

Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población general

MELINA MIAJA ÁVILA Y JOSÉ MORAL DE LA RUBIA

Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

Los objetivos de este estudio consistieron en describir el nivel de ansiedad ante la muerte en personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) ($n = 300$) y población general ($n = 300$), estudiar la asociación y predecir la ansiedad ante la muerte por medio del afrontamiento y variables sociodemográficas en ambas muestras, además con las variables clínicas en PVVS, y observar diferencias entre las dos muestras en estas relaciones. En ambas muestras se aplicaron la Escala de Ansiedad ante la Muerte y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés. Se encontró relación entre afrontamiento y ansiedad ante la muerte de manera más definida en la muestra clínica que en la población general. El estilo de afrontamiento negativo y la estrategia de evitación, así como una menor escolaridad, destacaron como factores predictores de ansiedad ante la muerte. En la muestra clínica el factor de expectativas de supervivencia conformado por el seguimiento de tratamiento antirretroviral, mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico y carga viral indetectable predijo menor ansiedad ante la muerte.

Palabras clave: *ansiedad, muerte, afrontamiento, VIH/SIDA, población general, México*

Death anxiety and coping in people living with HIV/AIDS and general population

Abstract

The objectives of the present study were to describe the level of death anxiety in people living with HIV/AIDS ($n = 300$) and general population ($n = 300$), to study the association and predict death anxiety through coping and sociodemographic variables in both samples, in addition to clinical variables in HIV positives, and observe differences between the two samples in these relationships. In both samples the Death Anxiety Scale and the Stress Coping Questionnaire were applied. There was an association between coping and death anxiety, more pronounced in the clinical sample than in general population. Negative coping style and avoidance strategy, as well as lower educational level, stood out as predictors of death anxiety. In the clinical sample, the survival expectations factor, consisting of antiretroviral treatment follow-up, longer time since diagnosis and undetected viral load, predicted a lower level of death anxiety.

Keywords: *Death, anxiety, coping, HIV/AIDS, general population, Mexico*

INTRODUCCIÓN

La adquisición del virus del VIH supone un grave impacto psicológico en la persona que lo padece y en su entorno derivado de tres hechos: la infección desemboca irreversiblemente en SIDA, afecta a una población joven y produce un progresivo deterioro físico (Gallar, 2002). Buendía (1991) señala que la ansiedad ante la muerte es experimentada por personas con

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Melina Miaja Ávila. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. c/Dr. Carlos Canseco 110. Col. Mitras Centro. Monterrey, NL, México. Tel. (00 52 81) 83338233. Ext. 423. Fax. Ext. 103.
Correo electrónico: miajaam@live.com.mx

RMIP 2014, Vol. 6, No. 1, 26-42
ISSN-impresión: 2007-0926; ISSN-digital: 2007-3240
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ©RMIP

diversas enfermedades, sobre todo por aquellas que en su etiología, característica y curso cuentan actualmente con escasas posibilidades de curación, como lo es el VIH/SIDA. La ansiedad ante la muerte se define como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas hacia la propia existencia, ya sean éstas reales o imaginarias, las cuales pueden desencadenarse a raíz de estímulos externos o internos (Templer, 1970).

El impacto emocional de un padecimiento puede estar regulado por variables como el soporte social (Cobb, 1976) o el tipo de afrontamiento, al tener ambos como objetivo minimizar o resolver los efectos de dicho estresor (Baum & Poslusny, 1999). En este sentido, Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010) mencionan que los estilos y estrategias de afrontamiento actúan como variables mediadoras ante la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes. Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognoscitivos o conductuales que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como desbordantes o superiores a los recursos de la persona y que, por consiguiente, son generadoras de estrés. Dentro del afrontamiento se distingue entre estrategias y estilos. Las estrategias son acciones específicas para modificar las condiciones internas o externas a la persona que convierten a un estímulo en estresor. Las estrategias muestran variabilidad de una situación a otra 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. Como estilos de afrontamiento se suelen distinguir dos: centrado en el problema, también denominado activo o positivo, y centrado en la emoción, también denominado pasivo o negativo. El primero se refiere a los esfuerzos dirigidos a la fuente del

estrés para modificarla, eliminarla o buscar una solución, y suele tener efectos más positivos para la salud y las relaciones personales. El segundo se refiere a los esfuerzos encaminados a regular emociones derivadas de la situación, y evidencia peores resultados (Folkman, 2011).

En personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), Safren, Gershuny y Hendriksen (2003) encontraron que la ansiedad ante la muerte está asociada con la gravedad de los síntomas entre las variables clínicas estudiadas y con la estrategia de evitación entre las variables psicológicas. Mueller, Plevak y Rummans (2001) señalaron que las personas pueden tener mayores necesidades espirituales durante la enfermedad. Hallaron que la participación religiosa y la espiritualidad se asocian con mejores resultados de salud, con mayores habilidades de afrontamiento, longevidad y calidad de vida, incluso durante la enfermedad terminal; asimismo, con menor ansiedad, depresión y suicidio. Existen estudios donde la religiosidad se asocia con menor estrés, depresión y ansiedad ante la muerte; así como mayor satisfacción y bienestar con la vida (Moral & Martínez, 2009; Reyes, 1998; Roshdieh, Templer, Cannon, & Canfield, 1999; Suhail & Akram, 2002; Thorson & Powell, 1994; Wen, 2010). Sanders (1980) y Wittkowski (1988) señalaron 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 manteniendo más su actividad social durante el proceso del duelo en comparación con las personas sin religión.

No obstante, la relación entre religiosidad y ansiedad ante la muerte sigue sin determinarse, debido a que diversos estudios con PVVS y población general han hallado que las personas que reportan profesar una religión puntúan más alto en ansiedad ante la muerte que las personas sin religión (Franks, Templer, Cappelletty, & Kauffman, 1991; López, Sueiro, & López, 2004), existiendo una correla-

ción positiva entre la estrategia de búsqueda de apoyo religioso, y ansiedad ante la muerte (Nelson & Cantrell, 1980).

El nivel educativo es una variable asociada con la ansiedad ante la muerte en una relación directa. Una mayor escolaridad parece implicar un mejor manejo de la ansiedad por los mayores recursos cognitivos con los que cuenta la persona (Aday, 1985; Sandín, Chorot, Lostao, Valiente, & Santed, 2001).

