

## Características psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) en pacientes de VIH/SIDA

Antonio López Castedo e Isabel Calle Santos  
Universidad de Vigo

Ser portador de VIH o enfermo de SIDA son situaciones que generan un conjunto multifacético de estresores con un impacto adverso sobre el funcionamiento personal, social y el estado emocional de los mismos. Esta investigación tiene como objetivo primordial el exponer las propiedades psicométricas de la DAS (Death Anxiety Scale) utilizando la versión española en el ámbito clínico. La muestra está compuesta por 148 pacientes con VIH/SIDA (109 hombres y 39 mujeres). Los resultados obtenidos nos ponen de manifiesto que los ítems eran significativamente homogéneos. La consistencia interna es de .72 y la estabilidad temporal tes-retest de .70. Del análisis factorial, por el método de componentes principales, se extrajeron un total de cinco factores que explican el 56,50% de la varianza de los datos. En general, los resultados son coherentes y considerablemente similares, con sus excepciones, a los obtenidos por otros autores, por lo que apoyan su utilización como instrumento válido de evaluación de la ansiedad ante la muerte en este colectivo.

*Psychometric properties of the Death Anxiety Scale (DAS) among HIV/AIDS patients.* AIDS patients and HIV carriers who are aware of their condition are under multiple kinds of stress with adverse effects on their emotional state and personal and social activity. This paper reports the psychometric properties of the DAS (Death Anxiety Scale) using the Spanish version in the clinical setting. The sample is made up of 148 HIV/AIDS patients (109 men and 39 women). The internal consistency of the scale was .72 and its test-retest reliability was .70. Principal components analysis extracted five factors that jointly accounted for 56.5% of the total variance. As, on the whole, these results are very similar to those reported by other authors, it is concluded that the Spanish DAS is a valid instrument for the assessment of death anxiety in Spanish HIV/AIDS patients.

La muerte no es un fenómeno instantáneo, sino un verdadero proceso, no sólo biológico, sino también psicosocial, en que un gran número de actos vitales se van extinguiendo en una secuencia tan gradual y silente que escapa generalmente a la simple observación, suscitando en la mayoría de las personas intensas emociones. De esta forma, la muerte, la enfermedad o aquellos aspectos asociados a ella, generan un amplio conjunto de actitudes y emociones de diversa intensidad, entre ellas la ansiedad, depresión y miedo. En nuestra sociedad, se ve favorecida por el hecho de que se vive como algo extraño, imprevisto y distante (Bayés, Limonero, Buendía, Burón y Enríquez, 1999) e incluso como tabú, lo que lleva a una negación social de la muerte (Azulay, 2000).

Ser portador de VIH o enfermo de SIDA son situaciones que generan un conjunto multifacético de estresores con un impacto adverso sobre el funcionamiento personal, social y el estado emocional de los mismos. Las respuestas de ansiedad se hacen inevitables, interactuando con la aparición de nuevos síntomas de desa-

rollo de la enfermedad y llegando a ser de tal intensidad que pueden incapacitar al individuo para llevar a cabo una actividad normal (Limonero, 1997), de forma similar a lo que sucede cuando la persona soporta altos niveles de ansiedad general (Miguel-Tobal y Casado, 1999). La ansiedad ante la muerte es, por consiguiente, una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas, reales o imaginarias, a la propia existencia, que pueden desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o disposicionales, relacionados con la propia muerte o ajena (Templer, 1970).

Las implicaciones de la ansiedad ante la muerte en los pacientes infectados por el VIH/SIDA son importantes. La incertidumbre y alta tasa de letalidad asociada a los mismos constituyen un motivo más que suficiente para explicar y justificar su aparición. Sabemos que esta enfermedad se considera hoy en día, gracias a los avances médicos, como una enfermedad crónica. A pesar de ello, los pacientes de VIH/SIDA reaccionan con elevados niveles de ansiedad, depresión, rituales obsesivos de autoexploración, tentativas de suicidas (Chinball, Videen, Duckro y Miller, 2002; Miller, 1989; Molassiotis, Callaghan, Twinn y Lam, 2002), ira y hostilidad (Moscoso y Bermúdez, 1999). Por otra parte, los afectados suelen experimentar un fuerte impacto emocional cuando se centra en aspectos concretos: duda de estarlo o no, el diagnóstico de seropositividad, el rechazo por personas significativas para el paciente, el contagio de otras enfermedades estigmatizantes física-

mente, la marginación social, el desempleo, estadios terminales, dolor, entre otros (Stevens y Doerr, 1997; Vera-Villarroel, Pérez, Moreno y Allen, 2004).

