

## Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH

José Antonio Carrobes, Eduardo Remor y Larissa Rodríguez-Alzamora  
Universidad Autónoma de Madrid

Los autores describen la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido (afectivo y sanitario) con el distrés emocional en 229 hombres y mujeres adultos con infección por VIH de distinto origen cultural (español y peruano). Los resultados indican asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de distrés emocional experimentado por los sujetos. No se han encontrado, sin embargo, variaciones en el afrontamiento considerando el avance de la enfermedad y el deterioro inmunológico, para la muestra completa. No obstante, sí se han encontrado algunas diferencias analizando las muestras por separado. Las estrategias de afrontamiento específicas: evitación/comportamientos pasivos, poca implicación activa-positiva, rumiación/pasivo cognitivo, confianza activa en otros y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo explican el 29% de la varianza total en el distrés emocional, a través de un análisis de regresión múltiple.

*Relationship of coping and perceived social support to emotional distress in people living with HIV.*  
The authors describe the relationship between coping and perceived social support with the emotional distress in a sample of 229 men and women adults with HIV infection from two different cultures (Spanish and Peruvian). The results show associations between coping variables and perceived social support with the level of emotional distress experienced. No variations have been found on coping considering the illness progression and decrease of immune system, for the complete sample. Nevertheless, some differences have been identified analyzing both samples separately. The specific coping strategies: avoidance/passive behaviours, low active-positive involvement, cognitive-passive/ruminative, active reliance on others and the lack of perceived support of the affective environment, have explained 29% of the total variance in the emotional distress, through the analysis of multiple regression.

La infección por VIH es una enfermedad compleja, de proceso multifactorial, que puede ser mejor entendida dentro de un modelo biopsicosocial (Ader, 1981; Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988; Nott, Vedhara y Spickett, 1995). Las personas que viven con el VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. Partiendo de esta premisa, se han llevado a cabo diversas investigaciones con el objetivo de identificar, si los hubiere, aquellos estilos de afrontamiento que pudieran estar relacionados con alteraciones en la inmunocompetencia y en la progresión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como aquellos estilos más adaptativos que no derivarían en decrementos de la competencia inmune y en estados afectivos negativos. Por ejemplo, Temoshok (1993) encontró en pacientes seropositivos sintomáticos una relación positiva y estadísticamente significativa entre la presencia de un alto número de células *Natural Killer* y una baja preocupación en los sujetos acerca de la infección por VIH, un ba-

jo nivel de fatiga y la práctica correcta de autocuidados. Leserman *et al.* (1999) ha relacionado un afrontamiento adaptativo –caracterizado por la adopción de un ‘*espíritu de lucha*’, refrenando el estrés para maximizar el crecimiento personal, planeando el curso de la acción y buscando apoyo social– con una menor disforia y mejor autoestima. Y en la misma línea, Solano *et al.* (1993) ha relacionado tener ‘*espíritu de lucha*’ con una menor progresión de la infección por VIH un año más tarde, controlando variables biomédicas como el nivel basal de células CD4. Así, asumiendo que las estrategias de afrontamiento activas son más adaptativas que las estrategias pasivas, diferentes estudios (p. ej., Esterling *et al.*, 1994; Goodkin, Fuchs, Feaster, Leeka y Dickson-Rishel, 1992; Hayes, Turner y Coates, 1992; Leserman *et al.*, 1999; Namir, Wolcott, Fawzy y Alumbaugh, 1987; Sephton, Dhabhar, Classen y Spiegel, 1997) han demostrado la asociación entre una buena salud mental y física con una gran variedad de estilos de afrontamiento activos y positivos en personas con la infección por VIH. De la misma forma, los estilos de afrontamiento pasivos o negativos –como el fatalismo, la negación, la desesperanza y el aislamiento– han sido relacionados con el humor deprimido y distrés emocional (p. ej., Clement y Schonnesson, 1998; Fleishman y Fogel, 1994; Hayes *et al.*, 1992; Ironson *et al.*, 1994; Laserman *et al.*, 1992; Namir *et al.*, 1987; Nyamathi, Stein y Swanson, 2000; Pernas *et al.*, 2001; Roca *et al.*, 1999; Vassend y Eskild, 1998; Wolf *et al.*, 1991).

No obstante, entre los estudios que han investigado la posible influencia de las actitudes y las estrategias de afrontamiento al VIH sobre el curso de la infección por VIH, unos pocos han encontrado resultados contradictorios a los anteriormente descritos (p. ej., Reed, Kemeny, Taylor, Wang y Vissher, 1994; Mulder, Vrome, Griensven, Antoni y Sandford, 1999). Mulder *et al.* (1999) investigaron la relación entre afrontamiento por evitación, activo-cognitivo y activo-comportamental y la progresión de la infección por VIH, durante siete años en 181 hombres homosexuales, encontrando que el grado en que los hombres evitaron los problemas en general ha sido asociado con un menor descenso de las células CD4 y menor progresión al SIDA definido por el nivel inmunológico (<200 células CD4). Sin embargo, tomando la definición de SIDA basada en síntomas clínicos (Estadio C de la Clasificación del *Center for Disease and Control* - CDC), no se ha encontrado una asociación entre el afrontamiento por evitación y la progresión de la enfermedad. Los demás estilos de afrontamiento activo-cognitivo y activo-comportamental no han sido relacionados con la progresión de la enfermedad en este estudio.

