

Validación de la escala de ansiedad ante la muerte y su relación con afrontamiento en personas que viven con VIH/SIDA

Melina Miaja Ávila

José Moral de la Rubia*

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron: a) determinar la consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM-25); b) describir su distribución; y c) estudiar su relación con variables sociodemográficas —edad, sexo, escolaridad y estado civil—, clínicas —estatus de la enfermedad, conteo de CD4¹, carga viral y tiempo desde el diagnóstico— y con estrategias de afrontamiento. Se aplicaron la escala EAM-25 (Osador, I., 2005) y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín, B. y P. Chorot, 2003) a una muestra aleatoria de 100 mujeres —33.3 por ciento— y 200 hombres —66.7 por ciento— que viven con VIH/Sida atendidos en el Centro Ambulatorio de Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de Nuevo León, México. La media de edad en ambos sexos fue de 37 años; 39 personas —13 por ciento— se señalaron como sintomáticas y 261 —87 por ciento— como asintomáticas. Con base en los valores de consistencia interna y carga factorial se redujo la escala EAM a 22 ítems. Una estructura de cuatro factores correlacionados mostró un ajuste adecuado a los datos por Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS, por sus siglas en inglés) — $\chi^2/gl = 2.40$, $GFI = .85$, $AGFI = .82$ y $RMSEA = .07$ —. La consistencia interna del puntaje total — $\alpha = .92$ — y los 4 factores —de .81 a .88— fueron altas. La distribución del puntaje total se ajustó a una curva normal de media 70.65 y desviación estándar de 20.36. Se encontró que mujeres, viudos y pacientes sintomáticos promediaron más alto en el puntaje total de EAM22 y/o alguno de sus factores. Asimismo, se obtuvo correlación negativa con escolaridad en la muestra conjunta y con el tiempo de diagnóstico sólo en personas asintomáticas. Sin embargo, edad, conteo de CD4 y carga viral no tuvieron correlación. Las estrategias de afrontamiento que correlacionaron de forma directa con la EAM22 fueron: expresión emocional abierta, autofocalización negativa y evitación. Las que correlacionaron de forma inversa fueron: focalización en la solución de problemas y reevaluación positiva. La ansiedad ante la muerte fue independiente del apoyo en la religión y búsqueda de apoyo social. Se concluye que la escala es consistente, muestra validez y parece útil para futuros estudios.

Abstract

The aims of this study were: a) to determinate the internal consistency and factor structure of the Death Anxiety Scale (EAM-25); b) to describe its distribution; and c) to study its relationship to socio-demographic —age, sex, education and civil status— and clinic —disease status, CD4 count,

* Profesores de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Correo electrónico: miajaam@live.com.mx, jose_moral@hotmail.com

¹ Linfocitos T colaboradores maduros (con expresión de proteína CD4). Son esenciales en el proceso de conmutación para la posterior formación de anticuerpos por parte de los linfocitos B, en la activación y crecimiento de los linfocitos T citotóxicos, y en el aumento de la actividad bactericida de fagocitos como los macrófagos. El VIH inicialmente tiene una afinidad baja hacia las células T y la destrucción de éstas es compensada por su producción en el timo, pero con el tiempo se va volviendo más eficiente en infectar y destruir este tipo de linfocito, lo que desorganiza el sistema inmunológico. Con un nivel de CD4 menor a 200 células por ml el organismo humano es incapaz de reconocer varios patógenos, siendo muy vulnerable a las infecciones oportunistas, como *pneumocystis carinii*, *candida albicans*, *staphylococcus aureus*, *streptococcus pyogenes*, *pseudomonas aeruginosa*, *acinetobacter baumannii*, *toxoplasma gondii*, *citomegalovirus* y *aspergillus* (Montagnier, 2003).

viral load and time from diagnosis— variables, and with coping strategies. The scale EAM-25 (Osadolor, I., 2005) and the Questionnaire of Stress Coping (CAE; Chorot y Sandin, 2003) were applied to a random sample of 100 women —33.3 per cent— and 200 men —66.7 per cent— living with HIV/AIDS attended at the Ambulatory Center of Prevention and Attention at AIDS/STI (CAPASITS) in Nuevo Leon, Mexico. The age average of both sexes was 37 years old; 39 persons — 13 per cent— reported themselves as symptomatic and 261 —87 per cent— as asymptomatic. Based on the internal consistency and factor load values the scale EAM was reduced to 22 items. A correlated 4-factor structure showed an adequacy fit of data by Generalized Least Squares (GLS) — $\chi^2/df = 2.40$, $GFI = .85$, $AGFI = .82$ and $RMSEA = .07$ —. The internal consistency of the total scale — $\alpha = .92$ — and its four factors —from .81 to .88— were high. The total score distribution was adjusted to a normal curve of mean 70.65 and standard deviation 20.36. We found that women, widowers and symptomatic patients averaged higher in the EAM22 total score and/or in ones of its factors. We obtained negative correlation with the education level in the total sample, and also with diagnosis time only in asymptomatic persons. However, age, CD4 count and viral load did not show any correlation. The coping strategies that correlated directly with the scale EAM22 were: open emotional expression, negative self-focalization and avoidance; and those inversely correlated were: problem solution focalization and positive reappraisal; the death anxiety was independent of religion support and social support search. We concluded that the scale is consistent, shows validity and seems useful for future studies.

Palabras clave/ Key words:

Ansiedad ante la muerte, afrontamiento, VIH/Sida, PVVS, propiedades psicométricas / Death anxiety, coping, HIV/AIDS, PLWHA, psychometrics.

Introducción

El VIH/Sida ocasiona un fuerte impacto psicológico en las personas infectadas, principalmente cuando reciben el diagnóstico y durante la etapa temprana de la enfermedad (García, H. et al, 2009; Pimentel, M. y A. Bisso, 2000). Las principales reacciones emocionales asociadas con el VIH/Sida son depresión, ansiedad e ira, debido a la incertidumbre de no conocer cómo va a evolucionar la enfermedad (Adelbratt, S. y P. Strang, 2000; Catalán, J. et al, 1992; Teva, I. et al, 2005). Asimismo, los sentimientos de desesperanza, soledad, actitudes fatalistas y pensamientos suicidas se presentan con mayor frecuencia en estas personas (Catalán, J. et al, 1992; Grassi, L. et al, 1998; Laryea, M. y L. Gien, 1993). En relación con la esperanza, Beverly Hall y Denton Cooley (1994) reportaron cuatro formas para mantenerla en Personas que Viven con VIH/Sida (PVVS) en fase terminal: milagros, cooperación en el trabajo, religión y apoyo social de familiares y pares.

Ansiedad ante la muerte

Donald 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, o internos de la persona, como pensamientos relacionados con la muerte propia o ajena”. De igual forma, la ansiedad ante la muerte está íntimamente relacionada con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y el cambio —eventos muy unidos a nuestros miedos y ansiedades— (Gala, F. et al., 2002). Isaac Osadolor (2005) señala que la ansiedad ante la muerte representa una amenaza que empeora la calidad y sentido de vida en los enfermos crónicos, provocando alteraciones fisiológicas, psicológicas, sociales, psicosomáticas, entre otras, agravando la condición clínica y precipitando consecuentemente la muerte.

El propio Templer (1970) desarrolló en población estadounidense la Death Anxiety Scale (DAS), una escala de 15 ítems dicotómicos que proporcionan un puntaje total de ansiedad ante la muerte. Joaquín Tomás-Sábado y Juana Gómez-Benito (2002) realizaron un estudio de validación de la escala DAS en una muestra española de 187 estudiantes. Obtuvieron una consistencia interna de .73 y una estructura de cuatro factores: cognitivo-afectivo; dolor y enfermedad; estímulos asociados con la muerte; y conciencia del paso del tiempo. Armando Rivera-Ledesma y María Montero-López (2010) también validaron la escala DAS en dos muestras mexicanas, una de 165 adultos mayores y otra 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 tres factores, cuya composición e interpretación varía de una muestra a otra. El promedio en la escala fue mayor en adultos mayores que en estudiantes.

Lenore Artie (1982) encontró con la escala DAS que los problemas de salud, el cambio en las condiciones de vida y el nivel educativo relativamente alto fueron predictores de la ansiedad ante la muerte.