También la ansiedad ante la muerte se asocia con la edad. En México, Rivera y Montero (2010), al comparar una muestra de adultos mayores con estudiantes universitarios, encontraron mayor ansiedad ante la muerte en la primera muestra. Debe señalarse que entre estas dos muestras existía diferencia de nivel de escolaridad, con mayor escolaridad en los jóvenes y menor en los adultos mayores. Por lo que la asociación directa podría atribuirse a la escolaridad y no a la edad. Precisamente otros estudios hablan de una relación inversa, disminuyendo dicha ansiedad con la edad, lo que refleja un proceso de maduración y aceptación de la muerte (Wu, Tang, & Kwok, 2002).

El tópico de la ansiedad ante la muerte ha recibido una amplia investigación en pacientes crónicos y terminales, incluyendo pacientes con VIH/SIDA, ya que afecta profundamente a la calidad de vida, adherencia al tratamiento y curso de la enfermedad (Safren *et al.*, 2003). Sobre todo se han hecho estudios conceptuales, instrumentales y descriptivos (estimación de parámetros y comparación de los mismos en relación con variables socio-demográficas, como edad, estado civil y escolaridad); asimismo, se ha investigado la relación de la ansiedad ante la muerte con el curso y síntomas de la enfermedad, y con factores protectores como religiosidad y apoyo social (Miller, Lee, & Henderson, 2012). A pesar de la extensa investigación realizada, el conocimiento es inconcluso y parcial en relación con factores moduladores. Las estrategias de afrontamiento poseen gran relevancia en

el estudio de la ansiedad en enfermos crónicos como factores mediadores (Gaviria, Quiceno, Vinassia, Martínez, & Otalvaro, 2009), pero su papel en la ansiedad ante la muerte, aparte del apoyo social y apoyo religioso, no está bien definido, aunque este conocimiento puede ayudar a enfocar estrategias de intervención.

Desde la conceptualización y hallazgos empíricos en otros campos de investigación de la salud, se presupone que la vivencia de la ansiedad ante la muerte probablemente esté mediada por las estrategias y estilos de afrontamiento. Además, esta relación aún será más evidente en personas que padecen enfermedades generadoras de dicha ansiedad, como la infección de VIH, en comparación con personas sin enfermedad (Baum & Posluszny, 1999; Gantiva *et al.*, 2010). De ahí que sería importante observar la relación de la ansiedad ante la muerte y las estrategias de afrontamiento, comparando dos muestras, una con VIH y otra sin VIH, a tal fin se podría comparar una muestra de población general (descartando VIH) y otra clínica de pacientes con VIH. Una muestra de población general (sin infección de VIH) puede ser una buena opción para evidenciar una diferenciación que se presupone entre el común de las personas y aquellas que se enfrentan a la infección.

Considerando lo anterior, los objetivos de la presente investigación son: 1) describir el nivel de ansiedad ante la muerte de la muestra clínica de personas que viven con VIH/SIDA y población general, 2) estudiar la asociación y predecir la ansiedad ante la muerte por medio de estrategias y estilos de afrontamiento, considerando también variables socio-demográficas en ambas muestras, y de forma adicional variables clínicas en PVVS, 3) observar diferencias en estas relaciones entre PVVS y población general, y 4) intentar definir un modelo predictivo que posea buenas propiedades de invarianza en sus parámetros entre ambas muestras. Así este estudio no sólo prueba la hipótesis de la relación entre

afrontamiento y ansiedad ante la muerte, sino que permite ahondar en las vivencias de PVVS.

Se pronostican mayores niveles de ansiedad ante la muerte en PVVS que en población general. Ante la situación adversa de enfermedad se hipotetiza que, en PVVS, 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. Se pronostica que la evitación, expresividad de irritabilidad y autofocalización negativa incrementan la ansiedad ante la muerte, sobre todo en PVVS (Safren *et al.*, 2003; Vargas, Cervantes, & Aguilar, 2009). Los aspectos del afrontamiento activo o positivo como focalización en la solución de problemas, religión, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social disminuirán la ansiedad ante la muerte, pero tendrán mucho menor efecto sobre la ansiedad que los aspectos de afrontamiento pasivo o negativo (Carrobbles, Remor, & Rodríguez, 2003; Moral & Martínez, 2009). Contar con más recursos intelectuales (mayor escolaridad) (Aday, 1985; Sandín *et al.*, 2001) predecirá menor ansiedad. Se hipotetiza que la ansiedad ante la muerte será mayor en adolescentes por las situaciones de cambio o duelo que viven, menor en edades jóvenes y medianas, pero se incrementará en la etapa final de la vida cuando la persona se enfrenta a la proximidad de la muerte, tomando la distribución de la ansiedad en relación con la edad una forma de U. Se espera que el componente de variables clínicas que conlleva sufrir más síntomas incrementa la ansiedad al activar fantasías de muerte y dolor (Martínez, Barreto, & Toledo, 2001; Safren *et al.*, 2003; Wu *et al.*, 2002).

MÉTODO

Participantes

Para este estudio se diseñó un muestreo no probabilístico por cuotas equivalentes de sexos (hombre y mujer) y población (general y clínica

de PVVS atendidos en el Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual de Nuevo León [CAPASITS-NL]). Asimismo, se buscó una equivalencia en las medias de edad entre las muestras de ambas poblaciones. Se reclutaron dos muestras incidentales de participantes voluntarios: una clínica de PVVS y otra de población general, equivalentes en tamaño ($n = 300$) y proporción de sexos. Las medias de edad fueron estadísticamente equivalentes entre ambas muestras como se pretendía ($t(598) = -0.04, p = .97$).

La población de PVVS atendida en el CAPASITS-NL era de 1,300 pacientes: 200 mujeres y 1,100 hombres (información proporcionada por autoridades del CAPASITS-NL en junio de 2010). Se desestimaron cuotas proporcionales a las poblacionales para evitar un excesivo desequilibrio de sexos (9 hombres por cada mujer), pero resultó imposible lograr cuotas equivalentes (200 hombres y 200 mujeres), como inicialmente se diseñó, por la dificultad de acceso al total de la población femenina en el lapso de tiempo permitido (tres meses). Así, en ambas muestras hubo 200 hombres y 100 mujeres.

Los criterios de inclusión y exclusión de la muestra clínica se estipularon *a priori* para garantizar datos accesibles a los investigadores y de calidad, no requiriendo modificaciones posteriores. También en la muestra de población general se estipularon *a priori* para garantizar su comparabilidad con la muestra clínica bajo los objetivos del estudio. Los criterios de inclusión para la muestra clínica fueron: ser seropositivo, mayor de edad y paciente del 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. Los criterios de inclusión para la muestra de la 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 o tener antecedentes de ITS (para excluir un factor de riesgo de VIH), lo que se determinó desde la información suministrada por la persona.