A pesar de los resultados controvertidos, al considerar el conjunto de estudios realizados se observa que la mayoría de ellos informan de que un estilo de afrontamiento activo con una confrontación adecuada de las propias emociones estaría relacionado con un mejor nivel de la función inmune, y que el afrontamiento activo cognitivo y conductual estaría relacionado con un mayor bienestar y unos estados afectivos positivos; mientras que el afrontamiento por evitación lo estaría con estados afectivos negativos y un menor apoyo social percibido.

Lo expuesto revela la importancia de seguir investigando sobre la relación entre los estilos de afrontamiento y sus consecuencias sobre la salud física y mental en personas con la infección por VIH. La práctica clínica psicológica nos demuestra que los pacientes mejor adaptados psicológicamente toleran mejor el tratamiento antirretroviral, presentan mejores tasas de adhesión al tratamiento e informan de un mejor bienestar subjetivo (Remor, 2002a, 2002b). Además, a pesar de los excelentes resultados de las nuevas terapias farmacológicas en el tratamiento de la infección por VIH, siguen observándose problemas relativos a la salud mental de las personas afectadas por el VIH, dado que, como refieren Catalán, Meadows y Douzenis (2000), las consecuencias psicológicas y sociales del VIH han sufrido importantes cambios que a su vez originarán nuevas e inesperadas dificultades, a pesar del gran sentido de esperanza. Por todo ello, identificar la posible relación existente entre estilos de afrontamiento, apoyo social percibido y bienestar psicológico constituye uno de los objetivos de esta nueva etapa de la infección por VIH, y éstos son los objetivos que persigue el presente estudio.

## Método

### Sujetos

La muestra del estudio estuvo compuesta por un total de 229 sujetos VIH+ españoles (n= 100) y peruanos (n= 129), con edades comprendidas entre los 22 y los 70 años. Su media de edad fue de 37,5 años (DT 9,0), siendo 152 varones y 77 mujeres. Los descriptores sociodemográficos y clínicos para la muestra total y por países se presentan en detalle en la Tabla 1. Los sujetos españoles procedían del Servicio de Medicina Interna Unidad VIH del Hospital Universitario La Paz (Madrid) y los peruanos del Departamento de Medicina Interna-Infectología del Hospital Nacional Epigardo Rebagliati Martins (Lima), estando todos ellos con tratamiento antirretroviral. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años y VIH+ y los de exclusión: el consumo de drogas en los últimos seis meses y la no-aceptación del consentimiento informado.

Variables e instrumentos

*Variables sociodemográficas (Encuesta ad hoc):* Edad, Sexo, Nivel de estudios, Modo de transmisión del VIH y Orientación sexual.

*Perfil clínico (Historial Médico):* Tiempo de infección por VIH en meses, Estadio de la Clasificación CDC, Linfocitos T CD4.

*Estilos y estrategias de afrontamiento:* Inventario de estilos de afrontamiento a la enfermedad de 47 ítems de Namir *et al.* (1987), utilizado para evaluar las respuestas cognitivas y conductuales en el afrontamiento de la infección por VIH y SIDA. El rango de respuestas de este instrumento oscila entre 1 nunca a 5 siempre, ante la pregunta '¿Cuál de estas estrategias ha utilizado para lidiar con su enfermedad?'. El inventario está basado en el *Ways of Coping Checklist* (Lazarus y Folkman, 1986) y ha sido diseñado para identificar y cuantificar los tres estilos de afrontamiento siguientes: Afrontamiento activo-cognitivo (16 ítems; Alpha 0,72),

<i>Tabla 1</i>			
Datos sociodemográficos y clínicos para la muestra española, muestra peruana y muestra completa			
	Muestra española N= 100	Muestra peruana N= 129	Muestra completa N= 229
<b>Edad [media (DT) rango]</b>	<b>37,3 (8,3) 24-69</b>	<b>37,8 (9,5) 22-70</b>	<b>37,5 (9,0) 22-70</b>
<i>Nivel de estudios</i>			
Ninguno	2%	0 %	0,9%
Primarios	50%	3,9%	24 %
Secundarios o técnico	36%	53,5%	45,8%
Universitarios	12%	42,6%	29,3%
<i>Sexo</i>			
Mujeres	41%	27,9%	33,6%
Hombres	59%	72,1%	66,4%
<i>Orientación sexual</i>			
Heterosexual	75%	65,1%	69,5%
Homosexual	20%	26,2%	23,5%
Bisexual	5%	8,7%	7,1 %
<i>Modo de transmisión VIH</i>			
Sexual	56%	74 %	66,1%
Vía intravenosa	29%	0 %	12,8%
Transfusión sangre	3%	4,7%	3,9%
Desconocida	12%	21,3%	17,2%
<i>Tiempo de infección por VIH en meses [media (DT) rango]</i>			
	80,9 (47,0) 3-178	37,9 (29,0) 5-168	56,7 (43,5) 3-178
<i>Linfocitos T CD4</i>			
< 200	31%	44,4%	38,5%
> 200	69%	55,6%	61,5%
<i>Estadio de la Clasificación CDC</i>			
A (A1,A2,A3) Asintomático	28%	25,9%	26,9%
B (B1,B2,B3) Sintomáticos	35%	23,2%	28,9%
C (C1,C2,C3) Sida	37%	50,9%	44,2%