Isaac Osadolor (2005) desarrolló en población mexicana la escala EAM de 25 ítems para medir ansiedad ante la muerte y evaluar un programa de intervención basado en logoterapia. En una muestra de 76 pacientes con diversas enfermedades crónicas —sin incluir VIH/Sida—, obtuvo una α de Cronbach para los 25 ítems de .80. Al extraerse los factores por

Componentes Principales, según el criterio de Kaiser, se definieron cuatro que explican 55 por ciento de la varianza total. Tras una rotación ortogonal —método Varimax—, aparece *ansiedad* —2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19— con 18 por ciento de la varianza explicada; *dolor* —11,12, 22, 23, 24 y 25— con 16 por ciento; *depresión* —1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18— con 14 por ciento; y *miedo* —6, 20 y 21— con 7 por ciento. La media de las mujeres en la escala fue significativamente mayor que la de los hombres. 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.

Empleando la escala EAM, Aída Mercado, Leonor Delgadillo e Itandehui González (2009) encontraron, en una muestra hecha en México de 30 pacientes ambulatorios y 30 hospitalizados con diversas enfermedades crónicas —sin incluir VIH/Sida—, que los pacientes ambulatorios promediaban más alto en dolor, mientras que los hospitalizados lo hacían en depresión, siendo ambos grupos equivalentes en el puntaje total.

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 PVVS. 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.

Afrontamiento, infección de VIH y ansiedad

El afrontamiento hace referencia a esfuerzos cognitivos y conductuales que lleva a cabo el individuo para enfrentar el estrés (Sandín, B., 1995). Se considera como una variable que media entre los estresores y su efecto en la salud. Se distinguen las ‘estrategias’ como una modalidad de afrontamiento contingente a la situación, y ‘estilos’ 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 (Lazarus, R., 1999). El estilo de afrontamiento activo se suele asociar con mejores resultados para la salud, y el pasivo con efectos más negativos, aunque la flexibilidad y variabilidad de estrategias contingentes a las situaciones específicas se consideran claves para una buena adaptación (Vargas, J., M. Cervantes y J. Aguilar, 2009).

La incapacidad para afrontar el hecho de ser portador de VIH, que es un estresor en sí mismo, se asocia con síntomas de ansiedad, represión de la ira, *locus* de control externo y menor apoyo social (Grassi, L. et al., 1998). Nancy McCain y David Cella (1995) encontraron que en portadores de VIH, el uso del afrontamiento centrado en la emoción correlacionaba con menor calidad de vida y con el aumento en la ansiedad. Timothy Heckman, Jeffrey Miller, Arlene Kockman, Seth Kalichman, Bruce Carlson y Monica Silverthorn (2002) encontraron que las personas seropositivas que residían en zonas rurales reportaban más ideación suicida que aquéllas que residían en zonas urbanas, lo que se asociaba con mayor depresión, preocupaciones por transmitir el virus, menor uso de estrategias de afrontamiento activo, menor autoeficacia y más ansiedad ante el estigma social por su condición médica.

Objetivos e hipótesis

Nuestro interés se centra en validar la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) de Isaac Osadolor (2005) en PVVS. Así, este estudio tiene como objetivos: 1) determinar la estructura dimensional de la escala, tanto por análisis factorial exploratorio como confirmatorio y su invarianza por género; 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 y considerando las variables sociodemográficas de sexo, edad, escolaridad y estado civil; 4) contrastar su validez en relación con las estrategias de afrontamiento; 5) probar su validez en relación con las variables clínicas —estatus de enfermedad, conteo de CD4, carga viral y tiempo desde el diagnóstico—. En un estudio en curso con población general también se pretende estimar la validez criterial de la escala EAM con la escala DAS desde la adaptación de Armando Rivera-Ledesma y María Montero-López (2010).

En relación con las preguntas de investigación que se derivan de los objetivos formulados se espera:

- a) Una estructura de cuatro factores correlacionados —ansiedad, depresión, dolor y miedo—, válida para hombres y mujeres.
- b) Valores de consistencia interna altos para el conjunto de ítems de la escala — $\alpha \approx .80$ — y los factores — $\alpha \geq .70$ —.

- c) Asociación de mayor ansiedad ante la muerte en mujeres, a mayor edad y mayor escolaridad. En relación con el estado civil no hay una expectativa clara: las personas con pareja, por un parte, pueden contar con más apoyo social; pero también existen cuestiones de vergüenza, culpa, resentimientos y temores de contagio que pueden hacer muy negativa la relación.
- d) Asociación de mayor ansiedad ante la muerte frente a un estilo de afrontamiento pasivo con dominio de estrategias, como evitación, autofocalización negativa y descarga abierta de agresividad; por el contrario, menor ansiedad ante la muerte frente a un estilo de afrontamiento activo con dominio de estrategias, como focalización en el problema, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva. La expectativa con la religión es que disminuya la ansiedad, como indica el estudio de Beverly Hall y Denton Cooley (1994).
- e) Se pronostica que una mayor ansiedad ante la muerte se asocie con estatus sintomático, menor nivel de CD4 y mayor carga viral, es decir, con peor condición clínica; y que aparezca una menor ansiedad ante la muerte a mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico, siempre que el estatus del paciente sea asintomático.

Método

Participantes

Como criterios de inclusión se estipularon tres: ser seropositivo, mayor de edad y asistir al CAPASITS-NL en calidad de paciente. Como criterios de exclusión se fijaron también tres: déficit cognitivo dentro del complejo demencia-sida que impidiese comprender las instrucciones; fatiga excesiva por la infección u enfermedades oportunistas que dificultase la atención; y negativa a participar tras recibir la información dentro del formato de consentimiento.

La muestra quedó conformada por 100 mujeres —33.3 por ciento— y 200 hombres —66.7 por ciento— que viven con VIH/Sida — $N = 300$ —. La media de edad en ambos sexos fue de 36.63 años — $DE = 9.57$ —. En relación con el tiempo de diagnóstico del VIH/Sida en

años, el promedio fue de cinco, con una mediana de tres — $DE= 4.57$ —. En cuanto a la escolaridad, un participante —0.3 por ciento— indicó no tener estudios; 42 —14 por ciento— indicó haber cursado primaria; 115 —38.3 por ciento—, secundaria; 13 —4.3 por ciento—, estudios técnicos; 60 —20 por ciento—, preparatoria; 62 —20.7 por ciento—, profesional; y 6 —2 por ciento—, posgrado. En lo referente a la percepción del estado físico, 39 personas —13 por ciento— se señalaron como sintomáticas, y 261 —87 por ciento— como asintomáticas. En cuanto a la toma de medicamentos antirretrovirales, 246 —82 por ciento— reportó estarlos tomando, y 54 —18 por ciento—, no tomarlos todavía. En relación con la carga viral, se cuenta con los datos de 191 personas, 30 por ciento —57— con carga detectable y 70 por ciento —134—, indetectable. En lo referente al CD4, se tienen datos de 148 pacientes, de los cuales 20 por ciento —30— se presentan con $CD4 \leq 200$ por ml^2 ; 47 por ciento —69—, entre 201 a 500; y 33 por ciento, es decir, 49 de 148, > 500 .

La fracción de muestreo —23 por ciento— es representativa para el tamaño de población asistida en el centro donde se hizo el estudio — $N = 1$ mil 300 pacientes—, al intentar estimar la media de la escala EAM22 —selección final de ítems— con un intervalo de confianza de 95 por ciento, un error absoluto esperado de 2 y una desviación estándar esperada de 20 —valor obtenido en la muestra—. Con estas especificaciones se requiere un tamaño muestra de 297 —en el cálculo exacto—. Para el cálculo se emplea el programa Win Episcopo (Thrusfield, M. et al, 2001). No se optó por cuotas de sexo con la pretensión de lograr equivalencia en la proporción de mujeres y hombres —200 mujeres y 200 hombres— con el objetivo de contrastar la invarianza factorial, lo que implicaba entrevistar a la totalidad de la población femenina asistida en el centro; tarea que resultó imposible en los tres meses permitidos. Sí se logró una mayor equivalencia entre los sexos en la muestra en comparación con la población: así en la muestra hay una mujer por cada tres hombres, y en la población, una mujer por cada seis hombres. Una muestra proporcional de 300 participantes se hubiese compuesto de 50 mujeres y 250 hombres, lo que es inadecuado para nuestro objetivo.

