. *Ohio Journal of Science*, 83(5), 241-246.
- Núñez, A.C., Tobón, S., Vinaccia, S. & Arias, D. (2006). Diseño de un modelo de intervención en el VIH/SIDA a partir del enfoque procesual del estrés. *Suma Psicológica*, 13(2), 105-116.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2da. Ed. México: Thomson.
- O'Brien, S.J. & Goedert, J.J. (1996). HIV causes AIDS: Koch's postulates fulfilled. *Current Opinion in Immunology*, 8(5), 613-618.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). *Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA*. Recuperado el 23 de Abril de 2010, de: <http://www.who.int/features/qa/71/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). *Infecciones de Transmisión Sexual ITS- VIH SIDA*. Recuperado el 23 de Abril de 2010, de: <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/>
- Osadolor, I. (2005). *Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte*. (Tesis doctoral). México, DF: Universidad Iberoamericana.
- Palacios, X., Rueda, A. & Valderrama, P. (2006). Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables socio-demográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 25-38
- Pan American Health Organization (2001). Case definition: Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Epidemiological Bulletin*, 22(2), 14-16.
- Parkes, C. (1998). The dying adult. *British Medical Journal*, 316, 1313-1315.
- Pattison, E. (1977). *The experience of dying*. New York: Prentice Hall.
- Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pearlin, L. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Pimentel, M. & Bisso, A. (2000). Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH/SIDA asintomáticos y sintomáticos. *Sociedad Peruana de Medicina*

Interna, 13, 8-12.

- Piña, J., Dávila, M., Sánchez, J.J. & Cazares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana Salud Pública*, 23(6), 377-383.
- Piña, J., Dávila, M., Sánchez, J.J., Cazares, O., Togawa, C. & Corrales, A: (2009). Efectos del tiempo de infección sobre predictores de adherencia en personas con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 67-78.
- Plaxats, M. (2005). *Miradas hacia la vida: aprender con las pérdidas*. Barcelona: Océano.
- Pollak, J. (1980). Correlates of death anxiety: a review of empirical studies. *Omega: Journal of Death and Dying*, 10(2), 97-121.
- Rasmussen, C. & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of Psychology: interdisciplinary and applied*, 13(2), 141-144.
- Ray, J. & Najman, J. (1974). Death anxiety and death acceptance: a preliminary approach. *Omega: Journal of Death and Dying*, 5(4), 311-315.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH +. *Psicothema*, 14(2), 262-267.
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P. & Carrobes, J. (2001). ¿Es la percepción de control un factor protector contra el distres emocional en personas VIH?. *Psiquis*, 22(3), 111-116.
- Reyes, C. (1998). Importancia de la religión en los ancianos. *Colombia Medica*, 29(4).
- Rio, J. (2007). Validación de la versión española de la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y del perfil revisado de actitudes ante la muerte: estudio comparativo y transcultural. Tesis doctoral de la Universidad de Granada.
- Rivera, A. & Montero, M. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Revista*

- Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 135-140.
- Rivera, P., Magis, C. & Saavedra, J. (2005). *México ante los desafíos de desarrollo del milenio. Diagnóstico y tendencias de largo plazo del VIH/SIDA y su impacto en la salud pública de México*. México: CONAPO.
- Rocha, T.E. & Díaz, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49.
- Roshdih, S., Templer, D., Cannon, W. & Canfield, M. (1999). The relationships of death anxiety and death depression to religion and civilian war related experiences in Iranians. *Omega: Journal of Death and Dying*, 38(3), 201-210.
- Safren, S., Gershuny, B. & Hendriksen, E. (2003). Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(12), 657-664.
- Sanders, C. (1980). A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child and parent. *Omega: Journal of Death and Dying*, 10(4), 303-322.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, P., Valiente, R. & Santed, M. (2001). Predictores psicológicos y sociodemográficos de la ansiedad anticipatoria ante la participación en "segundas pruebas" de detección de cáncer de mama. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 17-36.
- Secretaría de Salud (1993). *Norma oficial mexicana, NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana*. México, DF: Secretaría de Salud.
- Sen, S., Burmeister, M. & Ghosh, D. (2004). Meta-analysis of the association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5-HTTLPR) and anxiety-related personality traits. *American Journal of Medical Genetics*.

Part B: Neuropsychiatry Genetics, 127, 85-89.

- Sewell, M., Goggin, K., Rabkin, J., Ferrando, S., McElhiney, M. & Evans, S. (2000). Anxiety syndromes and symptoms among men with aids. *Psychosomatics, 41*, 294-300.
- Sierra, J. (1995). Atención de la persona infectada por VIH. *Salud Pública, 37*(6), 520-524.
- Sikkema, K.J. (1998). Public interest directorate: living beyond loss: An intervention for coping with HIV and HIV related loss. Washington, DC: *American Psychological Association*. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/aids/resources/sikkema.aspx>
- Simoni, J., Frick, P. & Huang, B. (2006). A longitudinal evaluation of the social support model of medication adherence among HIV positive men and women on antiretroviral therapy. *Health Psychology, 25*, 74-81.
- Suhail, K. & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies, 26*(1), 39-50.
- Sun, H., Zhang, J. & Fung, X. (2007). Psychological status, coping, and social support of people living with HIV/AIDS in Central China. *Public Health Nursing, 24*, 132-140.
- Tate, A.L. (1982). Life satisfaction and death anxiety in aged women. *The International Journal of Aging and Human Development, 15*(4), 299-306.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale (DAS). *Journal of General Psychology, 82*, 165-177.
- Thorson, J.A. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal Clinical Psychology, 44*(5), 691-701.
- Thorson, J.A. & Powell, F.C. (1991). Life, death and life after death: meanings of the relationship between death anxiety and religion. *Journal of Religious Gerontology, 8*(1), 41-56.
- Thorson, J.A. & Powell, F.C. (1994). A revised death anxiety scale. En R. A. Neimeyer (ed.), *Death anxiety handbook* (pp. 31-40). Washington: Taylor & Francis.
- Tizón, J. (2004). Sida y seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana.

- En J. Tizón (Ed.). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia* (pp. 759-764). Barcelona: Paidós.
- Tomás, J. & Gómez, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish form of Templer's death anxiety scale. *Psychological Reports, 91*, 1116-20.
- Tomás, J. & Gómez, J. (2005). Construction and validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment, 21*(2), 108-114.
- Toufexis, D.J., Myers, K.M. & Davis, M. (2006). The effect of gonadal hormones and gender on anxiety and emotional learning. *Hormones and Behavior, 50*(4), 539-549.
- Tucker, J., Orlando, M., Burnam, M., Sherbourne, C., Kung, F. & Gifford, A. (2004). Psychosocial mediators of antiretroviral nonadherence in HIV positive adults with substance use and mental health problems. *Health Psychology, 23*, 363-370.
- UNICEF, OMS y ONUSIDA. (2002). *Los jóvenes y el VIH/SIDA: una oportunidad en un momento crucial*. New York: UNICEF, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud.
- Valderrama, P., Carbellido, S. & Domínguez, B. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología, 27*(1), 73-86.
- Vargas, J., Cervantes, M. & Aguilar, J. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud, 19*(2), 215-221.
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud, 16*(1), 51-62.
- Wagner, K.D. & Lorion, R.P. (1984). Correlates of death anxiety in elderly persons. *Journal of Clinical Psychology, 40*(5), 1235-1241.
- Wass, H. & Neimeyer, R. (1995). *Dying: facing the facts*. United States of America: Taylor & Francis.
- Wen, Y. (2010). Religiosity and death anxiety. *The Journal of Human Resource*

and Adult Learning, 6(2), 31-37.