Existen investigaciones que han encontrado que la depresión, junto a la ansiedad, es un factor contribuyente a la evolución de la infección por el VIH y que existen relaciones entre la ira y una evolución más rápida del VIH hacia la fase de SIDA (Leserman, Petito, Gu y Gaynes, 2002). A su vez, una mayor percepción de control de la salud por parte del paciente supone un descenso en los niveles de ansiedad (Griffin, Cornell y Rabkin, 1998; Remor, Carrobles, Arranz, Martínez y Ulla, 2001), presentando las mujeres un peor ajuste a la infección por el VIH que los varones (Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006; Siegel, Karus, Raveis y Haven, 1998). Por su parte, Catania, Turner, Choi y Coates (1992), en una investigación con hombres gays, ponen de manifiesto que existen diferencias significativas, siendo los hombres de VIH negativos los que mostraban niveles inferiores de ansiedad ante la muerte y creencias religiosas, y el grupo de sujetos con VIH positivos asintomáticos los de niveles más altos. Asimismo, Hintze, Templer, Cappelletty y Frederick (1993) observaron una mayor ansiedad ante la muerte asociada con un considerable deterioro y conocimiento de los familiares del diagnóstico. Por último, Bivens, Neimeyer, Kirchberg y Moore (1995) encuentran que los sujetos con VIH presentan una mayor ansiedad ante la muerte prematura que los sujetos con SIDA.

Diversos estudios empíricos han puesto en evidencia que el deterioro cognitivo tiene una influencia significativa en la ansiedad ante la muerte (Pessin, 2001), los beneficios que les aportaron las prácticas y creencias religiosas (Siegel y Schrimshaw, 2002), la rentabilidad del tratamiento terapéutico para incrementar las estrategias positivas de afrontamiento de la ansiedad ante la muerte (Cadwell, 1997; Depalo, 1997; Herzog, 1996; Muff, 1996; Van Loon, 1997; Vaughan y Kinnier, 1996; Richards y Folkman, 1997; Van Loon, 1997), la relación positiva entre religiosidad intrínseca y ansiedad ante la muerte (Bakke-Friedland, 1999), como las creencias irracionales son altamente predictivas de la ansiedad ante la muerte (Braunstein, 2004; Kaldjian, Jekel y Friedland, 1998), y que la calidad de vida, la ansiedad y la depresión son variables psicológicas relacionadas, por lo que habrá que considerarlas como factores influyentes en la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA (Brashers, Cardillo, Dobbs, Russel y Haas, 1999; Green, 1989; Martín, Cano y Pérez de Ayala, 2002; Ruiz et al., 2005).

Finalmente, un síndrome que se da con frecuencia entre los pacientes con VIH/SIDA es la lipodistrofia, que aparece como efecto secundario de los fármacos antirretrovirales y se caracteriza por alteraciones metabólicas y por una redistribución de la grasa corporal (García y Font, 2004). Su presencia se debe de tener en cuenta por sus consecuencias físicas y psicológicas (Laredo, Orejudo y Carrobles, 2005; Remor, 2002), pues produce un deterioro de la imagen corporal, acarreando problemas de autoestima y relaciones sociales (Ruiz, Rodríguez y Betancor, 2008), e influyendo de forma significativa en la ansiedad y depresión (Collins, Wagner y Walmsley, 2000; Remor, 2002).