Instrumentos

Se aplicaron unas preguntas sobre los datos sociodemográficos de sexo, edad, escolaridad y estado civil; además de datos clínicos sobre tiempo de haber recibido el diagnóstico como portador del VIH/Sida, nivel de carga viral y recuento de CD4 en el último examen; si toma o no medicamento antirretroviral y si se percibe como sintomático o asintomático. Los datos

clínicos eran dados por los propios pacientes desde sus expedientes, los cuales se les proporciona antes de cada consulta médica.

Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM): creada en población mexicana por Isaac Osadolor (2005); consta de 25 ítems con un rango de 5 puntos —de 1 totalmente de acuerdo, a 5 totalmente en desacuerdo—, siendo el de la escala de 25 a 125.

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Bonifacio Sandín y Paloma Chorot (2003): consta de 42 ítems con un rango de 5 puntos —de 0 nunca a 4 casi siempre—. Los índices de consistencia por el coeficiente α de Cronbach variaron de .64 y .92, con una media de .79, en una muestra española de 592 estudiantes (Sandín, B. y P. Chorot, 2003); y de .67 y .91, con una media de .76, en una muestra mexicana de 365 estudiantes (González y Landero, 2007). El CAE está conformado por siete dimensiones del afrontamiento: Focalización en la solución del problema (FSP); Autofocalización negativa (AFN); Reevaluación positiva (REP); Expresión emocional abierta (EEA); Evitación (EVT); Búsqueda de apoyo social (BAS); Religión (REL); y dos factores de orden superior: Estilo de afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción. En la presente muestra, los valores de consistencia interna de los factores BAS, RLG, FSP, EEA son altos —de .88 a .71—; y de los factores de EVT y REP son adecuados —.63 y .60, respectivamente—. El factor AFN tiene una consistencia interna baja — $\alpha = .46$ —.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó en el CAPASITS-NL, contando con una autorización para tres meses. Los datos se levantaron de junio a agosto de 2010. 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. A los participantes se les explicó la importancia del estudio y su objetivo, se les solicitó su participación voluntaria y se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada, trámite registrado en una carta que se firmó bajo las especificaciones para la investigación del Reglamento General de Salud (Secretaría de Salud, 1987). Las personas que aceptaron formar parte del estudio respondieron por escrito a los instrumentos 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 a 20 personas con problemas de vista. En aquéllas que

alegaban cansancio o excesivo malestar se posponía la aplicación a fin de lograr datos de calidad, y en algunos casos, incluso nunca se administró. Aunque los participantes recibían apoyo psicológico en el CAPASITS-NL se ofreció asistencia gratuita adicional en caso de ser solicitada, siguiendo las recomendaciones éticas de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007) y la American Psychological Association (2002).

Análisis estadísticos

La consistencia interna se estima mediante el coeficiente alpha de Cronbach. La estructura dimensional se determina por Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Confirmatorio (AFC). Para el AFE, se emplea el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS, por sus siglas en inglés) con una rotación no ortogonal (Oblimin). Para el AFC se usa el mismo método (GLS), al ser más robusto a la violación del supuesto de normalidad multivariada que Máxima Verosimilitud; y se contemplan seis índices de ajuste: tres descriptivos básicos — prueba ji-cuadrado (χ^2), cociente entre ji-cuadrado y sus grados de libertad (χ^2/gl) y función de discrepancia (FD)—; uno poblacional de no centralidad —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 $\chi^2 > .05$, χ^2/gl y $FD < 2$, $RMSEA < .05$, $GFI > .95$ y $AGFI > .90$; y los valores adecuados son: p de $\chi^2 > .01$, χ^2/gl y $FD < 3$, $RMSEA < .08$, $GFI > .85$ y $AGFI > .80$. Se contrasta el ajuste de la distribución a una curva normal por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov; las diferencias de medias entre sexos y estatus de la enfermedad por la prueba t de Student para muestras independientes y entre grupos de estado civil por análisis de varianza. Las correlaciones se estiman por el coeficiente producto-momento de Pearson. Los cálculos se realizan con los programas SPSS16 y AMOS7.

Resultados

Estructura factorial de la escala EAM y consistencia interna

Se estima la consistencia interna de los cuatro factores de la escala EAM propuestos por su autor (Osadolor, I., 2005). El primero de Ansiedad de nueve ítems tiene una consistencia interna alta — $\alpha = .89$ —, al igual que el segundo de Dolor de seis ítems —.88— y el tercero

de Depresión de siete ítems—.85—; no obstante, el cuarto factor de Miedo tiene una consistencia interna baja—.40—.

Al extraer los factores por el método de GLS, considerando el criterio de Kaiser—autovalores iniciales mayores a 1— para definir el número de los mismos, se obtienen cuatro que explican 51.54 por ciento de la varianza total. Al rotar la matriz factorial por el método Oblimin, se obtiene un primer factor integrado por cuatro ítems con cargas mayores a .30—2, 14, 15 y 16—, y consistencia interna alta— $\alpha = .81$ —, y por cuyo contenido se puede denominar Angustia ante la inmovilidad, aislamiento y pérdida de acción asociada con la muerte. El segundo factor está integrado por seis ítems—11, 12, 22, 23, 24 y 25— con consistencia interna alta— $\alpha = .88$ —, y por cuyo contenido se puede denominar Evitación de pensamientos sobre la muerte. El tercero está integrado por nueve ítems—1, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 18 y 21— con consistencia interna alta— $\alpha = .85$ —, y por cuyo contenido se puede denominar Ansiedad ante la muerte. El cuarto está integrado por cinco ítems—3, 4, 10, 13 y 19— con consistencia interna alta— $\alpha = .85$ —, y por cuyo contenido se puede denominar Preocupación por lo que venga después de la muerte. El ítem 20 tiene carga factorial menor a .30 en los cuatro factores.

La solución obtenida coincide totalmente con la esperada en el factor de Dolor—11, 12, 22, 23, 24 y 25—; no obstante, se consideró que la etiqueta no reflejaba de forma adecuada el contenido de los ítems y se le denominó Evitación de pensamientos sobre la muerte. Al factor de Depresión—1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18— se le añaden dos ítems—6 y 21— que deberían estar en el factor de Miedo y se le denominó Ansiedad ante la muerte. El factor de Ansiedad—2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19— se desdobra en Angustia ante la inmovilidad, aislamiento y pérdida de acción asociada con la muerte—2, 14, 15 y 16— y Preocupación por lo que venga después de la muerte—3, 4, 10, 13 y 19—. El factor de Miedo—6, 20 y 21— no se define. El ítem 20 tiene saturaciones bajas en los cuatro factores y los ítems 6 y 21 saturación en el factor de Ansiedad ante la muerte. La eliminación de estos dos ítems incrementa ligeramente la consistencia del factor— $\alpha = .86$ —.

Si se eliminan los tres ítems correspondientes al factor de Miedo—6, 20 y 21— y se realiza de nuevo la extracción de factores por el mismo método, se incrementa la varianza explicada de 51.54 por ciento a 55.72 por ciento. En relación con la solución anterior, el primer factor de cinco ítems—3, 4, 10, 13 y 19— corresponde al de Preocupación por lo que

venga después de la muerte; el segundo de seis ítems —11, 12, 22, 23, 24 y 25— corresponde a Evitación de pensamientos sobre la muerte. El tercer factor de siete ítems —1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18— corresponde al factor de Ansiedad ante la muerte. El cuarto factor de cuatro ítems —2, 14, 15 y 16— corresponde al factor de Angustia ante inmovilidad, aislamiento y pérdida de acción asociada con la muerte. Los valores de consistencia interna de los factores son altos, variando de .81 a .88. La alfa de los 22 ítems es de .92 (véase tabla 1).