- Wittkowski, J. (1988). Relationships between religiosity and attitudes towards death and dying in a middle-aged sample. *Personality and Individual Differences*, 9(2), 307-312.
- Wu, A., Tang, C. & Kwok, T. (2002). Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal Aging Health*, 14(1), 42-56.
- Yamasue, H., Abe, O. Suga, M., Yamada, H., Inoue, H., Tochigi, M., Rogers, M., Aoki, S., Kato, N. & Kasai, K. (2008). Gender-common and -specific neuroanatomical basis of human anxiety-related personality traits. *Cerebral Cortex*, 18(1), 46-52.
- Ybarra, J.L., Sánchez, J.J. & Piña, J.A. (2011). Efectos de variables psicológicas sobre la carga viral en personas VIH-positivas. En *Trastornos y enfermedades crónicas. Una aproximación psicológica* (pp. 170-185). México, DF: Manual Moderno.

ANEXOS

ANEXO 1

Gráficos de sedimentación

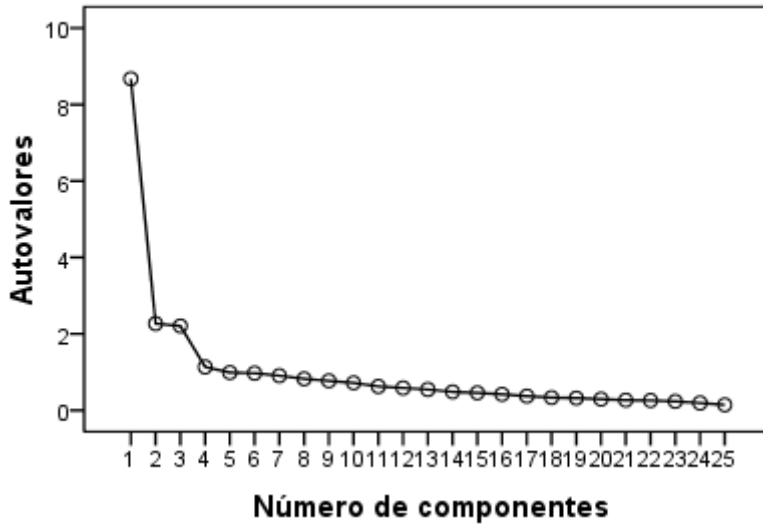


Figura 1. Gráfico de sedimentación con los 25 ítems en la muestra clínica.

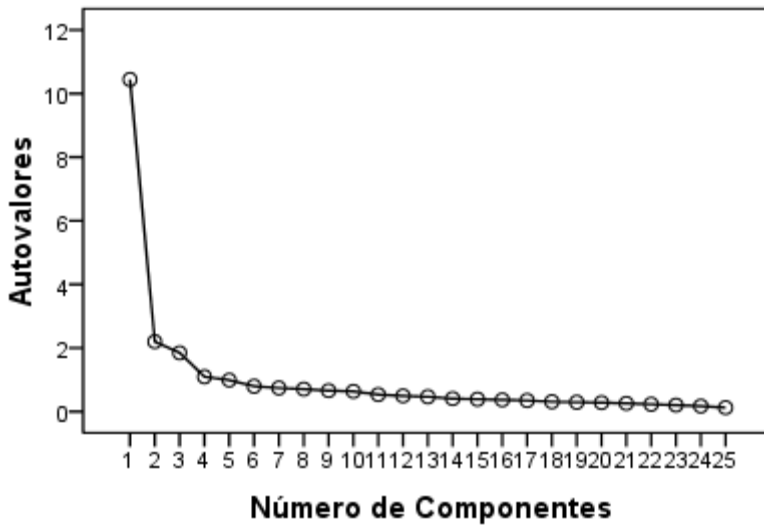


Figura 2. Gráfico de sedimentación con los 25 ítems en la muestra de población general.

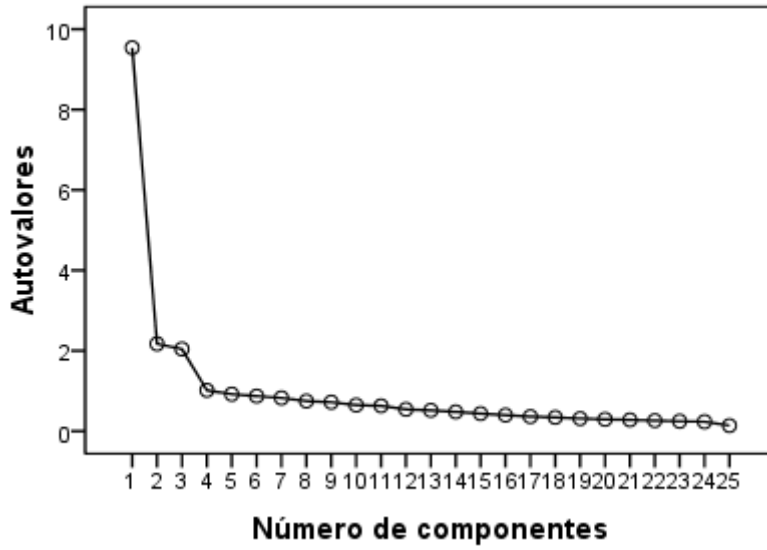


Figura 3. Gráfico de sedimentación con los 25 ítems en la muestra conjunta.

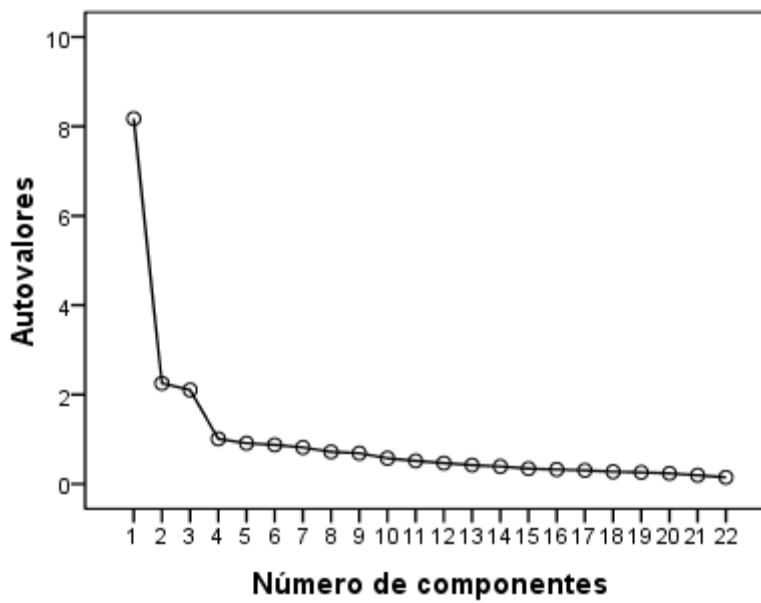


Figura 4. Gráfico de sedimentación con los 22 ítems en la muestra clínica.

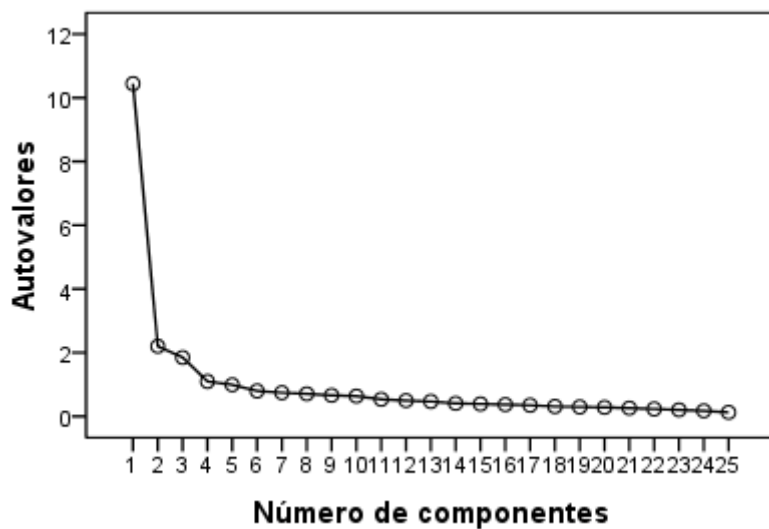


Figura 5. Gráfico de sedimentación con los 22 ítems en la muestra de población general.