Para evaluar la ansiedad ante la muerte posiblemente la mejor forma de hacerlo sea a través del autoinforme. Sin embargo, la mayoría de las escalas no son éticamente aplicables a las personas que se encuentran próximas al fin de su vida o enfermas terminales, ya que los ítems de las mismas podrían generarles mayor ansiedad ante la muerte. Por ello, los investigadores que quieren incrementar el conocimiento sobre el fenómeno de la ansiedad ante

la muerte optan por administrar sus escalas a estudiantes universitarios, personas sanas extraídas de la población general, profesionales sanitarios, enfermos aquejados de enfermedades crónicas, trastornos leves o personas jóvenes que han superado una enfermedad grave (Neimeyer, 1994). Contando con estas limitaciones, pocos han sido hasta el momento los estudios realizados en España sobre este tema en el ámbito clínico. En la investigación que presentamos, nuestro interés se centra en establecer una valoración psicométrica de la DAS en pacientes con VIH/SIDA. En primer lugar, se lleva a cabo un análisis de los ítems a través del índice de homogeneidad. En segundo lugar, comprobar la fiabilidad de la escala mediante el análisis de su consistencia interna y su estabilidad temporal. En tercer lugar, se pretende estudiar su validez de constructo factorial, a través de su estructura factorial, esperando encontrar una estructura multidimensional.

## Método

### *Participantes*

Para la consecución de información relevante a los objetivos propuestos se llevó a cabo un estudio de una muestra de población constituida por personas infectadas de VIH y pacientes enfermos de SIDA de la provincia de Ourense, pertenecientes a la Unidad de Infecciosos del Hospital Santa M<sup>a</sup> Madre (Complejo Hospitalario Cristal Piñor), que accedieron de forma libre y voluntaria a cumplimentar los cuestionarios que se solicitaron. La muestra inicial estaba compuesta por 190 sujetos, produciéndose una mortalidad experimental de 42 sujetos, quedando la muestra total constituida por 148 sujetos. En lo referente a la distribución por género, hay un predominio de los varones (109), que representan el 73.6%, sobre las mujeres (39), con un 26.4%. Teniendo en cuenta el lugar de residencia, el 17.6% (100) residen en la ciudad, el 18.2% (27) en zona semiurbana y el 14.2% (21) restante en el ámbito rural. En función de la enfermedad actual, el 43.2% (64) están diagnosticados de SIDA y el 56.8% (84) de VIH. En cuanto a la vía de contagio, se observa que 64 sujetos (45.9%) han sido por vía parenteral, por vía sexual 43 (29.1%), y por otras vías 37 sujetos, que viene a representar el 25%. Finalmente, por lo que se refiere a la percepción de la enfermedad, el 46.6% la experimenta como regular, como buena el 38.5% y como mala el 18.9%. El rango de edad oscilaba entre los 23 y 50 años. La media de edad era de 35,57 años y una desviación típica de 5,76.

### *Procedimiento*

Dada la peculiaridad de este grupo la aplicación se realizó aprovechando los distintos seminarios mensuales. Se les explicó la importancia del estudio, los objetivos que se pretendían alcanzar y se les indicó que la participación era voluntaria y que en todo momento estaba garantizado el anonimato y la confidencialidad de los datos. Los requisitos para formar parte de la muestra eran las de estar previamente diagnosticados de infección VIH/SIDA. Los investigadores fueron siempre los mismos, manteniendo la misma actitud, motivación y presencia en todas las sesiones.

### *Instrumentos*

Un cuestionario estructurado ad hoc, relativo a variables socio-demográficas: edad, sexo, lugar de residencia, enfermedad actual,

vía de contagio, percepción que tienen de la enfermedad. Como medida directa de la Ansiedad ante la Muerte se ha administrado la Death Anxiety Scale (DAS), Ansiedad ante la Muerte, de Templer (1970), utilizando la versión española de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002). Es uno de los instrumentos más utilizado y citado en la literatura especializada, siendo una referencia obligada en cualquier tipo de trabajo sobre este tema que nos ocupa (Neimeyer y Van Brunt, 1995; Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2004). Consta de 15 ítems de respuesta dicotómica verdadero-falso. El rango de posibles puntuaciones totales oscila de cero a quince, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de Ansiedad ante la Muerte. Los fundamentos que han guiado su construcción están recogidos con detalle en los trabajos de Templer (1970, 1976). El examen de la fiabilidad de la escala presenta una consistencia interna con valores que oscilan entre 0.76 y 0.87 (Fórmula 20 de Kuder-Richardson), y una estabilidad temporal con unos intervalos entre 0.71 y 0.84. Los datos de diversas investigaciones permiten concluir una buena validez discriminante y de constructo.