Tabla 1. Matriz de patrones de los 22 ítems de la escala EAM (sin los ítems 6, 20 y 21)

Ítems	F1	F2	F3	F4
10 Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte	.89	-.04	.05	.10
3 Me preocupa mucho si hay vida o no después de morir	.76	.03	.05	.06
13 Estoy algo ansioso respecto a lo que ocurre al cuerpo después de la muerte	.64	-.06	-.07	-.20
19 Me asusta de que no haya vida después de la muerte	.61	-.01	-.07	-.25
4 Me angustia la idea de no volver a sentir nada después de la muerte	.43	-.03	.12	-.16
23 Evito totalmente pensar en la muerte	-.10	-.97	-.03	.01
24 Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte	-.00	-.92	-.01	.03
22 Intento no pensar en la muerte	.02	-.82	.02	.08
25 Pensar en la muerte es una situación horrible	.10	-.62	-.02	-.17
12 Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo	.04	-.40	.15	-.19
11 Intento no tener que ver con el tema de la muerte	.20	-.34	.20	-.11
9 Me inquieta morir de cáncer	-.09	.04	.78	-.08
18 Me inquieta la degeneración física que implica una muerte lenta	.10	-.01	.77	.10
5 Sufrir de cáncer me asusta particularmente	.01	.02	.70	-.03
17 Me angustia estresarme por una enfermedad larga	.03	.08	.69	-.13
7 Tengo miedo de morir muy lentamente	-.01	-.04	.65	.04
8 Me asusta morir en un incendio	-.04	-.05	.61	.01
1Tengo miedo a una muerte larga	.06	-.05	.54	.01

15 Me angustia la idea de que me encierren en un ataúd	-.09	-.03	.05	-.88
16 Me preocupa el aislamiento total de la muerte	.20	-.03	.06	-.66
14 Me angustia estar totalmente inmóvil después de la muerte	.13	-.08	-.01	-.64
2 Los ataúdes me ponen ansioso	.12	-.02	.12	-.38
Σ de las cargas al cuadrado por columnas (55.723 %)	5.31	4.95	5.41	5.17
Núm. de ítems (con cargas > .30)	5	6	7	4
α (.919 con 22 ítems)	.85	.88	.85	.81

Método de extracción: Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). Rotación: Oblimin.

Se contrasta por AFC el modelo original de cuatro factores correlacionados. La función de discrepancia se estima por GLS. En la muestra conjunta de hombres y mujeres — $N = 300$ —, el ajuste resulta adecuado — $\chi^2/gl = 2.20$, $FD = 1.98$, $GFI = .84$, $AGFI = .81$ y $RMSEA = .06$ — y el modelo presenta todos sus parámetros significativos (véanse tabla 2 y gráfica 1). El ítem 6 aparece como un buen indicador de la variable latente de Miedo —.53—, cuando el ítem 20 se muestra débil como indicador de dicho factor —.33—. Si se estima de nuevo el modelo sin el ítem 20, el ajuste no mejora — $d\chi^2 (269 - 243 = 23) = 591.69 - 570.15 = 21.54$, $p = .55$ — y sigue siendo adecuado — $\chi^2/gl = 2.32$, $FD = 1.91$, $GFI = .84$, $AGFI = .81$ y $RMSEA = .07$ — (véase tabla 2).

Gráfica 1. Modelo original de los cuatro factores correlacionados y 25 ítems con sus parámetros estandarizados, estimado por GLS