Afrontamiento activo-conductual (20 ítems; Alpha 0,76), Afrontamiento por evitación (11 ítems; Alpha 0,57). Por otra parte, estos tres estilos de afrontamiento se analizan de forma más específica a través de las ocho estrategias siguientes: Crecimiento personal (Alpha 0,67), Expresión activa/Búsqueda información (Alpha 0,42), Confianza activa en otros (Alpha 0,66), Implicación activa-positiva (Alpha 0,57), Distracción (Alpha 0,41), Rumiación/Pasivo cognitivo (Alpha 0,36), Resignación pasiva (Alpha 0,21), Evitación/Comportamientos pasivos (Alpha 0,19). Tanto los estilos de afrontamiento como las estrategias han sido calculadas siguiendo las indicaciones de los autores. Otros trabajos españoles han empleado este cuestionario: Pernas *et al.* (2001) y Roca *et al.* (1999), pero considerando que el primer estudio ha variado las puntuaciones en la baremación con relación al cuestionario original y el segundo no presenta datos descriptivos, no hay posibilidad de comparación, respecto a los mismos.

*Distrés emocional (HADS-T)*: Medido por la combinación de las puntuaciones de las subescalas de Ansiedad (HADS-A) y Depresión (HADS-D) de la Escala Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS) de Zigmond y Snaith (1983).

*Apoyo percibido por el entorno afectivo*: Evaluado con la siguiente pregunta: Últimamente, ¿hasta qué punto se ha sentido apoyado por su entorno afectivo o familiar (pareja, familiares, amigos)? 1 ningún apoyo a 5 muy apoyado (Remor, 2000)

*Apoyo percibido por el entorno sanitario*: Evaluado con la siguiente pregunta: Últimamente, ¿hasta qué punto se ha sentido apoyado por su entorno sanitario (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.)? 1 ningún apoyo a 5 muy apoyado (Remor, 2000)

#### Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo en el Servicio de Medicina Interna VIH del Hospital Universitario La Paz (Madrid, España) y en el Departamento de Medicina Interna-Infectología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Lima, Perú). La incorporación de los sujetos al estudio fue voluntaria, debiendo firmar un *Consentimiento Informado* en el cual aceptaban las condiciones del estudio. Aquellos que aceptaban debían cumplimentar las pruebas en ese mismo momento, en presencia del entrevistador. Los datos referentes al estado clínico del paciente fueron cumplimentados posteriormente con la Historia Clínica del paciente. Una vez recogidos los datos, éstos fueron tabulados con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 9.0, para la realización del análisis estadístico.

#### Análisis de datos

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de la muestra, a través de la exposición de frecuencias, medias y desviaciones típicas de las variables sociodemográficas y clínicas consideradas. A su vez, se realizó también una descripción de las respuestas recogidas en el cuestionario de afrontamiento. Para los análisis estadísticos se han tenido en cuenta el cumplimiento de los supuestos paramétricos. Para los contrastes de comparación de medias entre las variables psicológicas y las del estado clínico o entre grupos se utilizó la Prueba T de Student. Para explorar la relación entre el afrontamiento, el apoyo social percibido y las variables relacionadas con el distrés emocional se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson. Finalmente, considerando que no hay diferencias en el distrés emocional entre sujetos españoles y peruanos, se realizó un

análisis de Regresión Lineal Múltiple (método ‘pasos sucesivos’) para intentar predecir el distrés emocional, tomando como variables predictoras las estrategias de afrontamiento específicas y el apoyo social percibido por el entorno afectivo y sanitario.

#### Resultados

Los resultados descriptivos de los estilos y estrategias de afrontamiento para la muestra completa y la comparación de medias entre países se presentan en la Tabla 2. Al comparar las muestras española y peruana observamos, en ambos casos, que las puntuaciones medias (suma de las puntuaciones en los ítems dividida por el número de ítems en cada subescala) para cada estilo de afrontamiento indican que el afrontamiento activo-cognitivo ha sido empleado en mayor medida, seguido por el activo-conductual, siendo el afrontamiento por evitación el menos utilizado. Explorando las estrategias de afrontamiento específicas observamos, también en ambos casos, que la resignación pasiva ha sido empleada con mayor frecuencia, seguida del crecimiento personal, la implicación activa-positiva, la rumiación/pasivo cognitiva, la distracción, la expresión activa/búsqueda de información, la confianza activa en otros y, por último, la evitación/comportamiento pasivos. Asimismo, se han encontrado diferencias significativas en la utilización de los estilos y estrategias de afrontamiento entre los distintos países (ver Tabla 2).