La muestra clínica quedó conformada por 100 mujeres (33.3%) y 200 hombres (66.7%). La media de edad en ambos sexos fue de 36.6 años ($DE = 9.60$). El 63% (189 de 300) de los participantes eran solteros, 17.3% (52) casados, 9.7% (29) en unión libre, 4% (12) separados, 3.3% (10) divorciados y 2.7% (8) viudos. El 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. La media del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH fue de 5 años ($DE = 4.57$). El 13% (39 de 300) de los pacientes se señalaron como sintomáticos y 87% (261) como asintomáticos. El 82% (246 de 300) reportó tomar medicamentos antirretrovirales y 18% (54) aún no lo hacían.

La muestra de población general emparejada a la clínica en tamaño, proporción de sexos y media de edad quedó conformada por 100 mujeres y 200 hombres. La media de edad en ambos sexos fue de 36.6 años ($DE = 9.58$). El 51% (153 de 300) de los participantes eran casados, 35.7% (107) solteros, 8% (24) en unión libre, 4.6% (14) divorciados o separados y 0.7% (2) viudos. El 4% (12 de 300) señaló tener estudios de primaria, 17% (51) secundaria, 40.4% (121) media superior y 38.6% (116) universitarios.

El promedio de escolaridad fue mayor en la muestra de población general que en la clínica ($ZU = 7.23, p < .01$). La distribución del estado civil también fue diferencial ($\chi^2 (5, N = 600) = 78.3, p < .01$). Hubo más casados en la muestra de población general, y más solteros en la muestra clínica.

INSTRUMENTOS

En ambas muestras se obtuvieron datos sociodemográficos: sexo, edad, escolaridad y estado civil. A las personas que vivían con VIH/SIDA

se les preguntó sobre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH+, si se percibían como sintomáticos o asintomáticos y si tomaban o no medicamentos antirretrovirales en el momento de la entrevista, asimismo si su carga viral era o no detectable y cuál fue el conteo de CD4 en su último examen.

Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM; Osadolor, 2005) consta de 25 ítems que tienen un rango de respuesta de 5 puntos: de 1 «totalmente de acuerdo» a 5 «totalmente en desacuerdo». En el presente estudio el rango de respuesta se recodificó al analizar los datos de 1 «totalmente en desacuerdo» a 5 «totalmente de acuerdo», con el fin de que un mayor puntaje represente una mayor ansiedad ante la muerte. Osadolor (2005), en una muestra de 249 pacientes de la ciudad de Puebla con enfermedades degenerativas crónicas, obtuvo una consistencia interna alta para los 25 ítems ($\alpha = .80$). Desde un análisis de componentes principales tras una rotación ortogonal por el método Varimax, se definieron cuatro factores: ansiedad (ítems 2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19), dolor (ítems 11, 12, 22, 23, 24 y 25), depresión (ítems 1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18) y miedo (ítems 6, 20 y 21) (Osadolor, 2005). Mijangos y Moral (2012) validaron esta escala en dos muestras nuevoleonenses de PVVS y población general. Sugirieron eliminar los tres ítems del factor de miedo por problemas de consistencia interna y configuración factorial. Tras realizar análisis factorial exploratorio y confirmatorio con los 22 ítems restantes, se conservaron 2 factores originales (depresión y dolor), y se desdobló el factor de ansiedad en preocupación por lo que vendrá después de la muerte y ansiedad claustrofóbica. Por su contenido propusieron reetiquetar al factor de depresión como ansiedad con lo que antecede a la muerte y, al de dolor, como evitar pensar en la muerte. Los valores de consistencia interna fueron altos en ambas muestras ($\alpha = .92$, en PVVS; $\alpha = .94$, en población general), y mayores que el obtenido en el estudio original. Debido a la mayor con-

sistencia interna y especificidad poblacional, en esta investigación se empleó la escala reducida a 22 ítems (EAM-22), como sugieren Miaja y Moral (2012).

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín & 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: búsqueda de apoyo social (ítems 6, 13, 20, 27, 34 y 41), reevaluación positiva (ítems 3, 10, 17, 24, 31 y 38), focalización en la solución de problemas (ítems 1, 8, 15, 22, 29 y 36), religión (ítems 7, 14, 21, 28, 35 y 42), expresión emocional abierta (ítems 4, 11, 18, 25, 32 y 39), auto focalización negativa (ítems 2, 9, 16, 23, 30 y 37) y evitación (ítems 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 y estilo de afrontamiento negativo o centrado en la emoción. Los valores de consistencia interna por el coeficiente alfa de Cronbach de los siete factores variaron de .64 a .92, con una media de .79, en una muestra española de 592 estudiantes (Sandín & Chorot, 2003). Moral y Miaja (2012) validaron esta escala en dos muestras mexicanas de PVVS y población general. Tras realizar análisis factorial exploratorio y confirmatorio, sugirieron reducir la escala a 33 ítems, conservando los 7 factores de primer orden y los dos de segundo orden. En ambas muestras obtuvieron valores de consistencia interna altos y mayores que .76 en búsqueda de apoyo social, religión, expresión emocional abierta y focalización en la solución de problemas; adecuados y mayores o iguales que .60 en focalización en la solución del problema y evitación. En reevaluación la consistencia fue baja ($\alpha = .48$) (Moral & Miaja, 2012). Debido a la mayor especificidad poblacional y considerando el hecho de que el factor reevaluación ha mostrado baja consistencia interna en otros estudios realizados en México (González & Landero, 2007; Moral & Martínez, 2009), en esta investigación se empleó la escala con 33 ítems.

PROCEDIMIENTO

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado tanto en sus aspectos científicos como éticos por el Comité de Maestría y Tesis de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, asimismo, fue autorizado por el 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).

Primero se reclutó la muestra clínica 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 desde los expedientes y horarios programados. Posteriormente se obtuvo la muestra de población general. Se recolectó de tal forma que resultase equivalente en tamaño, proporción de sexos y promedio de edad a la clínica. Se obtuvo en espacios públicos de abril a mayo de 2011. Se recolectó tras esperar un nuevo permiso para completar los casos de mujeres seropositivas y lograr el objetivo de cuotas de sexos equivalentes, el cual fue denegado. Inicialmente se intentó acudir a las mismas colonias en las que vivían los pacientes, pero por cuestiones operativas, de seguridad y conveniencia se optó reducirla a unas pocas.