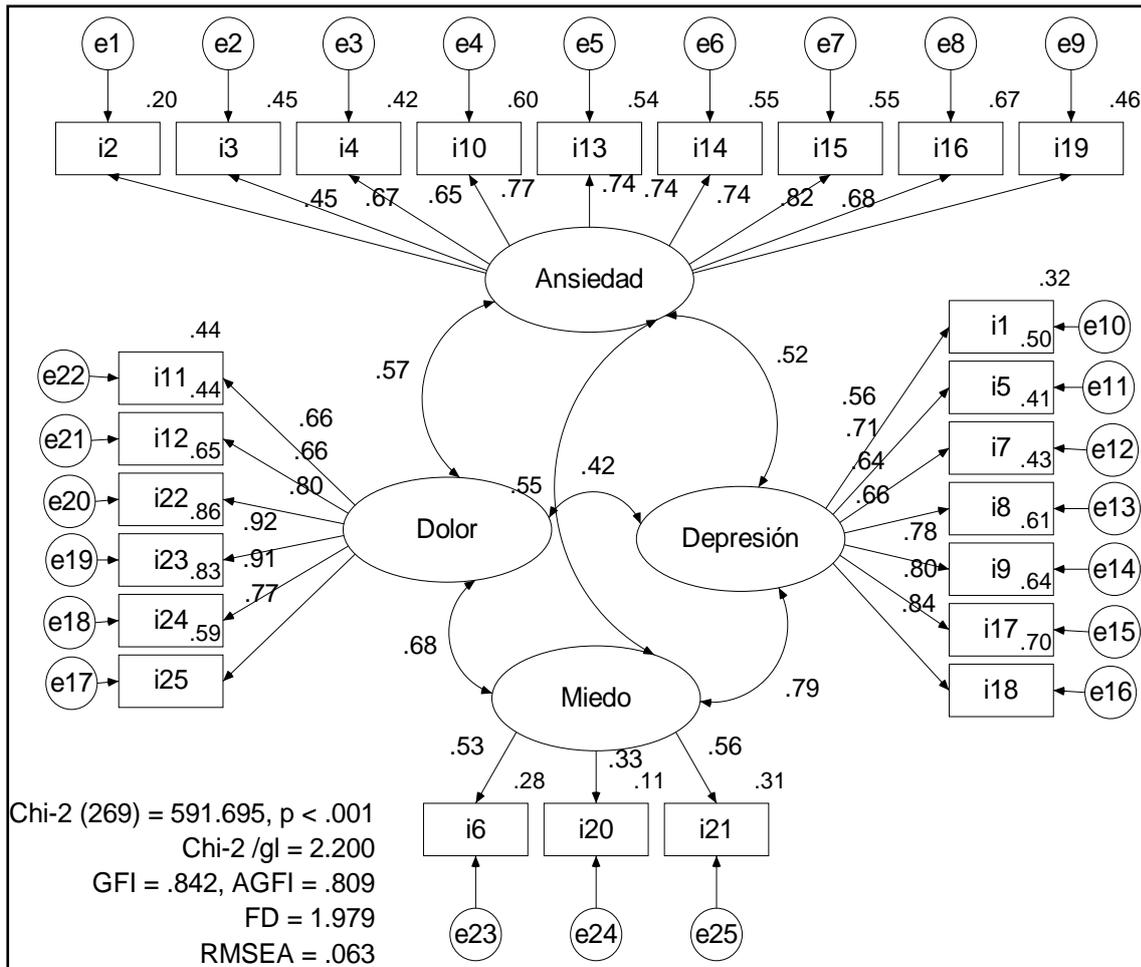


Tabla 2. Índices de ajuste por GLS

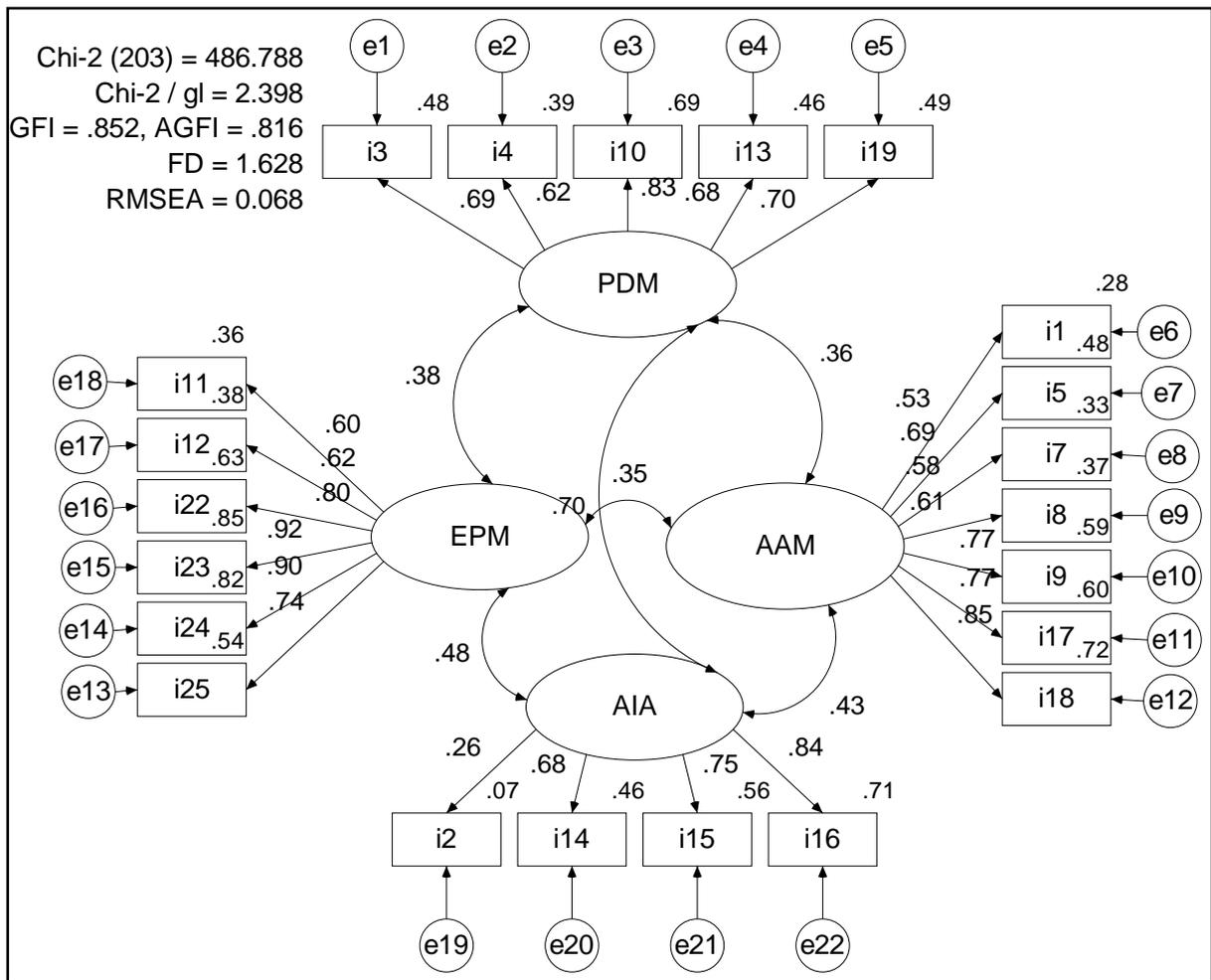
Índices	Interpretación	Unigrupo	Multigrupo (sexos)
---------	----------------	----------	--------------------

	Bueno	Malo	EAM25	EAM24	EAM22	EAM25	EAM24	EAM22
χ^2			591.69	570.15	486.79	1068.50	1022.08	862.11
gl			269	246	203	538	492	406
p	>.05	<.01	.00	.00	.00	.00	.00	.00
χ^2/gl	<2	>3	2.20	2.32	2.40	1.99	2.08	2.13
GFI	>.95	<.85	.84	.84	.85	.83	.83	.84
AGFI	>.90	<.80	.81	.81	.82	.79	.79	.80
FD	<2	>3	1.98	1.91	1.63	2.15	2.05	1.73
RMSEA	<.05	>.07	0.06	.07	.07	.05	.04	.05

Modelos: EAM25: Ansiedad —2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19—; Depresión —1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18—; Dolor —11,12, 22, 23, 24 y 25— y Miedo —20, 21 y 6—. EAM24: Ansiedad —2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19—; Depresión —1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18—; Dolor —11,12, 22, 23, 24 y 25— y Miedo —21 y 6—. EAM22: Preocupación por lo que venga después de la muerte (PDM) —3, 4, 10, 13 y 19—; Evitación de pensamientos sobre la muerte (EPM) —11, 12, 22, 23, 24 y 25—; Ansiedad ante la muerte (AAM) —1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18— y Angustia ante inmovilidad, aislamiento y pérdida de acción asociada con la muerte (AIA) —2, 14, 15 y 16—. Índices de ajuste: Chi-cuadrada del modelo — χ^2 —; cociente de chi-cuadrada por sus grados de libertad — χ^2/gl —; Índice de bondad de ajuste de Joreskog-Sorbom (GFI); Índice de bondad de ajuste corregido de Joreskog-Sorbom (AGFI); Función de discrepancia (FDF); Residuo cuadrático medio de aproximación (RMSEA).

A su vez, se contrasta un nuevo modelo estructural definido a partir del resultado del segundo AFE —excluidos los ítems 6, 20 y 21—. El ajuste mejora significativamente — $d\chi^2$ (269- 2403 = 66)= 591.69 – 486.79 = 104.91, $p < .01$ —, aunque los índices siguen siendo adecuados — $\chi^2/gl = 2.40$, $FD = 1.63$, $GFI = .85$, $AGFI = .82$ y $RMSEA = .07$ —. Asimismo, todos los parámetros del modelo estructural son significativos (véanse tabla 2 y gráfica 2).

Gráfica 2. Modelo revisado de cuatro factores correlacionados y 22 ítems con sus parámetros estandarizados, estimado por GLS



Si el contraste se realiza por la modalidad multigrupo, separando la muestra de hombres — $n = 200$ — y mujeres — $n = 100$ —, el mejor ajuste se observa de nuevo para el modelo revisado con 22 ítem. Los valores son adecuados — $\chi^2/gl = 2.12$, $FD = 1.73$, $GFI = .84$, $AGFI = .80$ y $RMSEA = .05$ —. El ajuste es significativamente mejor que el modelo original — $d\chi^2(538 - 406 = 132) = 1068.50 - 862.11 = 206.39$, $p < .01$ —.

Considerando que el factor de Miedo del modelo original tiene una consistencia interna muy baja — $\alpha = .40$ —, cuando los cuatro factores del modelo revisado tienen valores de consistencia altos —de .81 a .88—, aunado al mejor ajuste del modelo revisado, se propone el empleo del mismo al manejar la escala reducida a 22 ítems.

Distribución de la escala EAM22 y sus factores

La distribución del puntaje total de EAM22 se ajusta a una curva normal de media 70.65 y desviación estándar de 20.36 con base en la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las distribuciones de los factores de Evitar pensar en la muerte (EPM) y Preocupación por lo que venga detrás de la muerte (PDM) se aproxima a la normalidad — $p = .02$ y $p = .03$, respectivamente—. Las distribuciones de los otros dos factores se alejan de la normalidad — $p < .01$ —. La distribución del factor de Ansiedad ante la muerte (AAM) muestra asimetría negativa o concentración en valores por encima de la media — $Sk = -0.84$, $EE = 0.14$ —; y la del factor de Angustia ante la inmovilidad (AIA) muestra aplanamiento en relación con la campana de Gauss — $K = -1.01$, $EE = 0.28$ — (véase tabla 3).

Tabla 3. Descripción de la distribución del puntaje total y factores de EAM22

	EAM22	AAM	EPM	PDM	AIA	
Mínimo	22	7	6	5	4	
Máximo	110	35	30	25	20	
Media	70.65	26.41	20.01	13.43	10.80	
Error estándar de la media	1.176	0.427	0.422	0.350	0.294	
Mediana	70	28	20	13	10	
Desviación estándar	20.364	7.403	7.304	6.069	5.098	
Asimetría	-0.166	-0.838	-0.359	0.250	0.299	
Error estándar de la asimetría	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	
Curtosis	-0.415	0.053	-0.845	-0.936	-1.011	
Error estándar de la curtosis	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	
Prueba de	Z_{K-S}	0.670	2.128	1.485	1.427	1.765
Kolmogorov-Smirnov	p	.761	.000	.024	.034	.004

EAM22: Puntaje total. AAM: Ansiedad ante la muerte; EPM: Evitación pensamientos sobre la muerte; PDM: Preocupación por lo que venga después de la muerte; AIA: Angustia ante la inmovilidad, aislamiento y pérdida de acción asociada con la muerte.

Diferencias y correlaciones sociodemográficas de EAM22 y sus cuatro factores

Existe diferencia significativa entre los sexos en el puntaje total y los cuatro factores de EAM22. Las mujeres promedian significativamente más alto (véase tabla 4).