En la Tabla 3 se presentan los ítems que han sido elegidos con mayor frecuencia como estrategia para afrontar la infección por VIH, con un porcentaje del 76,4% de personas que siempre o a menudo han ‘confiado en que su médico sabía qué tratamientos eran los más adecuados para él’; un 70,8% que siempre o a menudo ‘ha tratado de permanecer firme y luchar por lo que deseaba’; y un 66,4% siempre o a menudo ‘ha pensado más sobre el significado de la vida’. Por otra parte, el 97,8% nunca o a veces ‘ha intentado reducir la tensión bebiendo más alcohol de lo habitual’; el

Tabla 2  
Media y desviación típica para la muestra completa y comparación de medias entre países para los estilos de afrontamiento y las estrategias específicas

	Total (n= 229) Media (D.T)	España (n= 100) Media	Perú (n= 129) Media	Prueba t	Sig.
<i>Estilos de afrontamiento</i>					
Activo-cognitivo	3,21 (0,61)	2,96	3,41	5,905	0,000
Activo-conductual	2,69 (0,56)	2,50	2,85	4,819	0,000
Evitación	2,03 (0,52)	1,96	2,08	1,635	n.s.
<i>Estrategias de afrontamiento específicas</i>					
Resignación pasiva	3,56 (0,81)	3,36	3,71	3,143	0,002
Crecimiento personal	3,33 (0,83)	2,88	3,69	8,303	0,000
Implicación activa-positiva	2,87 (0,67)	2,64	3,06	4,801	0,000
Rumiación/Pasivo cognitivo	2,85 (0,95)	2,64	3,01	2,929	0,004
Distracción	2,80 (0,68)	2,63	2,94	3,380	0,000
Expresión activa/Búsqueda información	2,55 (0,87)	2,64	2,43	1,848	n.s.
Confianza activa en otros	2,38 (1,09)	2,32	2,43	0,760	n.s.
Evitación/Comportamientos pasivos	1,53 (0,61)	1,68	1,42	-2,945	0,004

Nota: Cada subescala puntúa en un rango entre 1 y 5 obtenido tras dividir la suma de las puntuaciones en los ítems por el número total de ítems que componen la subescala

97% nunca o a veces 'ha intentado reducir la tensión consumiendo más drogas de lo habitual'; y el 96,5% nunca o a veces 'se ha implicado en actividades políticas relacionadas con el SIDA'. Como se puede observar en la Tabla 4, las estrategias cognitivas han sido claramente las más utilizadas por la población incluida en este estudio como estrategia para afrontar la infección por VIH.

Por otra parte, las puntuaciones medias obtenidas para el apoyo social percibido del entorno afectivo y el apoyo social percibido del entorno sanitario han sido 3,91 (*DT* 1,16) y 3,93 (*DT* 0,91), respectivamente. En relación con estas medidas, se han observado diferencias significativas entre la muestra española y la peruana para el apoyo percibido del entorno sanitario ( $t = -2,445$ ;  $p < 0,05$ ), siendo la primera muestra la que ha percibido un mayor apoyo. Sin embargo, no se han observado diferencias significativas entre ambas muestras en relación con su percepción del apoyo por parte del entorno afectivo ( $t = -0,090$ ; n.s.). En cuanto al distrés emocional (HADS-T) no se han encontrado diferencias significativas entre la muestra española y la peruana ( $t = -0,242$ ; n.s.). De la misma forma, los niveles de ansiedad ( $t = -0,739$ ; n.s.) y depresión ( $t = 0,409$ ; n.s.) no han mostrado diferencias significativas.

#### *Diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento según la etapa de la enfermedad y el deterioro inmunológico*

Para contrastar la hipótesis de que aquellos sujetos que presenten un mayor deterioro en la salud podrían utilizar estilos y estrategias de afrontamiento diferentes de aquellos con una salud más preservada, se realizó, por una parte, una comparación de medias (Prueba t) entre los sujetos asintomáticos y aquellos con un diagnóstico de SIDA; y por otra, la comparación entre aquellos sujetos que tenían un nivel de linfocitos T CD4 inferior a 200 mm<sup>3</sup>, equivalente a la fase avanzada de la infección, y aquellos con un nivel superior a 200 mm<sup>3</sup>.

Los resultados indican la no existencia de diferencias significativas entre el estilo y las estrategias de afrontamiento y el deterioro de la salud (etapa de la infección por VIH y el nivel de linfocitos T CD4) como variable independiente. Por su parte, los resultados se han mostrado consistentes para la muestra completa.