## Resultados

### Análisis de los ítems

El análisis de los ítems se llevó a cabo mediante el índice de homogeneidad, calculado mediante la correlación producto-momento de Pearson entre la puntuación del ítem y la de la escala, efectuando la correspondiente corrección para neutralizar la contribución del ítem a la puntuación total, ya que sin dicha corrección el índice de homogeneidad estaría artificialmente sobreestimado. En la tabla 1 se observa que todos los ítems fueron significativamente homogéneos, con un margen de error del uno por mil, lo cual nos indica que todos ellos están evaluando la misma variable, tal como deseábamos y que, por tanto, son fiables. A su vez, se analiza la fiabilidad de los mismos si se elimina el ítem, manteniéndose sin variaciones significativas.

Ítems DAS	I.H.C	Alpha si el ítem es eliminado
1	.60	.68
2	.33	.71
3	.34	.71
4	.37	.70
5	.50	.60
6	.35	.72
7	.58	.68
8	.29	.72
9	.24	.72
10	.34	.71
11	.55	.68
12	.29	.72
13	.25	.73
14	.31	.71
15	.23	.74

### Fiabilidad

La fiabilidad de la DAS se ha calculado mediante dos métodos: como consistencia interna (coeficiente alpha de Cronbach) y como estabilidad temporal (correlación test-retest). En cuanto a la *consistencia interna*, en la muestra total se obtiene un valor de alpha de 0.72, mostrando las mujeres (0.77) un índice más alto que los varones (0.70). Por lo que se refiere al lugar de residencia, los sujetos que viven en el medio rural son los que obtienen un índice de fiabilidad más alto (0.82), seguido por los del medio semiurbano y urbano, con un  $\alpha$  de Cronbach de 0.76 y 0.68, respectivamente. Atendiendo a la percepción de salud, los sujetos que tienen una percepción de salud regular y buena presentan un índice de fiabilidad alto (0.75 y 0.70, respectivamente), encontrando una fiabilidad media en los que perciben su salud como mala (0.57). En función de la enfermedad, tanto los sujetos con SIDA como con VIH, obtienen unas fiabilidades altas, siendo de 0.62 y 0.77, respectivamente. Por último, atendiendo a la vía de contagio, aquellos que se han infectado por vía parenteral, la fiabilidad es de 0.70; para los sujetos que se infectaron por vía sexual, de 0.61, y por otras vías de 0.83. Para valorar la *estabilidad temporal*, los 148 sujetos, veinte días después de la primera administración, volvieron a contestar la DAS, obteniéndose un coeficiente de correlación test-retest de 0.70 (tabla 2).

### Estructura factorial

Para analizar la validez de constructo de la DAS se realizó un análisis factorial de componentes principales con posterior rotación varimax. El índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es de .754 y la prueba de esfericidad resultó significativa ( $p = .000$ ), por lo que se garantiza que el análisis factorial es adecuado y el modelo consigue un buen ajuste. El determinante obtenido de las correlaciones es de .062, lo que nos indica una alta presencia de correla-

	Alpha de Cronbach	Test-Retest
<b>Género</b>		
Varones	.70	.71
Mujeres	.77	.75
<b>Lugar de residencia</b>		
Urbana	.68	.68
Semiurbana	.76	.75
Rural	.82	.80
<b>Percepción salud</b>		
Buena	.70	.69
Regular	.75	.73
Mala	.57	.59
<b>Enfermedad actual</b>		
Sida	.62	.61
VIH	.77	.74
<b>Vías de contagio</b>		
Parenteral	.70	.70
Sexual	.61	.63
Otras vías	.83	.80
<b>Total</b>	<b>.72</b>	<b>.70</b>

ciones y, por tanto, se vuelve a confirmar el ajuste del modelo factorial. Se recogen únicamente las saturaciones superiores a .40 y siguiendo el criterio de valores propios superiores a uno se identificaron 5 factores, que explican un 56,50% de la varianza de los datos (tabla 3).