Tabla 4. Diferencias de medias del puntaje total de EAM22 y sus cuatro factores por sexos

	Sexo	N	Descriptivos			Contraste		
			M	DE	EE	t	gl	p
EAM22	Hombre	200	67.35	19.704	1.393	-4.071	298	.000
	Mujer	100	77.25	20.151	2.015			
AAM	Hombre	200	25.76	7.460	.528	-2.169	298	.031
	Mujer	100	27.71	7.148	.715			
EPM	Hombre	200	18.96	7.260	.513	-3.603	298	.000
	Mujer	100	22.12	6.961	.696			
PDM	Hombre	200	12.50	5.616	.397	-3.674	174.105	.000
	Mujer	100	15.30	6.522	.652			
AIA	Hombre	200	10.14	4.922	.348	-3.220	298	.001
	Mujer	100	12.12	5.213	.521			

EAM22: Puntaje total. AAM: Ansiedad ante la muerte; EPM: Evitación pensamientos sobre la muerte; PDM: Preocupación por lo que venga después de la muerte; AIA: Angustia ante la inmovilidad, aislamiento y pérdida de acción asociada con la muerte.

El estado civil establece diferencia significativa de medias en el puntaje total — $F(5, 294) = 2.37, p = .04$ — y el factor Preocupación por lo que venga después de la muerte (PDM) — $F(5, 294) = 2.92, p = .01$ —. Los viudos son los que muestran más ansiedad, seguidos de personas en unión libre, casados, divorciados, solteros y separados (véase tabla 5).

El puntaje total de EAM22 y sus cuatro factores son independientes de la edad, pero correlacionan con la escolaridad; los valores son bajos, de $-.16$ a $-.26$. A mayor escolaridad se reporta una menor ansiedad ante la muerte.

Tabla 5. Diferencia de medias del puntaje total de EAM22 y sus factores por estado civil

Estado civil		EAM22	AAM	EPM	PDM	AIA
Soltero (a)	<i>M</i>	68.50	25.80	19.23	12.83	10.63
(<i>n</i> = 189)	<i>DE</i>	20.63	7.47	7.47	5.86	5.13
Unión libre	<i>M</i>	78.52	28.90	21.28	15.55	12.79
(<i>n</i> = 29)	<i>DE</i>	22.28	6.82	7.79	6.78	5.17
Casado (a)	<i>M</i>	73.27	27.31	20.88	14.44	10.63
(<i>n</i> = 52)	<i>DE</i>	19.02	6.60	6.91	6.46	4.96
Divorciado (a)	<i>M</i>	68.90	24.90	23.30	11.60	9.10
(<i>n</i> = 10)	<i>DE</i>	21.16	8.12	7.01	5.98	5.17
Viudo (a)	<i>M</i>	84.50	28.50	23.75	18.37	13.88
(<i>n</i> = 8)	<i>DE</i>	13.65	8.62	4.50	4.10	2.70
Separado (a)	<i>M</i>	66.42	25.83	20.33	11.58	8.67
(<i>n</i> = 12)	<i>DE</i>	11.51	9.07	5.26	3.99	4.81
Total	<i>M</i>	70.65	26.41	20.01	13.43	10.80
(<i>N</i> = 300)	<i>DE</i>	20.36	7.40	7.30	6.07	5.10
ANOVA	<i>F</i>	2.373	1.292	1.603	2.925	2.204
	<i>p</i>	.039	.267	.159	.014	.054

Correlación entre ansiedad ante la muerte y afrontamiento del estrés

Al correlacionar el puntaje total de EAM22 y sus cuatro factores con los siete factores del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), sólo 15 comparaciones de las 35 realizadas resultan significativas. El factor de Expresión emocional abierta —ira— (EEA) y el de Autofocalización negativa (AFN) correlacionan de forma directa con el puntaje total de EAM22 y sus cuatro factores. La Focalización en la solución de problemas (FSP) muestra correlación negativa con el puntaje total, así como los factores de Evitación de pensamientos sobre la muerte (EPM) y Preocupación por lo que venga después de la muerte (PDM). Asimismo, la estrategia de Evitación (EVT) correlaciona de forma directa con el puntaje total de EAM22. Por último, la estrategia de Reevaluación positiva (REP) correlaciona de forma inversa con el factor de Preocupación por lo que vendrá después de la muerte (PDM). A mayor ansiedad ante la muerte se expresa más emoción de ira abiertamente: la persona se focaliza en sí misma de forma negativa con más frecuencia, se focaliza menos en la solución de problemas y evita más la fuente de estrés (véase tabla 6).

Tabla 5. Diferencia de medias del puntaje total de EAM22 y sus factores por estado civil

Estado civil		EAM22	AAM	EPM	PDM	AIA
Soltero (a)	<i>M</i>	68.50	25.80	19.23	12.83	10.63
	(<i>n</i> = 189)	<i>DE</i>	20.63	7.47	7.47	5.86
Unión libre	<i>M</i>	78.52	28.90	21.28	15.55	12.79
	(<i>n</i> = 29)	<i>DE</i>	22.28	6.82	7.79	6.78
Casado (a)	<i>M</i>	73.27	27.31	20.88	14.44	10.63
	(<i>n</i> = 52)	<i>DE</i>	19.02	6.60	6.91	6.46
Divorciado (a)	<i>M</i>	68.90	24.90	23.30	11.60	9.10
	(<i>n</i> = 10)	<i>DE</i>	21.16	8.12	7.01	5.98
Viudo (a)	<i>M</i>	84.50	28.50	23.75	18.37	13.88
	(<i>n</i> = 8)	<i>DE</i>	13.65	8.62	4.50	4.10
Separado (a)	<i>M</i>	66.42	25.83	20.33	11.58	8.67
	(<i>n</i> = 12)	<i>DE</i>	11.51	9.07	5.26	3.99
Total	<i>M</i>	70.65	26.41	20.01	13.43	10.80
	(<i>N</i> = 300)	<i>DE</i>	20.36	7.40	7.30	6.07
ANOVA	<i>F</i>	2.373	1.292	1.603	2.925	2.204
	<i>p</i>	.039	.267	.159	.014	.054

Ansiedad ante la muerte, estado de salud y tiempo de diagnóstico

Los pacientes que tienen un estatus sintomático del cuadro clínico presentan mayor Ansiedad ante la inmovilidad, aislamiento y pérdida de acción asociada con la muerte, que aquéllos con un estatus asintomático — $t(298) = 2.47, p = .01$ —. En el puntaje total y los otros tres factores son estadísticamente equivalentes.

El puntaje total de EAM22 y sus cuatro factores resultan independientes del tiempo de diagnóstico, conteo de CD4 y carga viral. Debe señalarse que el signo es negativo con tiempo de diagnóstico y positivo con CD4 y carga viral. Al parcializar el efecto de estatus de la enfermedad en la correlación entre el tiempo diagnóstico y la escala EAM22 y sus cuatro factores, no se logra tampoco correlaciones significativas. No obstante, en la submuestra asintomática, el puntaje total de EAM22 y el factor de evitación de pensamientos sobre la muerte correlacionan con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico — $r = -.14, p = .02$ y $r =$

-.16, $p = .01$, respectivamente—, cuando en la submuestra sintomática son independientes, como se esperaba.

Discusión

Estructura dimensional y consistencia

En la presente muestra, no se define de forma clara el factor original de Miedo con sus tres ítems. Se puede sostener una estructura de cuatro factores correlacionados sin los ítems correspondientes a este factor de Miedo y desdoblado el factor de Ansiedad. Estos factores son consistentes: explican más de la mitad de la varianza total y tienen unos índices de ajuste adecuados. Consideramos que las etiquetas originales no corresponden bien al contenido de los ítems que definen los factores. Al factor que Osadolor denomina Depresión, nosotros lo etiquetamos como Ansiedad ante la muerte, conteniendo los mismos siete ítems; al factor original de Dolor, lo denominamos Evitación de pensamientos sobre la muerte, también sin cambios en sus seis ítems. El factor original de Ansiedad de nueve ítems se desdobra en Preocupación por lo que venga después de la muerte con cinco ítems, y Angustia ante la inmovilidad, aislamiento y pérdida de acción asociada con la muerte con cuatro ítems.