No obstante, si se consideran las muestras española y peruana separadamente, se observan diferencias significativas en la muestra española respecto al uso de las estrategias siguientes: (a) *expresión activa y búsqueda de información* ( $t = -2,356$ ;  $p < 0,05$ ), donde los sujetos que han hecho un mayor uso de esta estrategia han sido aquellos con un mayor deterioro en el nivel de linfocitos T CD4 (<200 mm<sup>3</sup>); y (b) *resignación pasiva* ( $t = -2,245$ ;  $p < 0,05$ ), donde los sujetos con SIDA han presentado en menor medida esta estrategia de afrontamiento. Para la muestra peruana, por su parte, se han observado diferencias significativas en el uso de las estrategias siguientes: (a) *expresión activa y búsqueda de información* ( $t = 2,057$ ;  $p < 0,05$ ), donde, al contrario de la muestra española, los sujetos que han hecho mayor uso de esta estrategia han sido aquellos con un menor deterioro en el nivel de linfocitos T CD4 (>200 mm<sup>3</sup>); y (b) *afrontamiento por evitación* ( $t = 2,346$ ;  $p < 0,05$ ) que ha sido empleada en mayor medida por los sujetos que ya han desarrollado el SIDA.

En cuanto al uso del resto de los demás estilos y estrategias de afrontamiento no se han encontrado diferencias significativas considerando la etapa de la infección por VIH (asintomático o SIDA) y el estado inmunológico (nivel de Linfocitos T CD4), respectivamente, como variables independientes.

En cuanto al uso del resto de los demás estilos y estrategias de afrontamiento no se han encontrado diferencias significativas considerando la etapa de la infección por VIH (asintomático o SIDA) y el estado inmunológico (nivel de Linfocitos T CD4), respectivamente, como variables independientes.

#### *Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento, apoyo social percibido sobre el entorno afectivo y el entorno sanitario y los niveles de ansiedad y depresión*

Para explorar la relación entre los estilos y las estrategias de afrontamiento, el apoyo social percibido respecto del entorno afectivo y el entorno sanitario.

Ítem	Media	Siempre/ A menudo (%)
Confiaba en que mis doctores sabían qué tratamientos eran los más adecuados para mí	4.24	76,4
He tratado de permanecer firme y luchar por lo que deseaba	4.00	70,8
He pensado más sobre el significado de la vida	3.77	66,4
Confiaba en mi fe en Dios	3.68	63,3
He pensado mucho más sobre lo que era realmente importante en mi vida	3.71	60,3
He intentado reducir la tensión fumando más de lo habitual	1.65	11,8
He intentado reducir la tensión comiendo más de lo habitual	1.78	11,4
He incrementado mi actividad sexual solitaria (masturbación, autocaricias, etc.)	1.70	10
He evitado estar en compañía de otras personas	1.78	9,6
Me he implicado en actividades políticas relacionadas con mi enfermedad	1.32	3,5
He tratado de reducir la tensión consumiendo más drogas de lo habitual	1.18	3
He intentado reducir la tensión bebiendo más alcohol de lo habitual	1.22	2,2

	Muestra completa N= 229		Muestra española n= 100		Muestra peruana n= 129	
	A	D	A	D	A	D
<i>Estilos de afrontamiento</i>						
Activo-cognitivo						
Activo-conductual		-0.17*				-0.20*
Por evitación	0.31**	0.27**	0.40**	0.34**	0.22*	0.21*
<i>Estrategias de afrontamiento específicas</i>						
Crecimiento personal						
Expresión activa/Búsqueda de información						
Confianza activa en otros						
Implicación activa-positiva	-0.13*	-0.31**	-0.21*	-0.34**		-0.31**
Distracción		-0.15*				-0.23*
Rumiación/Pasivo cognitivo	0.18**	0.20**	0.21*	0.28**	0.18*	
Resignación pasiva						
Evitación/Comportamientos pasivos	0.27**	0.27**	0.38**	0.35**		0.19*
<i>Apojo social percibido</i>						
ApEA (afectivo)	-0.18**	-0.27**	-0.27**	-0.30**		-0.25**
ApES (sanitario)	-0.19**	-0.19**			-0.31**	-0.24**
A= ansiedad, D= depresión, ApEA= apoyo percibido entorno afectivo, ApES= apoyo percibido entorno sanitario. *p<.05, **p<.001						

tivo y el entorno sanitario y los niveles de ansiedad y depresión, se realizó un análisis de correlación (Pearson) entre estas variables. En la Tabla 4 se presentan las correlaciones que resultaron significativas para cada una de las muestras.

*El modo de afrontamiento y el apoyo social percibido como predictores del distrés emocional*

Para estimar la capacidad predictiva del modo de afrontamiento y del apoyo social percibido sobre el distrés emocional se ha realizado un análisis de regresión lineal múltiple (método 'por pasos sucesivos') tomando como variables predictoras las estrategias de afrontamiento específicas y el apoyo social percibido (entorno afectivo y sanitario). Únicamente se han incluido en el modelo de regresión las estrategias específicas, ya que los estilos de afrontamiento son combinaciones lineales de las estrategias específicas y, por lo tanto, no es recomendable su inclusión en el modelo de regresión (Etzeberria, 1999). Por otra parte, la variable criterio 'distrés emocional' se ha obtenido a través de la combinación de las puntuaciones de los niveles de ansiedad y depresión (correlación de Pearson entre ansiedad y depresión de 0,587;  $p < 0,001$ ;  $n = 229$ ). Este mismo procedimiento ha sido utilizado en otros trabajos anteriores (Evans, Ferrando, Rabkin y Fishman, 2000; Savard, Lamberge, Gauthier y Bergeron, 1999).