La primera autora del artículo, como psicóloga autorizada en CAPASITS-NL, se acercó a los pacientes en las salas de espera para obtener el consentimiento informado por escrito. En un salón prestado para el estudio, se entregaron y recogieron los cuestionarios. La psicóloga permanecía presente, apoyando en caso de dudas y revisando, al recoger los cuestionarios, que no quedasen preguntas sin responder. Los datos sobre conteo de CD4 y carga viral fueron proporcionados por el paciente desde el resultado del último análisis en su expediente clínico.

También la primera autora del artículo fue quien contactó a los participantes de población

general. Fueron abordados en espacios públicos. Una vez que otorgaban el consentimiento escrito, se les entregaba el cuestionario que respondían sentados en una banca. La encuestadora permanecía presente para resolver dudas y recoger el cuestionario, revisando que no dejaran preguntas sin responder.

ANÁLISIS DE DATOS

En ambas muestras y en la conjunta, las correlaciones de la puntuación total de la escala EAM-22 con las variables numéricas se estimaron por el coeficiente producto-momento de Pearson y con las dicotómicas por el coeficiente biserial-puntual. La predicción de la puntuación total de la escala EAM-22 se realizó con las variables numéricas por regresión lineal, empleando el método de pasos progresivos (*Stepwise*), y por análisis de senderos, empleando el método de cuadrados mínimos generalizados (GLS). Al aplicar el análisis de senderos, se consideraron siete índices para interpretar el ajuste a los datos (contraste unigrupo) e invarianza de los parámetros de los modelos sin restricciones entre las dos muestras (contraste multigrupo): 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*]). Se estipularon como valores de buen ajuste para los índices: p de $\chi^2 > .05$, FD y $\chi^2/df \leq 2$, $PNCP \leq 1$, $RMSEA \leq .05$, $GFI \geq .95$ y $AGFI \geq .90$; y como valores adecuados: p de $\chi^2 \geq .01$, FD y $\chi^2/df \leq 3$, $PNCP \leq 2$, $RMSEA < .08$, $GFI \geq .85$ y $AGFI \geq .80$ (Moral, 2006). Las 5 variables clínicas se manejaron como puntuaciones factoriales calculadas por el método de regresión. Los factores se extrajeron por Componentes Principales con una rotación por el

método Oblimin. Los modelos de regresión y análisis de senderos se calcularon con variables numéricas correlacionadas significativamente con la puntuación total de EAM-22. Debido a que en ambas muestras las medias de escolaridad no fueron equivalentes, se consideró una correlación como significativa cuando ésta lo seguía siendo al parcializar el efecto de la escolaridad. Los cálculos estadísticos se realizaron con SPSS16 y AMOS7.

RESULTADOS

Nivel promedio de ansiedad ante muerte

En la muestra de PVVS, la media de EAM-22 dividida por el número de ítems fue de 3.21, redondeando sería 3, lo que correspondió a una respuesta de *neutral* dentro de un rango de 5 puntos. La media del factor de «preocupación por lo que vendrá después de la muerte» dividida por 5 (número de ítems) fue de 2.70, lo que también correspondió a una respuesta *neutral* (3), igual aplicaría para ansiedad claustrofóbica ($2.67 \approx 3$) y evitar pensar en la muerte ($3.33 \approx 3$). La media de «ansiedad con lo que antecede a la muerte» dividida entre 7 (número de ítems) fue de 3.77, lo que correspondió a una respuesta de 4 *de acuerdo* en un sentido de ansiedad. Por lo tanto, la muestra clínica destacó en ansiedad con lo que antecede a la muerte, siendo su actitud neutral en los demás aspectos. En la muestra de población general, los promedios divididos por su número de ítems correspondieron a 3 en el puntaje total y sus cuatro factores. Así la actitud de la población general correspondió a neutralidad.

Predicción de ansiedad ante la muerte por regresión lineal

En la muestra de PVVS, las variables numéricas que correlacionaron significativamente con el puntaje total de EAM-22 fueron: estilo de afrontamiento negativo, expresión emocional abierta, focalización en la solución del proble-

ma, autofocalización negativa, religión, evitación y escolaridad (tabla 1).

Tras parcializar el efecto de la escolaridad, todas las variables siguieron siendo significativas, excepto focalización en la solución del problema ($rp = -.09, p = .13$) y religión ($rp = -.08, p = .15$). Con las cuatro variables con correlación significativa, tras parcializar escolaridad se realizó el cálculo de regresión. Por el método Stepwise se incorporaron tres variables en el modelo: estilo de afrontamiento negativo, escolaridad y evitación. El modelo fue significativo ($F(3,296) = 17.02, p < .01$) y explicó el 14% de la varianza del criterio (Tabla 2). Mayor estilo de afrontamiento negativo, menor escolaridad y mayor evitación predijeron mayor ansiedad ante la muerte.

En la muestra de población general, las variables numéricas que correlacionaron con el puntaje total de EAM-22 fueron: estilo de afrontamiento negativo, expresión emocional abierta y autofocalización negativa (tabla 1). Tras parcializar el efecto de la escolaridad todas las variables siguieron siendo significativas. Con las tres variables con correlación significativa, tras parcializar escolaridad, se realizó el cálculo de regresión. Por el método *Stepwise* se incorporó sólo una variable: autofocalización negativa. El modelo fue significativo ($F(1,298) = 11.73, p < .01$) y explicó el 4% de la varianza del criterio (tabla 2). Mayor autofocalización negativa predice mayor ansiedad ante la muerte.

En la muestra conjunta, las variables numéricas que correlacionaron significativamente con el puntaje total de EAM-22 fueron: estilo de afrontamiento negativo, expresión emocional abierta, focalización en la solución del problema, autofocalización negativa, religión, evitación y escolaridad (tabla 1). Tras parcializar el efecto de la escolaridad, todas las variables siguieron siendo significativa, salvo focalización en la solución del problema ($rp = -.04, p = .28$). Con las cinco variables con correlación significativa, tras parcializar escolaridad, se realizó el cálculo

de regresión. Por el método Stepwise se incorporaron cuatro variables en el modelo: escolaridad, autofocalización negativa, expresión emocional abierta y evitación. El modelo fue significativo ($F(4,595) = 18.30, p < .01$) y explicó el 10% de la varianza del criterio. Hubo ligera colinealidad entre autofocalización negativa y expresión emocional abierta como indica el descenso de los valores de correlación al ser parcializados y los valores de tolerancia e inflación de varianza alejados de 1 (tabla 2). Menor escolaridad, mayor autofocalización negativa, mayor expresión emocional abierta y mayor evitación predicen mayor ansiedad ante la muerte al unir ambas muestras.

En los tres modelos la distribución de los residuos se ajustó a una curva normal y la nube de puntos del diagrama de dispersión entre los valores estandarizados pronosticados y los residuales no mostró tendencia lineal, cumpliéndose así los supuestos en relación con los residuos.