Diferencias sociodemográficas

Donald Templer (1991) menciona que en países donde existen diferencias significativas en relación con los roles sexuales, como es el caso de México, se espera un promedio mayor de ansiedad ante la muerte en mujeres que en hombres. De acuerdo con nuestros resultados, las mujeres promedian significativamente más alto que los hombres en relación con el puntaje total y los cuatro factores de EAM22. Precisamente otros estudios han encontrado resultados similares (Davis, S. et al, 1983; Depaola, S., 2003; Devins, G., 1980-1981; Russac, R. et al, 2007). En cuanto al estado marital, se encontró que los viudos son los que manifiestan mayor ansiedad ante la muerte, seguido de personas en unión libre, casados, divorciados, solteros y separados. Michael Cole (1978-1979) encontró resultados diferentes en su estudio, en el cual señala que los hombres solteros son los que reportan mayor ansiedad ante la muerte. La expectativa era confusa por la complejidad en la relación diádica que introduce esta enfermedad con un fuerte estigma moral, además debe considerarse que en buena parte de los solteros se trata de personas con orientación o conductas homosexuales,

probablemente sin pareja estable. Estos jóvenes homosexuales arropados dentro de su colectivo y con menor violación de expectativa de contagio —grupo de alto riesgo— pueden estar viviendo un apoyo distinto a personas viudas y con pareja que les permite afrontar mejor la ansiedad ante la muerte; lo que se formula como hipótesis que debería ser contrastada por medio de un estudio cualitativo con las preguntas pertinentes. Puede señalarse que en Monterrey existen varias asociaciones de diversidad sexual que apoyan los derechos humanos de los seropositivos, como Cresex, Vita Novus, GESS, entre otras.

La escolaridad presenta correlación negativa. Las personas con más escolaridad reportan menor ansiedad ante la muerte, cuando Lenore Artie (1982) halló una relación directa. Al ser baja la correlación puede tratarse de una asociación espuria. Aunque pudiera estar mediando un factor cultural, sí le damos sustantividad. La muestra de Artie es estadounidense, cuando en otros estudios en México se ha hallado más resistencia al dolor cuanto menor es la escolaridad. Cuando dolor y escolaridad son independientes en estudios realizados en otros países (Barragán, A., S. Mejía y L. Gutiérrez, 2007; Moral, J., M. González y R. Landero, 2011), pudiese ser que la educación de los mexicanos con baja escolaridad se oriente hacia valores y actitudes de dureza y resistencia, como observan Tania Rocha-Sánchez y Rolando Díaz-Loving (2005).

La edad resultó independiente de la ansiedad ante la muerte, cuando Armando Rivera-Ledesma y María Montero-López (2010) con la escala DAS hallan asociación en dos muestras mexicanas. Los ancianos reportaron más ansiedad ante la muerte que los jóvenes universitarios. En nuestro estudio sólo 2 por ciento de los participantes —6 de 300— tiene 60 años o más y el promedio es joven —36 años—. En el estudio de Armando Rivera-Ledesma y María Montero-López ambas muestras son equivalentes en número, pero muy dispares en todos los aspectos; de ahí que los resultados de ambos estudios no son comparables. Se requieren más investigaciones para esclarecer la relación con la edad.

Estatus de la enfermedad y tiempo desde el diagnóstico

Isaac Osadolor (2005) señala como causa y efecto de empeoramiento clínico —interacción— la mayor ansiedad ante la muerte. Lenore Artie (1982) halla más problemas de salud ante una mayor ansiedad. En nuestra muestra, ubicarse en un estado sintomático se refleja de forma significativa sólo en el factor de Ansiedad ante la inmovilidad, aislamiento y pérdida de

acción asociada con la muerte. Las demás diferencias se hallan en la dirección esperada, pero no alcanzan significación estadística. Si a mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico, hay una disminución de la ansiedad ante la muerte en personas asintomáticas, esta relación se rompe una vez caen en un estado sintomático de la enfermedad. Por lo tanto, sí se confirma la expectativa en relación con el estatus sintomático y el tiempo transcurrido desde diagnóstico. No obstante, los niveles de CD4 —competencia inmunológica— y carga viral son independientes. Debe señalarse que las mediciones son datos directos de laboratorio a los que accede el paciente desde su expediente clínico; no obstante, el tiempo entre las muestras sanguíneas y la aplicación de los cuestionarios es variable, de días a meses. Al no haberse anotado el intervalo de tiempo, y no tener actualmente acceso a los expedientes, no podemos eliminar el efecto del lapso de tiempo entre las evaluaciones a través de una correlación parcial. Se requieren más estudios con un mejor control de diseño o estadístico en este aspecto.

Afrontamiento

En lo referente a la relación entre la ansiedad ante la muerte y las estrategias de afrontamiento, se encontró que a mayor ansiedad ante la muerte se expresa más emoción de ira abiertamente: la persona se focaliza en sí misma de forma negativa con más frecuencia, se focaliza menos en la solución de problemas y evita más la fuente de estrés, lo que es consonante con otros estudios en población clínica y general (Contreras, F. et al, 2007; Contreras, F., F. Juárez y E. Murrain, 2008; García, M. y A. Font, 2008; Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007). José Moral y Juan Martínez (2009) destacan a la evitación como la estrategia más relacionada con el incremento de estrés en los padres al momento de conocer el diagnóstico de cáncer de un hijo, al igual que Susan Adelbratt y Peter Strang (2000) en pacientes con tumor cerebral y sus cónyuges. En este estudio destaca la expresión abierta de ira, lo cual puede reflejar que tras la ansiedad ante la muerte haya un fondo depresivo ante el cual se reacciona. Precisamente la irritabilidad es un fenómeno que se observa con frecuencia en las depresiones de los adolescentes en lugar de la tristeza (American Psychiatry Association, 2000). No obstante, la irritabilidad en sí misma es un indicador de estrés general, al estar la persona sobrepasada en sus recursos. En futuras investigaciones sería interesante estudiar la validez convergente de la escala EAM22 en relación con la ansiedad, ira y depresión.

Conclusiones y limitaciones

En conclusión, la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) en PVVS atendidos en centros públicos especializados como el CAPASITS, debería reducirse a 22 ítems, ignorando el factor de Miedo. Su estructura es de cuatro factores correlacionados, consistentes y con un ajuste adecuado a los datos. Coincide con los tres primeros originales, aunque se desdobra el de Ansiedad. Las mujeres frente a los hombres, viudos y personas con parejas frente a solteros, y pacientes sintomáticos frente a pacientes asintomáticos promedian más alto en EAM22. La escala presenta correlación con una menor escolaridad y en personas asintomáticas con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Asimismo, correlaciona con las estrategias de expresión de ira abierta, autofocalización negativa, falta de focalización en la solución de problemas, falta de reevaluación positiva y evitación. Es independiente de la edad, búsqueda de apoyo social, religión, conteo de CD4 y carga viral. Se propone seguir indagando en su relación con la edad y estado civil, incluyendo la orientación sexual de los participantes, así como su relación con el conteo de CD4 y carga viral, pues no se pudo controlar —estadísticamente— el tiempo desde la muestra sérica y la aplicación de la escala; además se sugiere estudiar la validez convergente de EAM22 con ansiedad, depresión e ira y su validez criterial con la escala DAS (Tomás-Sábado, J. y J. Gómez-Benito, 2002).

Como limitaciones del estudio, debe mencionarse que la muestra aleatoria de personas seropositivas extraídas de un centro de atención especializado no constituye una muestra probabilística proporcional de los pacientes de dicho centro, con sobrerrepresentación además del sexo femenino. Aunque se logra una mayor equivalencia de sexos en la muestra que en la existente en la población, el número no llega a ser equivalente y la muestra femenina resulta algo escasa para el estándar de 200 casos que se recomienda para el AFC (Moral, J., 2006). Por lo tanto, estas conclusiones requieren confirmación por estudios posteriores, aunque debe destacarse el valor de los presentes datos por la dificultad de acceso a esta población y la calidad en el levantamiento de los mismos. A fin de superar estas limitaciones, se podría realizar un nuevo estudio, coordinando el levantamiento de datos en distintos CAPASITS de la república mexicana.