El análisis de los resultados de la muestra completa revelaron las siguientes variables como predictoras del distrés emocional: Evitación/Comportamientos pasivos, Implicación activa-positiva, Apoyo percibido por el entorno afectivo, Rumiación/Pasivo-cognitivo, Confianza activa en otros ( $R^2 = 0,29$ ;  $F = 16,670$ ;  $p = 0,000$ ). En la Tabla 5 se presentan en detalle los estadísticos que indican el peso relativo de cada una de las variables predictoras.

Tabla 5  
Análisis de regresión lineal múltiple

	V.P.E.	Beta	t	Sig.
Constante			6,955	,000
Evitación/Comportamientos pasivos	10%	,235	3,848	,000
Implicación activa-positiva	7%	-,353	-5,445	,000
Apoyo percibido por el entorno afectivo	6%	-,233	-3,859	,000
Rumiación/Pasivo-cognitivo	4%	,212	3,408	,001
Confianza activa en otros	2%	,163	2,579	,011

Notas: Variable criterio: distrés emocional (HADS-T); V.P.E.= Varianza parcial explicada; Varianza total explicada= 29%

### Discusión

El presente estudio ha explorado la relación de tres estilos de afrontamiento general (activo-conductual, activo-cognitivo y por evitación), ocho estrategias de afrontamiento específicas (crecimiento personal; expresión activa/búsqueda información; confianza activa en otros; implicación activa-positiva; distracción; rumiación/pasivo cognitivo; resignación pasiva; evitación/comportamientos pasivos) empleadas por los sujetos en diferentes etapas de la infección por VIH para afrontar su condición de enfermos crónicos, así como el apoyo social que perciben por parte de su entorno afectivo y sanitario, con el distrés emocional.

Entre los resultados descritos por este estudio, cabe destacar, ante todo, el referido a la relación encontrada entre el afronta-

miento y el apoyo social percibido con el distrés emocional, que nos indica que el afrontamiento por evitación *no protege* a los afectados por el VIH del distrés emocional y del malestar psicológico. En este sentido, se observa que los sujetos que utilizan un afrontamiento por evitación presentan mayores niveles de ansiedad y depresión. Estudios anteriores (Mulder y cols., 1999; Namir y cols., 1987; Remor, 2000; Wolf y cols., 1991) han encontrado resultados similares en cuanto a la asociación positiva entre afrontamiento por evitación y distrés emocional.

Por su parte, los tres estilos de afrontamiento general estudiados muestran asociaciones diferentes con el distrés emocional. Así, un afrontamiento activo-conductual está asociado negativamente con el distrés emocional, en el sentido de que los sujetos que se han movilizado para lidiar con la enfermedad implicándose activa y positivamente, han presentado un funcionamiento más adaptado y con un menor coste emocional, frente a aquellos que no lo han hecho. Por otra parte, el afrontamiento activo-cognitivo, utilizado mayoritariamente por los sujetos participantes en este estudio, consiste en intentar lograr protegerse, a través de una serie de estrategias mentales, de las preocupaciones y del malestar relacionados con el mal pronóstico de la enfermedad, al igual que buscar el crecimiento personal atribuyendo un significado a lo ocurrido. Este estilo de afrontamiento general no se ha mostrado claramente asociado con los indicadores de distrés emocional; sin embargo, si atendemos a las estrategias cognitivas específicas utilizadas, sí percibimos que aquellos esfuerzos cognitivos que no se dirigían a la solución de problemas favorecían una actitud y unos pensamientos de carácter pasivo y rumiativo, a su vez asociados positivamente al distrés emocional.

Por otro lado, el patrón de los resultados obtenidos, considerando la totalidad de los sujetos incluidos en este estudio, nos informa de una mayor frecuencia de uso del estilo de afrontamiento activo-cognitivo, seguido del activo-conductual y en menor medida del afrontamiento por evitación. En cuanto a las estrategias específicas utilizadas por los sujetos, la frecuencia de uso de las mismas ha sido, en primer lugar, la resignación pasiva (aceptación pasiva de su condición), seguida por el crecimiento personal (búsqueda de un significado y abstracción selectiva hacia lo positivo), la implicación activa-positiva (potenciación de los recursos personales y el espíritu de lucha), la rumiación/pasivo cognitivo (pensamientos circulares sobre cuestiones no relacionadas con la solución de problemas), la distracción (actividades distractoras), la expresión activa/búsqueda información (expresión de emociones y demanda de información), la confianza activa en otros (búsqueda de apoyo emocional) y la evitación/comportamientos pasivos (conductas de aislamiento y tentativa de reducción ineficaz del estrés).