Predicción de ansiedad ante la muerte por análisis de senderos

Debido a la existencia de colinealidad se consideraron correlaciones entre los predictores. En la muestra conjunta, la autofocalización negativa correlacionó con expresión emocional abierta y escolaridad. Se especificó un primer modelo añadiendo estas dos correlaciones al modelo de regresión obtenido para esta muestra. En el contraste unigrupo este primer modelo tuvo buen ajuste; todas sus vías y correlaciones fueron significativas; y explicó 11% de la varianza de EAM-22 (tabla 3 y figura 1). En el contraste multigrupo, el ajuste del modelo sin restricciones fue de bueno ($FD, PNCP, GFI, AGFI, CFI$ y $RMSEA$) a adecuado ($\chi^2, \chi^2/gl$ y NFI). En PVVS las cuatro vías direccionales fueron significativas, pero en población general sólo la autofocalización negativa fue significativa sobre EAM-22. Las varianzas explicadas de la variable

Tabla 1. Correlaciones del puntaje total de EAM-22 con las variables de afrontamiento y sociodemográficas sin parcializar el efecto de la escolaridad

Afrontamiento y variables demográficas y clínicas	c	Muestra		P. general (n = 300)		Conjunta (N = 600)		
		PVVS		c	p	c	p	
		n	c					
Búsqueda de apoyo social	r	300	.01	.89	-.02	.73	-.02	.60
Expresión emocional abierta	r	300	.23	< .01	.17	< .01	.18	< .01
Religión	r	300	.11	.05	.06	.26	.10	.01
Focalización en la solución	r	300	-.15	.01	-.01	.80	-.09	.02
Evitación	r	300	.12	.04	.05	.35	.09	.02
Autofocalización negativa	r	300	.27	< .01	.19	< .01	.23	< .01
Reevaluación positiva	r	300	.01	.85	.01	.91	.03	.48
Estilo de afrontamiento positivo	r	300	.03	.64	.03	.66	.03	.51
Estilo de afrontamiento negativo	r	300	.29	< .01	.15	.01	.21	< .01
Sexo	rbp	300	.23	< .01	.08	.17	.15	< .01
Edad	r	300	-.02	.78	< .01	.94	-.01	.87
Escolaridad	r	300	-.28	< .01	-.11	.06	-.23	< .01
Estado civil	eta	300	.20	.02	.09	.65	.14	.02
Tiempo desde el diagnóstico	r	300	-.11	.06				
Conteo de CD4	r	148	.03	.76				
Carga viral	rbp	191	-.07	.34				
Estado físico	rbp	300	-.07	.20				
Medicamentos antirretrovirales	rbp	300	< -.01	.94				
Expectativas positivas	r	136	-.19	.03				
Estatus clínico positivo	r	136	-.07	.42				

c = coeficiente de correlación. Carga viral: 1 = Detectable y 2 = Indetectable. Estado físico: 1 = Sintomático y 2 = Asintomático. Medicamentos antirretrovirales: 1 = Sí y 2 = No.

endógena fueron 16% para PVVS y 5% para la población general (tabla 3).

Se especificó un segundo modelo derivado del análisis de regresión lineal en la muestra de PVVS. La ansiedad ante la muerte fue pronosticada por el estilo de afrontamiento negativo, la evitación y la escolaridad. Además, el estilo de afrontamiento negativo correlacionó inversamente con escolaridad. Este segundo modelo presentó buen ajuste tanto en la muestra conjunta en el contraste unigrupo como en las muestras de PVVS y población general en el contraste multigrupo (modelo sin restricciones). Las tres vías direccionales y la correlación fueron significativas en la muestra conjunta y de PVVS, pero en población general sólo el estilo de afrontamiento negativo fue significativo sobre EAM-22. Se explicó 10% de la varianza de la EAM-22 en la muestra conjun-

ta, 16% en PVVS y 4% en población general (véanse tabla 3 y figura 2).

En el contraste unigrupo, la bondad de ajuste de ambos modelos fue estadísticamente equivalente por la prueba de la diferencia de los estadísticos chi-cuadrado ($\Delta\chi^2(2) = 3.71, p = .16$). En el contraste multigrupo, la bondad de ajuste del segundo modelo sin constricciones fue mayor que la del primero ($\Delta\chi^2(4) = 9.89, p = .04$).

Por el mejor resultado en el contraste multigrupo y la baja consistencia de la autofocalización negativa, el segundo modelo se consideró mejor que el primero. No obstante, debe señalarse la gran semejanza de ambos modelos. El primero incluye expresión emocional abierta y autofocalización negativa; ambas estrategias junto con menor focalización en la solución de problemas definen el estilo de afrontamiento negativo. En el segundo modelo no están como

Tabla 2. Modelos de regresión en la muestra de PVVS y población general

Muestras	Modelo	Coeficientes		Sig.		Correlación			Colineal		
		<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>
PVVS (<i>n</i> = 300)	Constante	59.10	5.04		11.73	< .01					
	EAN	.58	.13	.25	4.58	< .01	.29	.26	.25	.94	1.06
	Escolaridad	-3.08	.79	-.21	-3.89	< .01	-.27	-.22	-.21	.95	1.05
	EVT	.76	.27	.15	2.77	.01	.12	.16	.15	.99	1.01
PVVS (<i>n</i> = 136)	Constante	74.11	5.36		13.82	< .01					
	Escolaridad	-5.72	1.42	-.32	-4.03	< .01	-.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
P. general (<i>n</i> = 300)	Expectat.	-3.65	1.68	-.17	-2.18	.03	-.19	-.19	-.17	.98	1.02
	Constante	59.95	1.88		31.93	< .01					
	AFN	1.58	0.46	.20	3.42	< .01	.20	.20	.20	1	1
Muestra Conjunta (<i>N</i> = 600)	Constante	70.05	3.18		21.99	< .01					
	Escolaridad	-4.32	0.80	-.21	-5.42	< .01	-.23	-.22	-.21	.98	1.02
	AFN	1.18	0.35	.15	3.39	< .01	.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. EAN= Estilo de afrontamiento negativo, AFN= Autofocalización negativa, EEA= Expresión Emocional Abierta, EVT= Evitación y Expectativa =Aspecto situacional (toma de antirretrovirales, transcurso del tiempo y progresivo logro de carga viral indetectable) que puede generar una expectativa positiva de supervivencia

variables expresión emocional abierta y autofocalización negativa, pero sí el estilo de afrontamiento negativo. Por lo demás coinciden en las otras 2 variables integrantes. De ahí la afirmación de su gran semejanza.