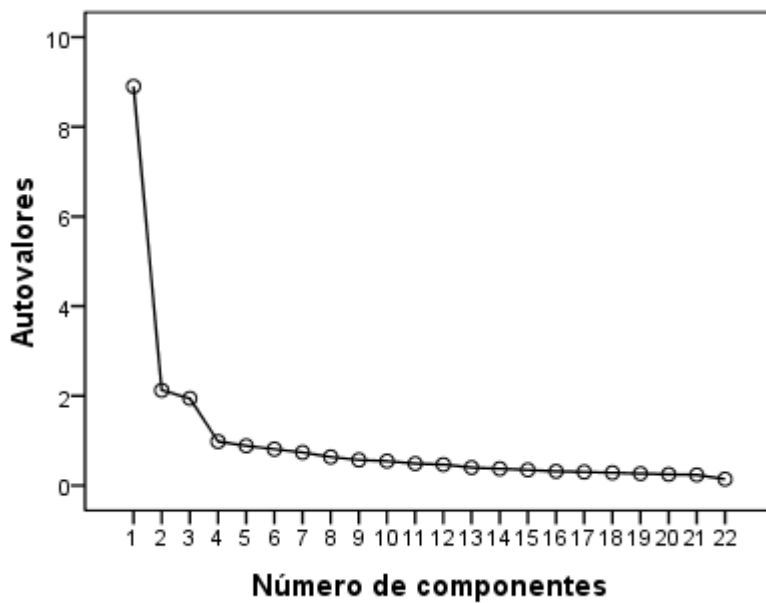


Figura 6. Gráfico de sedimentación con los 22 ítems en la muestra conjunta.

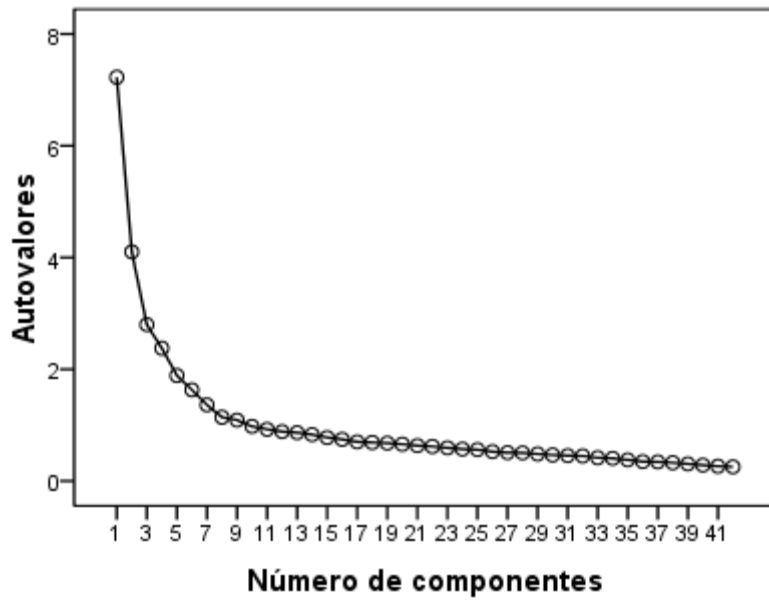


Figura 7. Gráfico de sedimentación con los 42 ítems en la muestra conjunta.

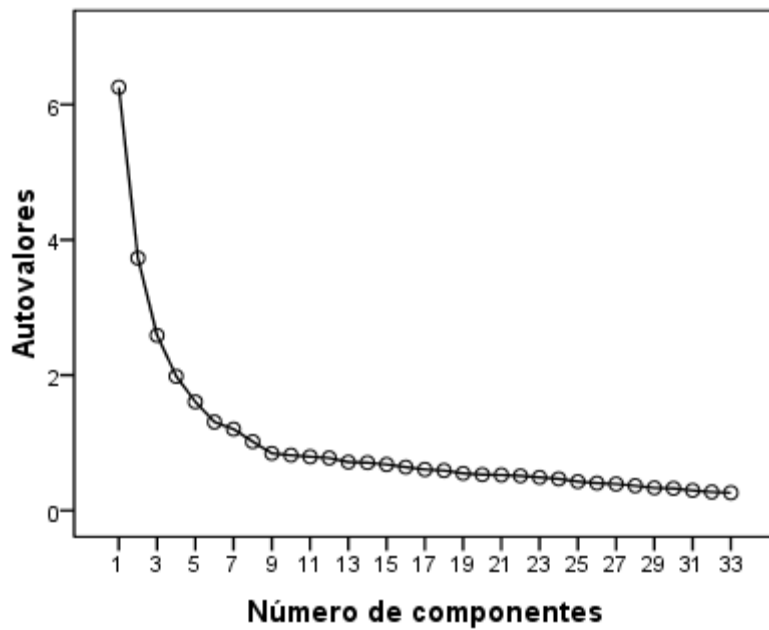


Figura 8. Gráfico de sedimentación con los 33 ítems en la muestra conjunta.

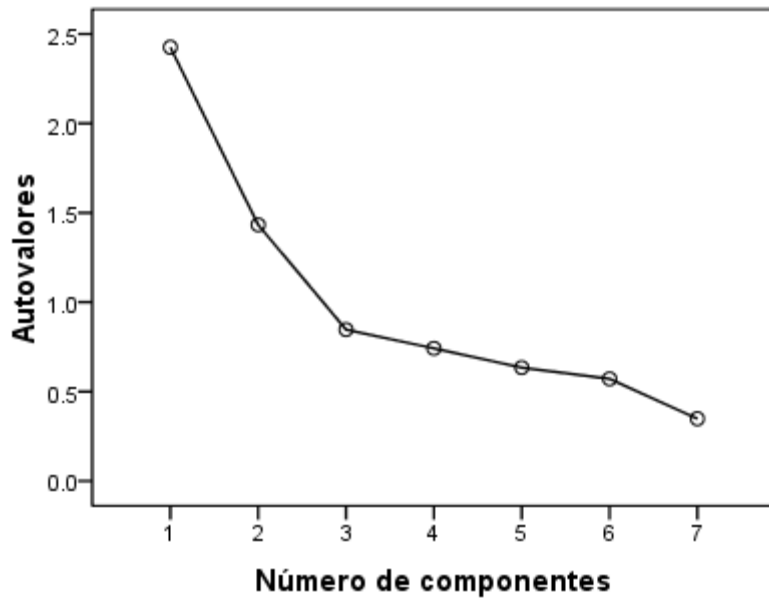


Figura 9. Gráfico de sedimentación con los 7 componentes (estimados por suma simple de 42 ítems) en la muestra conjunta.