El orden en que ambas muestras de sujetos han hecho uso de estos estilos generales y estrategias específicas sigue, asimismo, un patrón similar en la muestra española y la peruana. Sin embargo, sí se han observado diferencias en la forma de afrontar la infección por VIH entre los españoles y los peruanos. Por ejemplo, se ha observado una mayor frecuencia de uso de estrategias activo-cognitivas y conductuales en los peruanos frente a los españoles y mayor uso de estrategias de evitación y comportamientos pasivos en los sujetos españoles frente a los peruanos. Estas variaciones podrían deberse a las diferencias socioculturales existentes entre los dos países, y, más concretamente, a las diferentes actitudes y creencias mantenidas por ambas poblaciones sobre el SIDA, los distintos recursos económicos y sociales, el estigma que puedan

recibir los afectados, y la diferente disponibilidad de tratamiento y asistencia sanitaria. En esta misma línea, se ha encontrado la existencia de una clara diferencia entre la percepción de apoyo sanitario entre los dos países, siendo los españoles los que perciben un mayor apoyo sanitario que los peruanos. Por el contrario, el apoyo afectivo percibido (familia, pareja y amigos) no ha presentado diferencias entre ambas muestras, lo que sugiere que el entorno más cercano de las personas que viven con el VIH es capaz de aportar apoyo a pesar de las posibles barreras que puedan suponer los diferentes contextos socioculturales y económicos, cuanto al estigma que supone la enfermedad.

Otro hecho relevante observado en la investigación ha sido que los estilos y las estrategias de afrontamiento utilizados no parecen estar condicionados, al menos prioritariamente, por el estado de salud de los sujetos. En este sentido, como se ha podido observar en los resultados obtenidos para la muestra completa, no se han observado diferencias significativas respecto al afrontamiento en relación con el grado de deterioro de la salud de los sujetos. No obstante, si se consideran las muestras española y peruana de forma independiente sí se observa la existencia de diferencias en cuanto al uso del afrontamiento de acuerdo con el grado de deterioro de la salud de los sujetos. En concreto, en la muestra española se observa que los sujetos con mayor deterioro (bajo nivel de células CD4 y diagnóstico de SIDA) han optado por una expresión activa de sus emociones en relación con el VIH, junto a la búsqueda de apoyo e información, manteniendo así una posición activa frente a la enfermedad. En la muestra peruana, por el contrario, los sujetos asintomáticos muestran una actitud más activa, buscando información y expresando sentimientos, mientras que los que ya presentan un deterioro significativo (SIDA) optan por un afrontamiento por evitación. Aquí también, quizá, los recursos socioculturales pueden estar mediando la actitud de resignación o no de los sujetos.

Por último, en nuestro estudio, puede identificarse claramente, a través del análisis de regresión, cuál es el peso relativo del afron-

tamiento y del apoyo social percibido respecto a la explicación del distrés emocional que pueden experimentar los sujetos VIH+ o con SIDA. En este sentido, un afrontamiento activo, con actitudes de autocuidado, centrado en la solución de problemas, con búsqueda de apoyo social e información, junto a la posibilidad de contar con personas dispuestas a brindar escucha y afecto (apoyo afectivo percibido) han sido identificados como factores protectores contra el distrés emocional. Siendo, por el contrario, las estrategias de evitación, los comportamientos pasivos, los pensamientos rumiativos y de desesperanza, junto con una actitud pasiva frente a la enfermedad y la ausencia de apoyo afectivo, los mejores predictores del distrés emocional.

A modo de conclusión, es oportuno decir que los resultados derivados de este estudio pueden servir de guía a la hora de diseñar intervenciones educativas y conductuales para la población infectada por el VIH. En este sentido, las intervenciones que tengan como objetivo la reducción del afrontamiento por evitación, maximizando los mejores aspectos de las estrategias de afrontamiento activo-cognitivo y activo-conductual, siendo capaces, a su vez, de brindar apoyo afectivo y enseñar a los sujetos estrategias para la mejora de la comunicación con el entorno sanitario y encaminadas a obtener un apoyo más efectivo, estarán claramente reduciendo la posibilidad de que estos pacientes experimenten distrés emocional y contribuirán de forma indirecta en la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y el SIDA.

#### Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento al equipo del Servicio de Medicina Interna -Unidad VIH del Hospital U. La Paz (Madrid, España), coordinado por el Dr. J. M. Peña, y al equipo del Departamento de Medicina Interna-Infectología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Lima, Perú), coordinado por el Dr. C. Sangai-Calirgios, por el acceso a las muestras de sujetos empleadas en este trabajo.