Inclusión de las variables clínicas en el modelo de la muestra de PVVS

Se extrajeron los factores que subyacen a la correlación de las 5 variables clínicas por componentes principales. Con base en el criterio de Kaiser (autovalores mayores a 1) el número sería 1. El componente único explicó el 34% de la varianza total. Al calcular la correlación con EAM-22 y sus factores se halló asociación significativa sólo con el factor «preocupación por lo que vendrá después de la muerte» ($r = -.17$, $p < .05$). Se extrajo un segundo factor. La solución de dos factores correlacionados explicó el 54% de la varianza total. Tras una rotación por el método Oblimin, el primero quedó integrado por el empleo de medicamentos antirretrovirales (-.89), mayor tiempo diagnóstico (.56) y

carga viral indetectable (.42). El segundo quedó configurado por mayor conteo de CD4 (.91), carga viral indetectable (.49) y estado físico asintomático (.40). Así el primer componente se refiere a un aspecto situacional (toma de antirretrovirales, transcurso del tiempo y 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 fue baja ($r = .19$, $p < .05$), a pesar de que la carga viral tuvo carga alta en ambos factores.

Al estimar las correlaciones con EAM-22 y sus factores, el primer componente correlacionó con el puntaje total de EAM-22 ($r = -.19$, $p = .03$) y con los factores de ansiedad acerca de lo posterior a la muerte y preocupación por lo que vendrá después de la muerte ($r = -.17$, $p = .04$), esto es, los aspectos *post mortem*.

Se estimó el modelo de regresión lineal múltiple, con una pérdida importante de casos (136 de 300), el factor del aspecto situacional (toma de antirretrovirales, transcurso

Tabla 3. Índices de ajuste para el contraste unigrupo y multigrupo

Modalidad	Índices de ajuste	Interpretación		Modelos	
		Bueno	Malo	1*	2**
Unigrupo (Muestra conjunta)	χ^2			8.33	4.61
	gl			4	2
	p	> .05	< .01	.08	.10
	χ^2 /gl	< 2	> 3	2.08	2.31
	FD	< 2	> 3	0.01	0.01
	PNCP	< 1	> 2	0.01	<0.01
	GFI	≥ .95	< .85	.99	1
	AGFI	≥ .90	< .80	.98	.98
	NFI	≥ .90	< .80	.94	.93
	CFI	≥ .95	< .85	.97	.96
	RMSEA	≤ .05	> .08	.04	.05
	χ^2			16.04	6.15
	gl			8	4
Multigrupo: Modelo sin restriccio- nes (PVVS y Población general)	p	> .05	≤ .01	.04	.19
	χ^2 /gl	< 2	> 3	2.01	1.54
	FD	< 2	> 3	0.03	.01
	PNCP	< 1	> 2	0.01	< 0.01
	GFI	≥ .95	< .85	.99	.99
	AGFI	≥ .90	< .80	.96	.97
	NFI	≥ .90	< .80	.89	.91
	CFI	≥ .95	< .85	.93	.96
	RMSEA	≤ .05	> .08	.04	.03

* Figura 1 y ** Figura 2

del tiempo y logro de carga viral indetectable) que puede generar una expectativa positiva de supervivencia entró en el modelo con el método *Stepwise*. El modelo fue significativo ($F(4,131) = 8.25, p < .01$) y explicó el 19% de la varianza del puntaje total de EAM-22. Quedó integrado por escolaridad, evitación, expresión emocional abierta y el factor clínico de expectativa de supervivencia. Mayor escolaridad, menor expresión emocional abierta, menor evitación y mayor expectativa de supervivencia predijeron menor ansiedad ante la muerte. Las variables predictoras mostraron muy escasa colinealidad como indicó el hecho de que se mantuviesen los valores de los coeficientes de correlación al ser parcializados y que los valores de tolerancia e inflación de la varianza fuesen próximos a 1 (tabla 2). La distribución de los residuos se ajustó a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.08, p = .19$) y no mostraron dependencia lineal en el diagrama de dispersión entre los valores estandarizados

pronosticados y residuales, con lo que se cumplieron los requisitos y supuestos de la prueba.

Al contrastar el ajuste del modelo obtenido por análisis de senderos, todos los parámetros fueron significativos y los índices de ajuste buenos. Se explicó el 19% del criterio. En este modelo las 4 variables exógenas se especificaron independientes, pues ninguna correlación fue significativa (figura 3).

Discusión

El nivel medio de ansiedad ante la muerte de los 300 pacientes PVVS es bajo en comparación con otras muestras clínicas de enfermedades crónicas, ya sea en régimen de internamiento o ambulatorio (Mercado, Delgadillo, & González, 2007; Osadolor, 2005) y se aproxima más al de población general, lo cual claramente está relacionado con la asintomaticidad asociada con la mayoría de la población seropositiva. No obstante, Kurdek y Siesky (1990) encontraron en PVVS asintomáticos, que la incertidumbre sobre el estado de salud futuro era generadora de una mayor ansiedad ante la muerte. Esto es consonante con los resultados encontrados, debido a que los 300 PVVS reportaron un mayor nivel de ansiedad con lo que antecede a la muerte, factor que hace referencia a la degeneración física y deficiencia del estado de salud. Debe considerarse que, entre las 300 PVVS de este estudio, el promedio de años tras el diagnóstico fueron 5, 87% estaban asintomáticos, 82% tomaban medicamentos antirretrovirales y 70% tenían una carga viral indetectable. La mayoría se encontraban 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 la ansiedad ante la muerte serían mucho mayores.

Como se esperaba, existe una asociación de las estrategias y estilos de afrontamiento

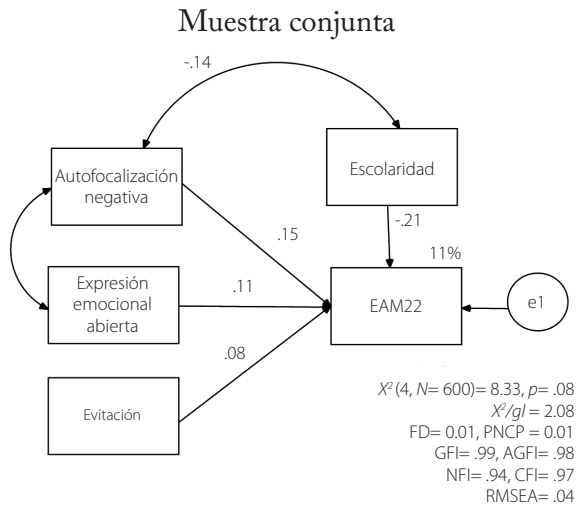


Figura 1. Modelo 1 estandarizado estimado por GLS en el contraste unigrupo

con la ansiedad ante la muerte. Los valores de correlación son bajos, aunque superan a las asociaciones con las variables sociodemográficas 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 PVVS como en población general. La autofocalización negativa también destaca como un predictor de estrés percibido en un estudio clínico realizado por Carrobbles *et al.* (2003) en PVVS, y la expresión emocional abierta en otro estudio realizado por Moral y Martínez (2009) en población clínica de padres en el momento de recibir el diagnóstico de cáncer de un hijo menor de edad.