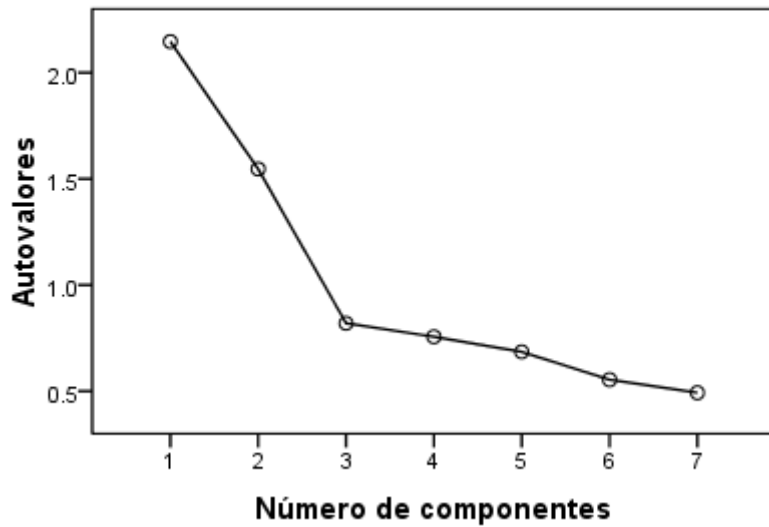


Figura 10. Gráfico de sedimentación con los 7 componentes (estimados por suma simple de 33 ítems) en la muestra conjunta.

ANEXO 2

Consentimiento escrito de participación voluntaria de la muestra clínica

Se le pide participar en un proyecto de investigación cuyo objetivo es estudiar la relación entre la ansiedad ante la muerte y su forma de ser enfrentada en personas seropositivas.

Su participación en la investigación consiste en responder a dos cuestionarios que se tardan en completar aproximadamente 15 minutos.

Toda la información que proporcione en los cuestionarios será sometida a estricta confidencialidad, garantizándose sus derechos como paciente. Si se publican los resultados de este estudio, en alguna revista científica o libro, no lo identificaremos de manera alguna. Si decide no participar, esto no afectará la atención médica o psicológica que reciba en ese momento o en el futuro en cualquiera de los centros del CAPASITS.

Lo único que le solicitamos son respuestas sinceras y atentas a las preguntas.

Antes de responder sí o no y firmar, ante cualquier duda haga las preguntas necesarias.

He comprendido claramente la información, a qué seré sometido y qué se espera de mí y conozco mis derechos como paciente.

Sí () No ()

Estoy conforme en participar en el proyecto de investigación

Sí () No ()

Firma del paciente:
Sr./Sra.

Firma del responsable del proyecto:
Lic. Melina Miaja Ávila

Testigo 1
Nombre:

Testigo 2
Nombre:

ANEXO 3

Consentimiento escrito de participación voluntaria de la muestra de población general

Se le pide participar en un proyecto de investigación cuyo objetivo es estudiar la relación entre la ansiedad ante la muerte y su forma de ser enfrentada en las personas.

Su participación en la investigación consiste en responder a dos cuestionarios que se tardan en completar aproximadamente 15 minutos.

Toda la información que proporcione en los cuestionarios será sometida a estricta confidencialidad, garantizándose sus derechos. Si se publican los resultados de este estudio, en alguna revista científica o libro, no lo identificaremos de manera alguna.

Lo único que le solicitamos es que responda a todas y cada una de las preguntas que se le formulen de manera sincera, no dejando ninguna sin responder.

Su participación es valiosa para nosotros, por eso le agradecemos sinceramente su colaboración.

Antes de responder sí o no y firmar, ante cualquier duda haga las preguntas necesarias.

Si desea participar, indíquelo marcando una X la opción Sí. En caso de que no desee participar, por favor indique su motivo.

Deseo colaborar:

Sí () No () ¿Por qué no? _____

Firma

Firma del responsable del proyecto:

Lic. Melina Miaja Ávila

ANEXO 4

Datos socio-demográficos de la muestra clínica

Sexo: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Estado civil: _____
Colonia: _____
Tiempo de haber recibido el diagnóstico VIH+: _____
Se encuentra: Sintomático ó asintomático
Nivel de carga viral: _____
Recuento de CD4: _____
Está tomando algún medicamento antirretroviral: SI NO

Datos socio-demográficos de la muestra de población general

Sexo: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Estado civil: _____
Colonia: _____

¿Ha sido diagnosticado y tratado por una Infección de Transmisión Sexual?

SI NO ¿Cuál? _____

¿Ha sido diagnosticado y tratado como portador del VIH/SIDA?

SI NO

¿Ha sido diagnosticado y tratado por una enfermedad psiquiátrica?

Si NO ¿Cuál? _____

ANEXO 5

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín & Chorot, 2003).

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordaren qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. *Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.* Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Descargué mi mal humor con los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Asistí a la Iglesia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

10.	Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11.	Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12.	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13.	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14.	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15.	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16.	Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17..	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18.	Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19.	Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20.	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21.	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22.	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23.	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24.	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25.	Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26.	Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27.	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28.	Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29.	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30.	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31.	Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32.	Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33.	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4

34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

ANEXO 6

Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM-25; Osadolor, 2005).

Ponga el número dentro del paréntesis indicando que tanto está de acuerdo con las siguientes frases.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1- Tengo miedo a una muerte larga				()
2- Los ataúdes me ponen ansioso				()
3- Me preocupa mucho si hay vida o no después de morir				()
4- Me angustia la idea de no volver a sentir nada después de la muerte				()
5- Sufrir de cáncer me asusta particularmente				()
6- Evitaría la muerte a toda costa				()
7- Tengo miedo de morir muy lentamente				()
8- Me asusta morir en un incendio				()
9- Me inquieta morir de cáncer.				()
10- Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.				()
11- Intento no tener que ver con el tema de la muerte				()
12- Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.				()
13- Estoy algo ansioso respecto a lo que ocurre al cuerpo después de la muerte				()
14- Me angustia estar totalmente inmóvil después de la muerte				()
15- La idea de que me encierren en un ataúd me angustia				()
16- Me preocupa el aislamiento total de la muerte				()
17- Me angustia estresarme por una enfermedad larga				()
18- Me inquiete la degeneración física que implica una muerte lenta				()
19- Me asusta de que no haya vida después de la muerte				()
20- Me asusta no cumplir mis metas en la vida antes de morir				()
21- Tengo miedo a morir violentamente				()
22- Intento no pensar en la muerte				()
23- Evito totalmente pensar en la muerte				()
24- Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte				()
25- Pensar en la muerte es una situación horrible.				()

ANEXO 7

Validación de la *Death Anxiety Scale* (DAS-15) de Templer en México Validation of Templer's Death Anxiety Scale (DAS-15) in Mexico

Se pretende validar nuevamente la escala DAS-15, pero en población abierta, cuando el estudio anterior de Rivera y Montero (2010) fue en estudiantes universitarios y adultos mayores, asimismo ver su relación con la escala EAM-25 creada en México, cuando ningún estudio previo había considerado este criterio. De esta forma se intenta establecer ambos instrumentos como medidas breves, confiables y válidas en el campo de estudio en México.

Así, este estudio tiene como objetivos: 1) determinar la estructura dimensional de la escala tanto por análisis factorial exploratorio como confirmatorio; 2) estimar la consistencia interna de la escala y sus factores; 3) describir la distribución de la escala y los factores en la muestra conjunta, 4) observar su relación con las variables socio-demográficas de sexo, edad, escolaridad y estado civil; y 5) estimar la validez criterial de la escala DAS, desde la adaptación de Rivera y Montero (2010), con la escala EAM.

En relación con las preguntas de investigación que se derivan de los objetivos formulados se espera: 1) una estructura de 3 factores (Rivera y Montero, 2010), 2) valores de consistencia interna altos para el conjunto de ítems de la escala ($\alpha \approx .80$) y adecuados para los factores ($\alpha \geq .60$) (Rivera y Montero, 2010), 3) distribución asimétrica positiva o sesgo hacia valores de baja ansiedad ante la muerte, 4) mayor ansiedad ante la muerte en mujeres (López, Sueiro y López, 2004; Martínez, Alonso y Calvo, 2001; Roshdieh, Templer, Cannon y Canfield, 1999), a mayor edad (Lara, Ruiz y Balcázar, 2009; Martínez, et al., 2001; Rivera y Montero, 2010), menor escolaridad (Sandín, Chorot, Lostao, Valiente y Santed, 2001) y en solteros y divorciados/separados frente casados y personas que cohabitan con su pareja (Echeverría, 2004; García, Landa, Trigueros y Gaminde, 2001; Sandín, et al., 2001), y 5) correlación moderada-alta entre las escalas DAS-15 y EAM-25 (Thorson y Powell, 1994; Tomás y Gómez, 2005).