#### Referencias

- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York, NY: Academic Press.
- Blalock, J.A. y Joiner, T.E. (2000). Interacting of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 47-65.
- Catalan, J., Meadows, J. y Douzenis, A. (2000). The changing pattern of mental health problems in HIV infection: the view from London, UK. *Aids Care*, 12, 333-341.
- Clement, U. y Schonnesson L.N. (1998). Subjective HI attribution theories, coping and psychological functioning among homosexual men with HIV. *Aids Care*, 10, 355-363.
- Esterling, B.A., Antoni, M.H., Fletcher, M.A., Margulies, S. y Schneiderman, N. (1994) Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 130-140.
- Etxeberria, J. (1999). *Regresión múltiple*. Madrid: Ed. La Muralla SA.
- Evans, S., Ferrando, S.J., Rabkin, J.G. y Fishman, B. (2000). Health locus of control, distress, and utilization of protease inhibitors among HIV-positive men. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 157-162.
- Fleishman, J.A. y Fogel, B. (1994) Coping and depressive symptoms among people with AIDS. *Health Psychology*, 13, 156-169.
- Goodkin, K., Fuchs, I., Feaster, D., Leeka, J. y Dickson-Rishel, D. (1992). Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection. A preliminary report. *The International Journal of Psychiatry in Medicine. Biopsychosocial Aspects of Patient Care.*, 22, 155-172.
- Hayes, R.B., Turner, H. y Coates, T. J. (1992). Social Support, AIDS related symptoms, and depression among gay man. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 463-469.
- Ironson, G., Friedman, A., Klimas, N., Antoni, M.H., Fletcher, M.A. y Schneiderman, N. (1994). Distress, denial and low adherence to behavioral interventions predict faster disease progression in gay men infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1, 90-105.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1988). Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. *American Psychologist*, 43, 892-898.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. 2ª ed.
- Leserman, J., Jackson, E.D., Petitto, J.M., Golden, R.N., Silva, S.G., Perkins, D.O., Cai, J., Folds, J.D. y Evans, D.L. (1999). Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, 61, 397-406.
- Mulder, C.L., Vroome, E.M.M., van Griensven, G.J.P., Antoni, M.H. y Sandford, T.G.M. (1999) Avoidance as a predictor of the biological course of HIV infection over a 7-year period in gay men. *Health Psychology*, 18, 107-113.

- Namir, S., Wolcott, D.L., Fawzy, F.I. y Alumbaugh, M.J. (1987). Coping with AIDS: Psychosocial and health implications. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 309-328.
- Namir, S., Wolcott, D.L., Fawzy, F.I. y Alumbaugh, M.J. Implications of different strategies for coping with AIDS. En: Temoshok, L. y Baum, A. (1990). *Psychosocial Perspectives on AIDS*. (pp. 173 -189), London: LEA.
- Nyamathi, A.M., Stein, J. A. y Swanson, J.M. (2000). Personal cognitive, behavioral, and demographic predictors of HIV testing and STDs in homeless women. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 123-147.
- Nicolson, W.D. y Long, B. (1990). Self-esteem, social support, internalized homophobia, and coping strategies of HIV+ gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 873-876.
- Nott, K.H., Vedhara, K. y Spickett, G.P. (1995) Psychology, immunology and HIV. *Psychoneuroendocrinology*, 20, 451-474.
- Patterson, T.L., Semple, S.J., Temoshok, L.R., Atkinsons, J.H., McCutchan, J.A., Straits-Troster, K.A., Chandler, J.L. y Grant, I. (1993). Depressive symptoms among HIV+ men: Life stress, coping, and social support. *Journal of Applied Behavioral Research*, 1, 64-87.
- Pernas, A., Iraurgi, I., Bernejo, P., Basabe, N., Carou, M., Paez, D., Carbarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. *Psiquis*, 22, 194-199.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Wang, H-Y.J., Visscher, B.R (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay man with AIDS. *Health Psychology*, 13, 299-307.
- Remor, E.A. (2000). *Infección por VIH y SIDA: Características psicológicas y adhesión al tratamiento*. Tesis Doctoral no publicada, UAM, Madrid.
- Remor, E. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Remor, E. (2002b). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30, 143-149.
- Roca, X., Tejero, A., Trujols, J., Soler, Q., Cid, J., Campins, M.J., Pinet, C. (1999). Variables psicológicas y seropositividad al VIH: aplicación de la medicina conductual en el análisis empírico de una interrelación. *Adicciones*, 11, 323-328.
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J.G. y Bergeron, M.G. (1999) Screening clinical depression in HIV-seropositive patients using the hospital anxiety and depression scale. *AIDS and Behavior*, 3, 167-175.
- Sephton, S.E., Dhabhar, F.S., Classen, S. y Spiegel, D. (1997). Cell-mediated immunity is associated with cortisol, mood disturbance, and emotional expression in advanced breast cancer. *Research Perspectives in Psychoneuroimmunology*. Boulder: Colorado.
- Solano, L., Costa, M., Salvati, S., Coda, R., Auiti, F. Mezzaroma, I. y Bertini, M. (1993). Psychosocial factors and clinical evolution in HIV-1 infection: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 39-51.
- Temoshok, L. (1993). Emotions and health outcomes: some theoretical and methodological considerations. En: H.C. Traue, J.W. Pennebaker *et al.* (Eds.), *Emotion Inhibition and Health*. Hogrefe & Huber Publishers: Goettingen, Germany.
- Vassend, O. y Eskild, A. (1998). Psychological distress, coping, and disease progression in HIV-positive homosexual men. *Journal of Health Psychology*, 3, 243-257.
- Wolf, T.M., Balson P.M., Morse E.V., Simon, P.M., Gaumer, R.H., Dralle, P.W. y Williams, M.H. (1991) Relationship of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons Implications for clinical management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 171-173.