En este estudio, la búsqueda de apoyo religioso correlacionó positivamente con la ansiedad ante la muerte en PVVS y en la muestra conjunta, pero no en población general. Sin embargo, al parcializar el efecto de la escolaridad, esta correlación dejó de ser significativa. La expectativa con la religión era que interviniera como factor atenuador de dicha ansiedad, como se observa en otros estudios clínicos (Moral & Martínez, 2009; Thorson & Powell,

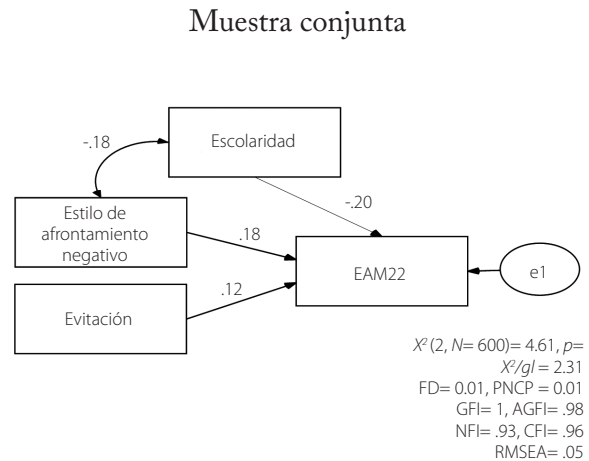


Figura 2. Modelo 2 estandarizado estimado por GLS en el contraste unigrupo

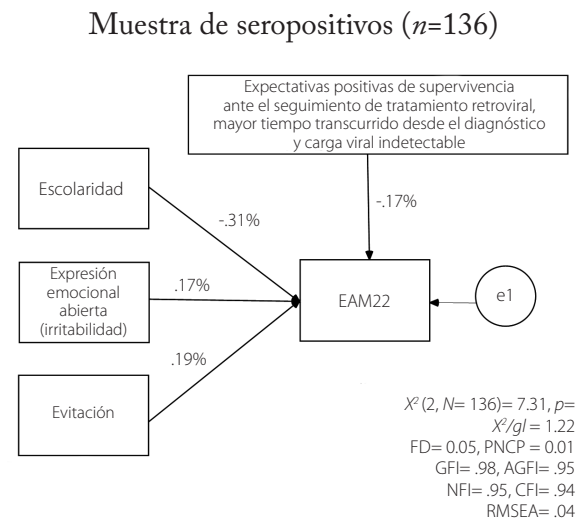


Figura 3. Modelo 1 estandarizado estimado por GLS en PVVS

1994; Wen, 2010). No obstante, Franks *et al.* (1991) observaron que la búsqueda de apoyo religioso correlaciona con un aumento de la ansiedad ante la muerte en pacientes que viven con VIH/SIDA. Ya sea como atenuador o potenciador, en todos estos estudios el tamaño de efecto fue pequeño, pudiendo estar mediado por otra variable, como la escolaridad. Por lo tanto, en futuros estudios con PVVS, se sugiere parcializar el efecto de la escolaridad antes de

afirmar que existe correlación entre la ansiedad ante la muerte y el apoyo religioso.

El estilo de afrontamiento negativo actúa como factor de riesgo, esto es, incrementa la probabilidad de sufrir ansiedad ante la muerte. El estilo de afrontamiento negativo está conformado por autofocalización negativa y expresión emocional abierta como estrategias de afrontamiento. La predominancia de este estilo de afrontamiento constituye en muchos casos el objeto de la psicoterapia, no la modificación de la situación en sí, sino el paso de un afrontamiento dirigido a la emoción disfuncional a otro dirigido a la emoción funcional. Esto es especialmente claro en terapias más centradas en el proceso de evaluación cognitiva como la reestructuración cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis (Casado, 2002). En este sentido, Braunstein (2004) halló cómo las creencias irracionales interactúan con la vivencia de la ansiedad ante la muerte sobre todo en personas que viven con VIH/SIDA. Por otro lado, Tomás-Sábado, Limonero y Aradilla (2008) señalan que el tener un mejor ajuste emocional y una mayor percepción de las emociones se relaciona negativamente con la ansiedad ante la muerte. Es decir, una mayor inteligencia emocional disminuye la ansiedad ante la muerte (Espinoza & Sanhueza, 2012). Lo anterior, evidencia la necesidad de desarrollar habilidades emocionales para hacerle frente a situaciones trascendentales y desconocidas, como son la muerte y el proceso de morir.

La estrategia de evitación también actúa como factor de riesgo frente a la ansiedad ante la muerte. Diversos estudios en muestras clínicas (Moral & Martínez, 2009) y con PVVS (Kurdek & Siesky, 1990; Safren *et al.*, 2003) han encontrado una correlación directa entre la evitación y la ansiedad ante la muerte. Hayslip, Luhr y Beyerlein (1992) señalan cómo la propia trayectoria de vida se redefine cuando se recibe un diagnóstico positivo de VIH, al experimentar una gran ansiedad ante la muerte, lo

que resulta de la evitación y negación del miedo con el fin de mantener un equilibrio psicológico frente a la muerte.

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, 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 estudiarse el afrontamiento como predictor de un aspecto positivo, como es la calidad de vida, se destacan estrategias activas, como la reevaluación positiva y la focalización en la solución de problemas, aparte de otra pasiva, como la evitación (Gaviria *et al.*, 2009).

Desde un modelo de relación lineal, la edad resultó independiente de la ansiedad ante la muerte tanto en PVVS como en población general. Este resultado también fue reportado por Rivera y Montero (2010) con la escala de ansiedad ante la muerte de Templer (1970) en pacientes mexicanos con deficiencia renal crónica. Martínez, Alonso y Calvo (2001) hallaron correlación lineal directa entre la edad y la ansiedad ante la muerte, aunque baja. Este estudio presenta debilidades en su metodología y análisis de datos al no haberse controlado el efecto de la escolaridad en las dos muestras

comparadas. Probablemente al controlarse este efecto la correlación resultaría no significativa. Otros estudios reportan relación inversa (López *et al.*, 2004; Wu *et al.*, 2002). Así parece que la edad tiene un tamaño de efecto muy pequeño o no significativo (en los estudios en México) sobre la ansiedad ante la muerte.