MÉTODO

Participantes

Se empleó un muestreo no probabilístico por cuotas equivalentes de sexos. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, residir en Nuevo León y tener capacidad para comprender adecuadamente las instrucciones. Como criterios de exclusión se fijaron: ser menor de edad, residir fuera del estado de Nuevo León o negarse a participar. La muestra quedó integrada por 100 hombres y 100 mujeres, con una media de edad, en ambos sexos, de 36.79 años ($DE = 8.32$), oscilando de 18 a 79. La media de edad de los hombres fue de 38.97 años ($DE= 9.04$) y en las mujeres de 34.61 años ($DE= 6.93$). El 2.5% (5 de 200) tiene estudios de primaria, 14% (28) secundaria, 45% (90) media superior y 38.5% (77) universitarios. 61.5% (123 de 200) son casados, 29.5% (59) solteros, 5.5% (11) en unión libre y 3.5% (7) divorciados, separados o viudos.

Procedimiento

La muestra se obtuvo por visita domiciliaria y fue levantada de mayo a junio de 2011 por la segunda autora. Los cuestionarios con formato autoaplicado fueron respondidos por los participantes una vez entregados y firmado el consentimiento informado, donde se garantizaba la confidencialidad de los datos de acuerdo a las normas de investigación de la Asociación Americana de Psicología (2002). Posteriormente se pasaba a la recogida de los mismos.

Instrumentos

Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS-15) de Templer (1970). Consta de 15 ítems directos redactados en sentido de ansiedad. Se empleó un formato de respuesta tipo Likert con un rango de 4 puntos (de 1 *nunca o casi nunca* a 4 *todo el tiempo*), como en el estudio de Rivera y Montero (2010) en México.

La Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) de Osadolor (2005) consta de 25 ítems, con un rango de respuesta de 5 puntos (de 1 *totalmente de acuerdo* a 5 *totalmente en desacuerdo*) y cuatro factores: Ansiedad (2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y

19), Dolor (11, 12, 22, 23, 24 y 25), Depresión (1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18) y Miedo (6, 20 y 21).

Análisis estadísticos

La consistencia interna se estima por el coeficiente alfa de Cronbach (α). Se consideran valores altos aquéllos $\geq .70$, adecuados $\geq .60$ y bajos $< .60$ (Cronbach & Shavelson, 2004). La correlación entre las dos escalas se calcula por el coeficiente producto-momento de Pearson. El ajuste de la distribución a una curva normal se contrasta por la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Z_{K-S}). La estructura dimensional se determina tanto por análisis factorial exploratorio por Componentes Principales con rotación Oblimín como por análisis factorial confirmatorio (AFC) por Máxima Verosimilitud (ML). Se manejan siete índices de ajuste: tres básicos (función de discrepancia [FD], chi-cuadrado [χ^2] y cociente entre chi-cuadrado y sus grados de libertad [χ^2/df]); dos poblacionales de no centralidad (parámetro de no centralidad poblacional [$PNCP$] y residuo cuadrático medio de aproximación [$RMSEA$] de Steiger-Lind); además dos índices comparativos (índice de bondad de ajuste [GFI] de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida [$AGFI$]). Los valores de buen ajuste para los índices son: p de $\chi^2 > .05$, FD y $\chi^2/df < 2$, $PNCP < 1$, $RMSEA < .05$, $GFI > .95$ y $AGFI > .90$; y los valores adecuados son: p de $\chi^2 > .01$, FD y $\chi^2/df < 3$, $PNCP < 2$, $RMSEA < .08$, $GFI > .85$ y $AGFI > .80$ (Moral, 2006). Los cálculos estadísticos se realizan con SPSS16 y AMOS7.

RESULTADOS

Estructura dimensional y consistencia interna

La matriz de correlaciones muestra propiedades buenas para la extracción de factores. Las 105 correlaciones entre los 15 ítems son significativas con una media de .44 ($DE = .01$), variando de .24 a .79. Así el determinante de la matriz de correlaciones tienden a cero $|R| < .01$, la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin es muy alta (.92) y se rechaza la hipótesis nula de equivalencia de la matriz de correlaciones a una matriz identidad por la prueba de

Bartlett ($\chi^2(105, N = 200) = 1482.42$).

Con base en el criterio de Kaiser (autovalores iniciales mayores a 1) se definen dos componentes que explican 55.05% de la varianza total. El primero queda integrado por 12 ítems con cargas factoriales mayores o iguales .50 (1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14 y 15) y que presentan consistencia interna alta ($\alpha = .91$). Por el contenido de los mismos se denomina *ansiedad ante la muerte*. El segundo está formado por 3 ítems con cargas mayores o iguales .68 (2, 8 y 12). La consistencia es alta ($\alpha = .75$) y se incrementa ligeramente al eliminar el ítem 2 ($\alpha = .76$). Por el contenido de los ítems se puede denominar *miedo a que la vida llegue a su fin*. La correlación entre ambos componentes es moderada (.57). Con base en el criterio de Cattell se podría definir un único componente que explica el 47.72% de la varianza total, al quedar por encima del punto de inflexión de la curva de sedimentación de los autovalores iniciales. En la matriz de componentes se obtienen cargas mayores o iguales a .57. La consistencia interna de los 15 ítems es alta ($\alpha = .92$). Con base en la expectativa se fuerza la solución a tres componentes que explican el 61.62% de la varianza total. El primer componente de la solución bifactorial se desdobla con 6 ítems cada nuevo componente. Uno queda integrado por los ítems 1, 4, 5, 6, 9 y 11 ($\alpha = .85$) que reflejan un contenido de *miedo a la agonía o enfermedad*; el otro queda conformado por los ítems 3, 7, 10, 13, 14 y 15 ($\alpha = .85$) y se puede interpretar como *ausencia de miedo a la muerte*, al tener todas las cargas negativas. El componente restante coincide con el segundo de la solución bifactorial. Las correlaciones entre los tres factores varían de .37 a -.49 (véase Tabla 43).

Tabla 43

Matrices de patrones de la soluciones de uno, dos y tres factores

Ítems	Uni		Bi		Tri	
	1	1	2	1	2	3
1 Tengo mucho miedo de morirme	.79	.85	-.04	.55	.01	-.40
2 Pienso en la muerte	.57	-.05	.82	-.26	.70	-.36
3 Me pone nervioso que la gente hable de la muerte	.73	.64	.15	.03	.06	-.77
4 Me asusta mucho pensar que tuvieran que tuvieran que operarme	.67	.54	.19	.33	.20	-.31
5 Tengo miedo de morir	.79	.89	-.11	.54	-.07	-.46
6 Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer	.68	.80	-.13	.72	-.03	-.13
7 Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte	.77	.78	.02	.33	.00	-.58
8 A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo	.62	.02	.80	.14	.78	.02
9 Me da miedo tener una muerte dolorosa	.66	.71	-.04	.82	.10	.08
10 Me preocupa mucho el tema de la otra vida	.72	.46	.36	.08	.29	-.54
11 Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón	.63	.57	.10	.54	.17	-.09
12 Pienso que la vida es muy corta	.65	.15	.68	.36	.72	.14
13 Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial	.71	.64	.12	.31	.11	-.45
14 Me horroriza ver un cadáver	.60	.64	-.03	.01	-.12	-.78
15 Pienso que tengo motivos para temer el futuro	.71	.50	.31	-.01	.21	-.67
% de varianza explicada	47.7	55.05			61.62	
No. de ítems	15	12	3	6	3	6
α de Cronbach	.92	.91	.75	.85	.75	.85