Bibliografía

Adelbratt, Susan y Peter Strang, 2000, "Death Anxiety in Brain Tumour Patients and their Spouses", *Palliative Medicine*, vol. 14, núm. 6, pp. 499-507.

American Psychiatry Association, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, cuarta edición, Washington, DC, American Psychiatry Association.

American Psychological Association, 2002, "Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct", *American Psychologist*, vol. 57, núm. 12, pp. 1060-1073.

Artie, Lenore, 1982, "Life Satisfaction and Death Anxiety in Aged Women", *The International Journal of Aging and Human Development*, vol. 15, núm. 4, pp. 299-306.

Barragán, Abel, Silvia Mejía y Luis Gutiérrez, 2007, "Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados", *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 4, pp. 488-494.

Catalán, José, Ivana Klimes, Alison Bond, Ann Day, Adrienne Garrod y Charles Rizza, 1992, "The Psychosocial Impact of HIV Infection in Men with Hemophilia: Controlled Investigation and Factors Associated with Psychiatric Morbidity", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 36 núm. 5, pp. 409-416.

Cole, Michael, 1978-1979, "Sex and Marital Status Differences in Death Anxiety", *OMEGA: Journal of Death and Dying*, vol. 9, núm. 2, pp. 139-147.

Contreras, Françoise, Gustavo Esguerra, Juan Carlos Espinosa y Viviana Gómez, 2007, "Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis", *Acta Colombiana de Psicología*, vol. 10, núm. 2, pp. 169-179.

Contreras, Françoise, Fernando Juárez y Elisabeth Murrain, 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*, vol. 11, núm. 4, pp. 29-44.

Davis, Stephen, Sarah Bremer, Brenda Anderson y James Tramill, 1983, "The Interrelationship of Ego Strength, Self-esteem, Death Anxiety and Gender in Undergraduate College Students", *Journal of General Psychology*, núm. 108, pp. 55-59.

Depaola, Stephen, Melody Griffin, Jennie Young y Robert Neimeyer, 2003, "Death Anxiety and Attitudes toward the Elderly among Older Adults: The Role of Gender and Ethnicity", *Death Studies*, vol. 27, núm. 4, pp. 335-354.

Devins, Gerald, 1980-1981, "Contributions of Health and Demographic Status to Death Anxiety and Attitudes toward Voluntary Passive Euthanasia", *OMEGA: Journal of Death and Dying*, vol. 11, núm. 4, pp. 293-302.

Gala, Francisco, Mercedes Lupiani, R. Raja Hernández, Carlos Guillén Gestoso, J. M. González Infante, María del Carmen Villaverde Gutiérrez e I. Alba Sánchez, 2002, "Actitudes psicológicas ante la muerte. Una revisión conceptual", *Cuadernos de Medicina Forense*, núm. 30, pp. 39-50.

García, Humberto, Sergio Carpe, Lusimit Rodríguez, Chaney Govín y Masjuan Yosvani, 2009, "Caracterización de los afrontamientos personales exitosos en pacientes con VIH", *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, vol. 6, núm. 3.

García, María Dolores y Antoni Font, 2008, "Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en personas VIH positivas con lipodistrofia", *Ansiedad y Estrés*, vol. 14, núm. 1, pp. 81-99.

Gaviria, Ana Milena, Stefano Vinaccia, María Riveros y Japcy Quiceno, 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*, núm. 20, pp. 50-75.

González, Mónica y René Landero, 2007, "Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación de una muestra mexicana", *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 12, núm. 2, pp. 189-198.

Grassi, Luigi, Roberto Rigui, Laura Siguinolfi, Shariar Makouri y Florio Guinelli, 1998, "Coping Styles and Psychosocial-related Variables in HIV-Infected Patients", *Psychosomatics*, núm. 39, pp. 350-359.

Hall, Beverly y Denton Cooley, 1994, "Ways of Maintaining Hope in HIV Disease", *Research in Nursing y Health*, vol. 17, núm. 4, pp. 283-293.

Heckman, Timothy, Jeffrey Miller, Arlene Kockman, Seth Kalichman, Bruce Carlson y Monica Silverthorn, 2002, "Thoughts of Suicide among HIV-Infected Rural Persons Enrolled in a Telephone-delivered Mental Health Intervention", *Annals of Behavioral Medicine*, vol.24, núm. 2, pp. 141-148.

Laryea, Maureen y Lan Gien, 1993, "The Impact of HIV-Positive Diagnosis on the Individual: Stigma, Rejection and Loneliness", *Clinical Nursing Research*, vol. 2, núm. 3, pp. 245-263.

Lazarus, Richard, 1999, *Stress and Emotion. A New Synthesis*, Nueva York, Springer.

McCain, Nancy y David Cella, 1995, "Correlates of Stress in HIV Disease", *Western Journal of Nursing Research*, vol. 17, núm. 2, pp. 141,155.

Mercado, Aída, Leonor Delgadillo e Itandehui González, 2009, "Ansiedad ante la muerte en pacientes hospitalizados y ambulatorios", *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, núm. 1, pp. 5-27.

Montagnier, Luc, 2003, *El Sida*, México, Siglo XXI.

Moral de la Rubia, José, 2006, "Análisis factorial confirmatorio", en René Landero y Mónica González (eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*, México, Trillas, pp. 445-528.

Moral de la Rubia, José, Mónica González y René Landero (en prensa), "Evaluación de un tratamiento cognitivo-conductual para la fibromialgia", *Revista Ciencia UANL*, vol. 14, núm. 2.

Moral de la Rubia, José y Juan Martínez, 2009, "Reacción ante el diagnóstico de cáncer de un hijo: estrés y afrontamiento", *Psicología y Salud*, vol. 19, núm. 2, pp. 189-196.

Osadolor, Isaac, 2005, *Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte*, tesis de doctorado, México, Universidad Iberoamericana.

Pimentel, Mónica y Aland Bisso, 2000, "Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH/SIDA asintomáticos y sintomáticos", *Sociedad Peruana de Medicina Interna*, núm. 13, pp. 8-12.

Rivera-Ledesma, Armando y María Montero-López, 2010, “Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos”, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, núm. 6, vol. 135-140.

Rocha-Sánchez, Tania y Rolando Díaz-Loving, 2005, “Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres”, *Anales de Psicología*, vol. 21, núm. 1, pp. 42-49.

Russac, Randall J., Collen Gatliff, Mimi Reece y Diahann Spottswood, 2007, “Death Anxiety Across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects”, *Death Studies*, vol. 31, núm. 6, pp. 549-561.

Sandín, Bonifacio, 1995, “Estrés”, en Amparo Belloch, Bonifacio Sandín y Francisco Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología*, Madrid, McGraw Hill, vol. 2, pp. 3-53

Sandín, Bonifacio y Paloma Chorot, 2003, “Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 8, núm. 1, pp. 39-54.

Secretaría de Salud, 1987, *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*, Diario Oficial de la Federación, México.

Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.

Sociedad Mexicana de Psicología, 2007, *Código ético del psicólogo*, 4ª edición, México, DF, Editorial Trillas.

Templer, Donald, 1970, “The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale (DAS)”, *Journal of General Psychology*, núm. 82, pp.165-177.

Templer, Donald, 1991, “Comment on Large Gender Difference on Death Anxiety in Arab Countries”, *Psychological Reports*, núm. 68, pp. 924-926.

Teva, Inmaculada, José Hernández, Gualberto Buela y María Bermúdez, 2005, “Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA”, *Salud Mental*, vol. 28, núm. 5, pp. 40-49.

Thrusfield, Michael, Carmelo Ortega, Ignacio de Blas, Jos Noordhuizen y Klass Frankena, 2001, "Win Episcopa 2.0. Improved Epidemiological Software for Veterinary Medicine", *The Veterinary Record*, vol. 148, núm. 18, pp. 567-572.

Tomás-Sábado, Joaquín y Juana Gómez-Benito, 2002, "Psychometric Properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale", *Psychological Reports*, núm. 91, pp. 1116-20.

Vargas, Jaime Ernesto, Minerva Cervantes y José Everardo Aguilar, 2009, "Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos", *Psicología y Salud*, vol. 19, núm. 2, pp. 215-221.