Sí se cumple la expectativa (Aday, 1985; Sandín *et al.*, 2001) de relación inversa con la escolaridad en la muestra de PVVS y en la conjunta. Debe mencionarse que también existe correlación en la muestra de población general, aunque sólo con el factor de evitar pensar en la muerte. Se podría interpretar, con base en esta correlación consistente con otros estudios (Aday, 1985; Sandín *et al.*, 2001), que las personas con más escolaridad tienen más recursos cognitivos para afrontar la ansiedad ante la muerte. Además esta relación tiene mayor efecto que la edad, y las estrategias y estilos de afrontamiento. Por lo tanto, sería importante parcializar el efecto de la escolaridad antes de afirmar que existe correlación entre edad, y estrategias y estilos de afrontamiento con la ansiedad ante la muerte.

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 en 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 el aspecto psicológico de la expectativa y no el aspecto objetivo del estado de salud es lo que disminuye la ansiedad ante la muerte. Podría pensarse que esta falta de efecto de los síntomas se deba a que la mayoría de los pacientes son asintomáticos y llevan viviendo unos 5 años en promedio con la infección. Hintze, Templer, Cappelletty y Frederick (1993) reportaron que la severidad de la sintomatología tenía un efecto directo sobre la ansiedad ante la muerte, pero no evaluaron la expectativa de supervivencia y control de la enfermedad. Así, en futuros estudios sería importante evaluar no sólo el dolor o discapacidad por síntomas presentes, sino también la expectativa de supervivencia y control de los mismos, empleando escalas diseñadas específicamente para ese fin.

Como limitación 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. Ambas muestras son desiguales en escolaridad, esto se consideró en los cálculos de los modelos sólo contemplando variables correlacionadas con ansiedad ante la muerte una vez parcializado el efecto de la escolaridad.

En conclusión, existe relación entre afrontamiento y ansiedad ante la muerte, con una asociación débil, más definida en la muestra clínica de PVVS que en la 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 la estrategia de evitación 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. Menor escolaridad es factor de riesgo de mayor ansiedad ante la muerte con 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.

Para superar las limitaciones del estudio, se sugiere replicar el mismo con un muestreo emparejado de casos clínicos y de población general en todas las variables socio-demográficas, acudiendo a las colonias en las cuales

viven los pacientes a la hora de reclutar los casos de población general; tomar las muestras sanguíneas el mismo día de aplicación del cuestionario; y emplear una medida implícita de ansiedad ante la muerte, como la usada por Hayslip, Luhr y Beyerlein (1992), complementando así la información suministrada por la escala EAM.

REFERENCIAS

- Aday, R. H. (1985). Belief in after life and death anxiety: Correlates and comparisons. *Journal of Death Dying*, 15(1), 67-75.
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Baum, A. & Posluszny, D. M. (1999). Health Psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163.
- Braunstein, J. W. (2004). An investigation of irrational beliefs and death anxiety as a function of HIV status. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(1), 21-38.
- Buendía, J. (1991). *Psicología clínica y salud: desarrollos actuales*. Murcia, España: Secretariado de Publicaciones.
- Carrobbles, J. A., Remor, E., & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Casado, F. D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20, 403-414.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Espinoza, M. & Sanhueza, O. (2012). Fear of death and its relationship with emotional intelligence of nursing students in Concepción. *Acta Paul Enfermagem*, 25, 607-613.
- Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. Nueva York, EUA: Oxford University Press.
- 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.
- 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.
- Gantiva, C. A., Luna, A., Dávila, A. M., & Salgado, M. J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(1), 63-70.
- Gaviria, A., Quiceno, J., Vinassia, S., Martínez, L., & Otaño, M. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en paciente diagnosticados con VIH-SIDA. *Terapia Psicológica*, 27(1), 5-13.
- 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.
- Harrison, K. M., Song, R., & Zhang, X. (2010). Life expectancy after HIV diagnosis based on national HIV surveillance data from 25 states, EUA. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 53, 124-130.
- Hayslip, B., Luhr, D. D., & Beyerlein, M. M. (1992). Levels of death anxiety in terminally ill men: A pilot study. *Journal of Death and Dying*, 24(1), 13-19.
- Hintze, J., Templer, D., Cappelletty, G., & Frederick, W. (1993). Death depression and death anxiety in HIV-infected males. *Death Studies*, 17(4), 333-341.
- 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, A.C.
- Kurdek, L. A. & Siesky, G. (1990). The nature and correlates of psychological adjustment in gay men with AIDS-related conditions. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(10), 846-860.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- 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.
- 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, E., Barreto, M., & Toledo, M. (2001). Intervención psicológica con el paciente en situación terminal. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(2), 117-131.
- Mercado, A., Delgadillo, 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.
- Miaja, M. & Moral, J. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte en personas con VIH y población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 107-122.
- Miller, A. K., Lee, B. L., & Henderson, C. E. (2012). Death anxiety in persons with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Death Studies*, 36, 640-663.
- Moral, J. & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.
- Moral, J. & Miaja, M. (2012). Validación del cuestionario de afrontamiento del estrés en dos muestras de seropositivos y población general. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 15-19.
- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero & M. T. González (Eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 445-528). México DF: Trillas.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235.
- Nelson, D. & Cantrell, C. (1980). Religiosity and death anxiety: a multidimensional analysis. *Review of Religious Research*, 21(2), 148-157.
- Osadolor, I. (2005). *Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte* (Tesis de doctorado). México DF: Universidad Iberoamericana.
- Reyes, C. (1998). Importancia de la religión en los ancianos. *Colombia Medica*, 29(4), 155-157.
- 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.
- Roshdieh, 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., Gershun, 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. & 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.
- Suhail, K. & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies*, 26(1), 39-50.
- 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 DC, EUA: Taylor & Francis.
- Tomás-Sábado, J., Limonero, J. T., & Aradilla, A. (2008). Inteligencia emocional, ansiedad general y ansiedad ante la muerte en estudiantes de psicología. *Interpsiquis*, 2. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/34358/>
- Vargas, J. E., Cervantes, M., & Aguilar, J. E. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221.
- 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.

Recibido el 2 de marzo de 2013

Revisión final 12 de septiembre de 2013

Aceptado el 19 de abril de 2014