La expectativa de tres componentes correspondientes a miedo a la muerte, miedo a la agonía o enfermedad y a que la vida llegue a su fin se cumple al forzar la solución factorial, ya que la composición concreta de los factores varía ligeramente con la muestra. Así, por análisis factorial confirmatorio, se contrastan tres modelos: de un factor, de dos factores (ansiedad ante la muerte y miedo a que la vida llegue a su fin) y de tres factores. El modelo con mejor ajuste es el de tres factores correlacionados, con diferencia significativa en relación con el

unidimensional ($\Delta\chi^2(3, N = 200) = 84.95, p < .01$) y bidimensional ($\Delta\chi^2(2, N = 200) = 35.75, p < .01$). El que tiene peor ajuste es el unidimensional, incluso en comparación con el bidimensional ($\Delta\chi^2(1, N = 200) = 49.20, p < .01$). En los tres modelos todos los parámetros son significativos y los índices de ajuste son adecuados; no obstante, la hipótesis nula de bondad de ajuste a los datos se rechaza por la prueba chi-cuadrado en los tres casos. Las correlaciones en los modelos bi y trimensional son altas, de .69 a .88, especialmente entre miedo a la muerte y a la agonía o enfermedad en el modelo tridimensional; debe señalarse que ambos factores están agrupados en uno solo en el modelo bidimensional (véanse Figuras 32, 33 y 34).

El modelo de tres factores, aunque tiene el mejor ajuste, valores de consistencia interna altos y se corresponde con las expectativas resulta algo artificioso por la correlación de .88 entre dos factores. Por lo tanto manejamos el modelo de dos factores: ansiedad ante la muerte y miedo a que la vida llegue a su fin, aparte del puntaje total, para los restantes cálculos.

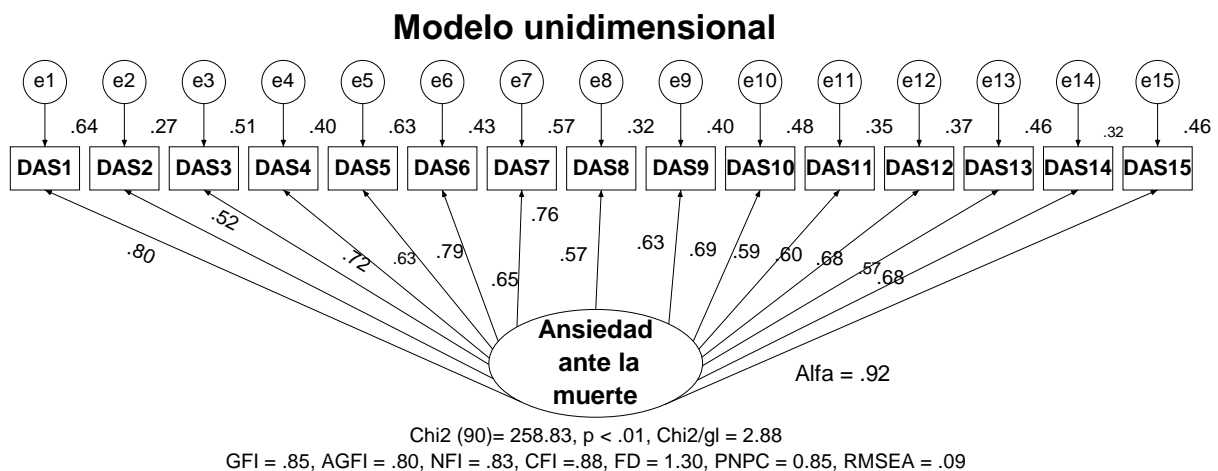


Figura 32. Modelo unidimensional estandarizado estimado por ML.

Modelo bidimensional

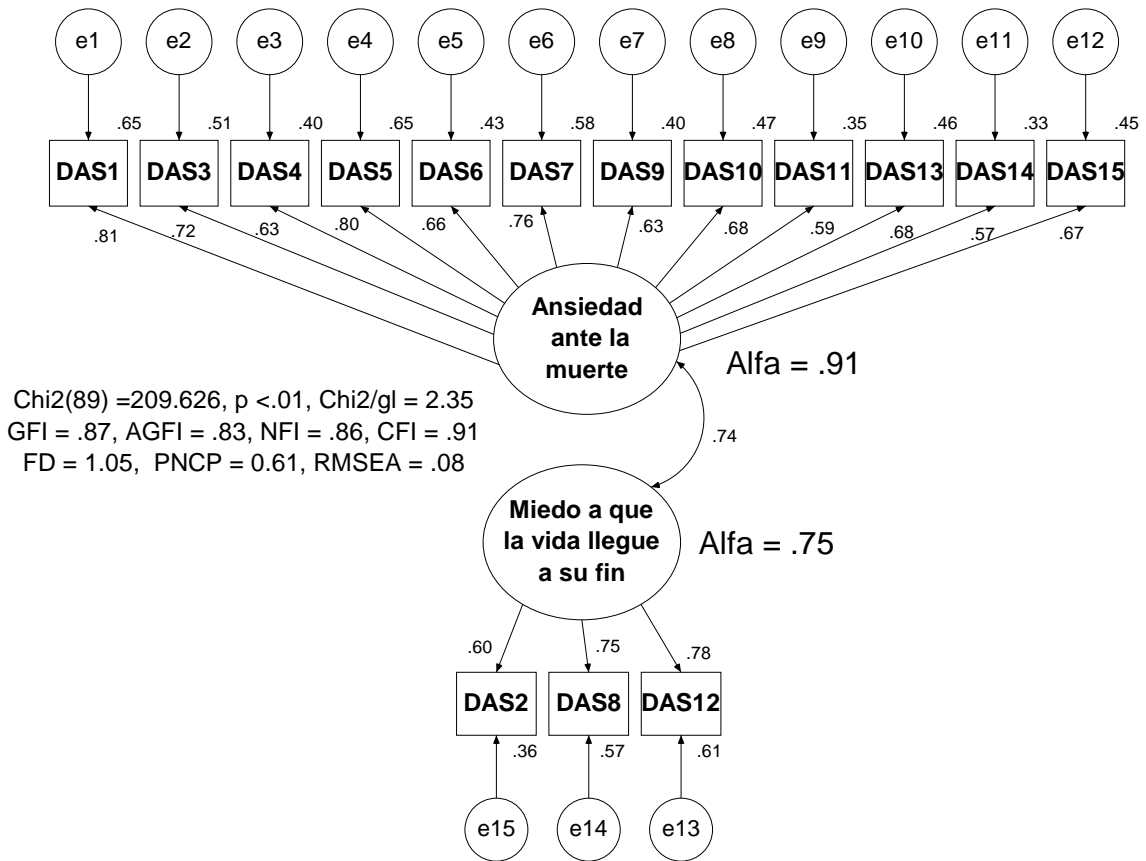


Figura 33. Modelo bidimensional estandarizado estimado por ML.

Modelo tridimensional

Chi2(87) = 173.876, $p < .01$, Chi2/gl = 1.99
 GFI = .90, AGFI = .86, NFI = .89
 CFI = .94, FD = .87, PNCP = 0.44, RMSEA = .07

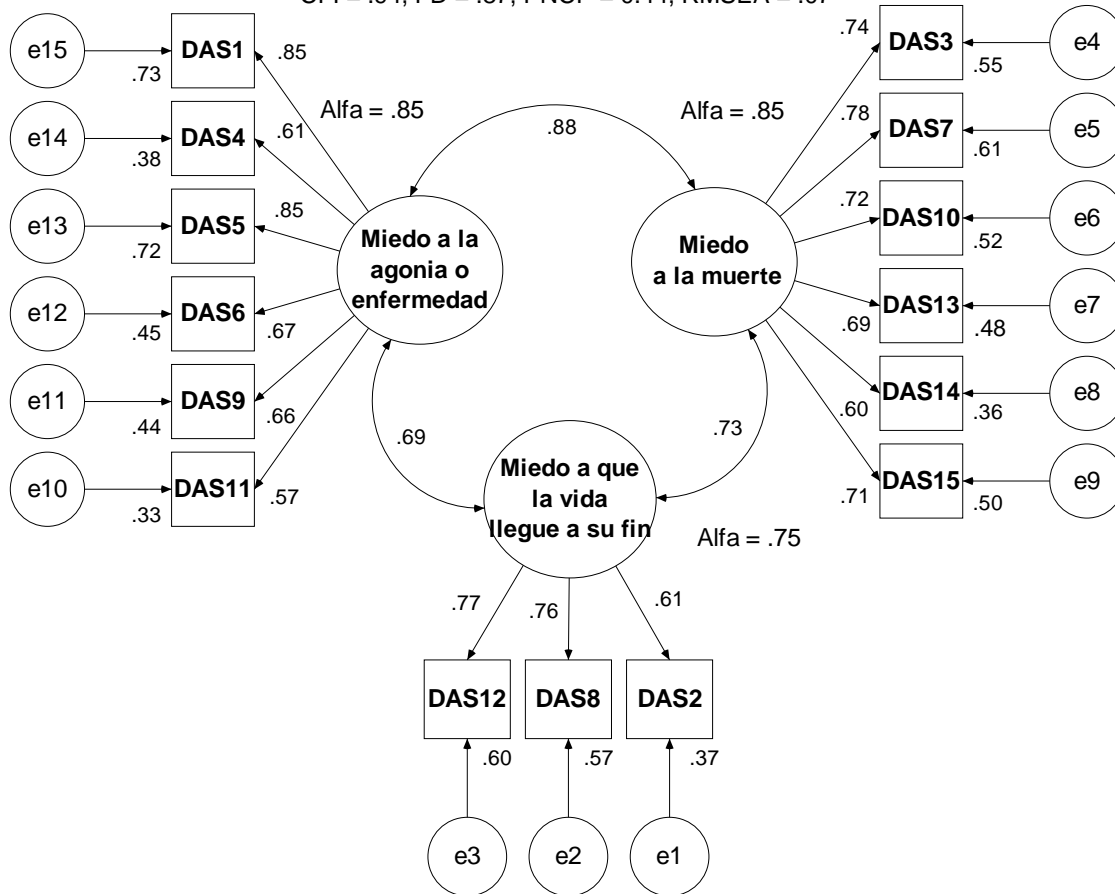


Figura 34. Modelo tridimensional estandarizado estimado por ML.

Distribución del DAS-15 y diferencias de sexos

La distribución del puntaje total de DAS-15 en la muestra conjunta, de hombres y mujeres muestra ligera asimetría positiva y curtosis, no ajustándose a una curva normal. Lo mismo se observa en los dos factores, salvo el de ansiedad ante la muerte en la muestra femenina ($Z_{K-S} = 0.85$, $p = .07$ con la corrección Lilliefors) (véase Tabla 44).

Con base en la prueba t de Student existe diferencia significativa entre hombres y mujeres en el puntaje total y el factor de ansiedad ante la muerte, promediando más alto las mujeres (véase Tabla 44).

Tabla 44

Consistencia interna, descripción de las distribuciones y contraste de la diferencia de medias entre ambos géneros

Muestras	Estadísticos		PT	AAM	MVF
Muestra conjunta (N = 200)	Consistencia	No. ítems	15	12	3
		α	.92	.91	.75
	Descriptivos de la distribución	M	28.54	22.43	6.12
		Mdn	26	20	6
		DE	9.57	7.92	2.33
		S	1.09	1.07	.72
		C	1.10	1.03	-.03
	Normalidad	Z_{K-S}	1.90	1.87	2.54
		p^*	.00	.00	.00
	Hombres (n = 100)	Consistencia	α	.91	.92
M			27.16	21.27	5.89
Descriptivos de la distribución		Mdn	24	19	6
		DE	9.06	7.79	2.23
		S	1.13	1.13	.77
		C	.71	.69	.22
		Z_{K-S}	1.84	1.85	1.80
Normalidad		p^*	.00	.00	.00
		Consistencia	α	.92	.90
M			29.93	23.59	6.34
Mujeres (n = 100)	Descriptivos de la distribución	Mdn	29	22	6
		DE	9.91	7.91	2.41
		S	1.07	1.09	.66
		C	1.38	1.54	-.21
		Z_{K-S}	0.94	0.85	1.76
Normalidad	p^*	.03	.07	.00	
	Ambos sexos (N = 200)	Diferencia de medias	$t(198)$	-2.06	-2.09
p			.04	.04	.17

S = Sesgo o asimetría y C = Curtosis. Muestra conjunta: EE de S = .17 y EE de C = .34. Muestra de hombres y mujeres: EE de S = .24 y EE de C = .48. DAS-15: PT = Puntaje total, AAM = Ansiedad ante la muerte y MVF= Miedo a que la vida llegue a su fin. *con la corrección de Lilliefors.

Relación con edad, escolaridad y estado civil

La escolaridad correlaciona negativamente con el puntaje total ($r = -.18, p = .01$) y los dos factores de DAS-15 ($r = -.17, p = .02$ con ambos), pero la edad es independiente. A mayor escolaridad, menor ansiedad ante la muerte.

Por análisis de varianza, en la muestra conjunta, el puntaje total ($F(3, 195) = 0.99, p = .40$) y los factores de Ansiedad ante la muerte ($F(3, 195) = 1.17, p = .32$) y Miedo a que la vida llegue a su fin ($F(3, 195) = 0.37, p = .77$) son estadísticamente equivalentes entre los cuatro grupos de estado civil (solteros, unión libre, casados y divorciados).

Validez criterial: correlación con el EAM-25

La correlación entre el puntaje total de DAS-15 y EAM-25 fue moderada-alta ($r = .69, p < .01$). La correlación del puntaje total de EAM-25 con el factor Ansiedad ante la muerte fue alta ($r = .71, p < .01$) y moderada con el factor Miedo a que la vida llegue a su fin ($r = .44, p < .01$).

DISCUSIÓN

El modelo de tres factores sí se reproduce en su interpretación en la presente muestra, pero resulta algo forzado. En primer lugar se requiere considerar un autovalor menor a 1 y, en segundo lugar, la correlación entre miedo a la muerte y miedo a la agonía o enfermedad en el análisis factorial confirmatorio resulta muy alta, con 77% de la varianza compartida. En todo caso sería un modelo de factores correlacionados, pero no independientes como sugieren Rivera y Montero (2010) con base al análisis factorial exploratorio. La escala debe considerarse esencialmente unidimensional por la alta consistencia interna, fuerte interrelación de los ítems, cargas altas de todos los ítems en el factor único e índices adecuados de ajuste del modelo de un factor con 15 indicadores, lo que claramente justifica un puntaje total. De forma adicional se podría separar un factor de Miedo a que la vida llegue a su fin con tres ítems con consistencia interna adecuada del factor general que quedaría con 12 ítems consistentes. Este

modelo se justifica a nivel exploratorio por el criterio de Kaiser, a nivel confirmatorio muestra mejor ajuste que el unidimensional y entre ambos factores hay un 55% de varianza compartida, lo que refleja que son claramente distinguibles.

Como se esperaba, la distribución del puntaje total de la escala se concentra en valores bajos (no ansiedad), no ajustándose a una curva normal. Así, debido a este alejamiento de la normalidad, la escala y sus factores deben ser estandarizados por los percentiles en lugar de la media y desviación estándar. Este modelo de asimetría negativa es propio de los fenómenos psicopatológicos, como la depresión, o aspectos con mucha deseabilidad social, como la indulgencia. La mayoría de las personas reportan carecer del aspecto enfermo o desvalorizado socialmente y poseer el aspecto sano y deseado socialmente. Con esta escala y en la presente muestra se considera que el bajo reporte se ajusta a la realidad y no responde a un fenómeno de autoengaño o deseabilidad social, al no estar activada el tipo de ansiedad medido. En una muestra clínica con pacientes que sufren enfermedades crónico-degenerativas, levantada en las semanas que siguen al diagnóstico, la ansiedad será más alta y este fenómeno de autoengaño podría estar más presente. Por lo que, en futuras investigaciones, se sugiere considerar una escala que mida deseabilidad social, como la de Paulhus (1998), para probar dichas afirmaciones.

Como en otros estudios (López, et al., 2004; Martínez, et al., 2001; Roshdieh, et al., 1999), las mujeres reportaron mayor ansiedad ante la muerte que los hombres. El género femenino, especialmente en las edades fértiles, es más susceptible a los trastornos de ansiedad y el estrés, por determinantes biológicos en relación con el ciclo estral y la disponibilidad de la serotonina cerebral, y por determinantes culturales que fomentan el afrontamiento pasivo y la dependencia.

Se corroboró que a mayor escolaridad menor ansiedad ante la muerte, como reportan Sandín, et al. (2001). Así los mayores recursos cognitivos que proporcionan una mayor escolaridad ayudan a afrontar mejor la ansiedad ante la muerte.

Se esperaba una correlación positiva con la edad (Lara, et al., 2009;

Martínez, et al., 2001; Rivera & Montero, 2010); sin embargo ésta resultó independiente. Este mismo resultado se obtiene con la EAM-25 en la presente muestra. Al ser el rango de edad amplio de 18 a 79 años con media de 37 el resultado de independencia es claro. Debe señalarse que algunos estudios también reportan independencia, como el de Thorson y Powell (1994).

Echeverría (2004), García, et al. (2001), Parkes (1998) y Sandín, et al. (2001) han reportado mayores niveles de ansiedad en viudos y menores en casados. El estado civil resultó independiente de la ansiedad ante la muerte en este estudio, donde sólo había un caso de un hombre viudo que fue eliminado en el contraste de medias. Esta ausencia de viudos seguramente pudo influir en el tamaño del efecto de esta variable. Considerando la mayor edad y proporción de mujeres entre los viudos y el tamaño de efecto pequeño de la edad, podría la relación entre la edad y la ansiedad ante la muerte ser efecto esencialmente de las participantes viudas, por lo que se propone en futuros estudios aumentar la proporción de personas viudas y parcializar el efecto de la viudez al estudiar la relación entre la edad y la ansiedad ante la muerte.

En cuanto a la validez criterial de la escala DAS-15 con EAM-25 se corroboró una correlación próxima a .70 entre los puntajes totales de ambas escalas, siendo moderada-alta con el primer factor. Debe señalarse que en los estudios con valores criterios de ansiedad ante la muerte nunca se obtiene valores mayores a .70 (Thorson & Powell, 1994; Tomás & Gómez, 2005). La relación de EAM-25 con el factor Miedo a que la vida llegue a su fin fue moderada-baja. Esto se debe a que la escala de Osadolor (2005) abarca aspectos antecedentes a la muerte, post mortem y de evitar pensar en la muerte, pero no se incluyen aspectos relacionados a la fugacidad de la vida.

Una limitación de este estudio es carecer de un muestreo poblacional por lo que los resultados deben manejarse como hipótesis en futuras investigaciones y no como estimaciones paramétricas. La proporción de sexos corresponde a la poblacional. El promedio de escolaridad es más alto (10 años o preparatoria sin terminar en el estado de Nuevo León), pero el valor modal de estado civil y la media de edad corresponden a los valores de la población mayor de edad

(Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2011). La mayor carencia de esta muestra es el bajo número de viudos. Otra limitación es la naturaleza de autorreporte de los datos, por lo que los resultados pueden diferir de aquéllos procedentes de entrevistas, observaciones o pruebas proyectivas.

En conclusión, una estructura unidimensional para DAS-15 tiene un ajuste adecuado, lo que aunado a la consistencia interna muy alta, justifica el empleo del puntaje total. Se podría distinguir dos factores con valores de consistencia interna alta: ansiedad ante la muerte y miedo a que la vida llegue a su fin. Estos factores poseen una correlación moderada, teniendo el modelo bidimensional mejor ajuste que el unidimensional. La distribución de la escala se concentra en las puntuaciones bajas, no ajustándose a una curva normal. Las mujeres muestran más ansiedad y aquéllos con menor escolaridad, pero la escala DAS-15 resultó independiente de la edad y el estado civil, a lo que puede contribuir el tener sólo un caso de viudez, de que ahí que se propone que el efecto del estado civil, incluso el de la mayor edad, podría ser debido a los participantes viudos. La escala DAS-15 muestra evidencia de validez criterial con EAM-25 en un rango de correlación moderada-alta, como se esperaba. Se estimula el empleo de la DAS-15 en México como una medida confiable y válida de ansiedad ante la muerte.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Collett, L. & Lester, D. (1969). Fear of death and fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-191.
- Cronbach, L. J. & Shavelson, R. J. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 391-418.
- Echeverría, M. (2004). Experiencias de duelo en viudas de policías. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 33-46.
- García, J. A., Landa, V., Trigueros, M. C. & Gaminde, I. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2), 42-93.
- Instituto Nacional de Estadística & Geografía [INEGI](2011). *Perspectiva Estadística Nuevo León*. Consultado el 19 de agosto del 2011, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-nl.pdf>
- Lara, K. P., Ruiz, N. V. & Balcázar, P. (2009). Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 8, 83-106. Consultado el 6 de abril del 2010, de http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/rubrique.php3?id_rubrique=8
- Limonero, J. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 249-265.
- López, A. & Calle, I. (2008). Características psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte (DAS) en pacientes de VIH/SIDA. *Psicothema*, 20(4), 958-963.
- López, A., Sueiro, E. & López, M. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 9(2), 1138-1663.

- Martínez, B. Alonso, J. & Calvo, F. (2001). Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes. *Psiquis*, 22(5), 176-182.
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S. & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo: un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero y M.T. González (eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (ed.) (pp. 445-528). Trillas México, DF.
- Osadolor, I. (2005). *Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte*, tesis de doctorado, México, Universidad Iberoamericana.
- Paulhus, D.L. (1998). *Manual for the Balanced Inventory of Desirable Responding: Version 7*. Toronto/Buffalo: Multi-Health Systems.
- Rivera, A. & Montero, M. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 135-140.
- Roshdih, S., Templer, D., Cannon, W. & Canfield, M. (1999). The relationships of death anxiety and death depression to religion and civilian war related experiences in Iranians. *Omega: Journal of Death and Dying*, 38(3), 201-210.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, P., Valiente, R. & Santed, M. (2001). Predictores psicológicos y sociodemográficos de la ansiedad anticipatoria ante la participación en "segundas pruebas" de detección de cáncer de mama. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 17-36.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale (DAS). *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Thorson, J. A. & Powell, F. C. (1994). A revised death anxiety scale. En R. A. Neimeyer (ed.), *Death anxiety handbook* (pp. 31-40). Washington: Taylor y Francis.
- Tomás, J. & Gómez, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish form of

- Templer's death anxiety scale. *Psychological Reports*, 91, 1116-20.
- Tomás, J. & Gómez, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3), 257-279.
- Tomás, J. & Gómez, J. (2005). Construction and validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 108-114.