En el primer factor saturan los ítems que evalúan la ausencia de miedo ante una enfermedad larga —SIDA— y ante el pensamiento de la muerte por un lado y, por otro, evalúa el temor por una muerte repentina —agravamiento de la enfermedad—. Este factor es el que obtiene un mayor porcentaje de la varianza explicada, 22,99, presentando las cargas factoriales más altas en los ítems 6, 11 y 7. La fiabilidad del factor es 0.67 y se le denomina factor de «negación de la muerte». El segundo factor explica el 9,61% de la varianza y está constituido por ítems relativos a la ansiedad ante la muerte en el matiz cognitivo afectivo, en concreto, los ítems 3, 5, 1, 2 y 15. La fiabilidad obtenida es de 0.54 y se le etiquetó como «ansiedad ante la muerte». El tercer factor explica el 8,91% de la varianza y está constituido por los ítems 8 y 12 relativos a la «ansiedad de vivir» por lo inminente de la muerte y «el fin de la vida», aluden a la rapidez del transcurso del tiempo. La fiabilidad de este factor es de 0.55 y podemos considerarlo como factor de «ansiedad cognitiva, fin da vida». El cuarto factor está constituido por los ítems que explican el 7,84 de la varianza y están con relación al «miedo al dolor» y la «ansiedad ante la pérdida», en concreto son el 4 y 14. Este factor tiene una fiabilidad de 0.51. Puede considerarse, por su composición, un factor de «miedo al dolor». Por último, el quinto factor explica el 7,12% de la varianza y lo constituyen los ítems 13, 9 y 10 que aluden a una «preocupación generalizada» con relación a la muerte, tanto en el ámbito afectivo como cognitivo. La fiabilidad es de 0.45 y se le denomina factor de «preocupación generalizada».

Finalmente, los resultados obtenidos indican que la DAS correlaciona 0.61 (p<.01) con la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte (Hoelter, 1979; Walkey, 1982) y 0.46 (p<.01) con el Perfil

Revisado de Actitudes ante la Muerte (Gesser, Wong y Rever, 1987).

Discusión y conclusiones

Esta investigación tuvo como objetivo primordial el de exponer las características psicométricas de la DAS (Death Anxiety Scale, Templer, 1970), utilizando la versión española (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2002), así como conocer los resultados de su administración en el ámbito clínico, datos que ofrecen una valiosa información, casi inexistente en la literatura hasta el momento, y que pretenden contribuir al desarrollo de una línea de investigación psicológica empírica en un campo de indudable interés y posibilidades para clínicos y teóricos, aplicado a la mejor comprensión de los distintos factores que actúan sobre las actitudes individuales y sociales ante la muerte, y a las posibilidades de intervenciones formativas o modificadores en estos pacientes de VIH/SIDA.

Nuestros resultados han informado de la homogeneidad de los ítems y de la fiabilidad, lo cual parece señalar que todos ellos están evaluando la misma variable, en la línea de Ansiedad ante la Muerte y en consonancia con los estudios de Abdel-Khalek, 1986, 1991, 2000; Templer, 1970; y Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2002, 2004.

Por lo que respecta a la validez de constructo, el factor primero está configurado de forma muy similar, a excepción del ítem 7, al factor 3 de Warren y Chopra (1979), al factor 2 de Devins (1979) y Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002, 2004), y el factor 3 de Saggino y Kline (1996). El segundo factor, sus cargas factoriales prácticamente coinciden con los del primer factor identificado por Lonetto, Fleming y Mercer (1979) y Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002, 2004), a excepción del ítem 7. El tercer factor coincide exactamente con el factor 3 de Devins (1979) y Lonetto et al. (1979) y el factor 4 de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002, 2004). En el factor cuatro, el ítem 4 coincide con el factor 2 de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002, 2004), con el factor 3 de Warren y Chopra (1979), y el ítem 14 con el factor 3 de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002, 2004) y el factor 4 de Devins (1979). Finalmente, en el factor quinto, el ítem 13 coincide con el factor 3 de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002, 2004) y el factor 4 de Devins (1979), el ítem 9 se identifica con el primer factor de Lonetto et al. (1979), y el tercer factor de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002, 2004), y el tercer factor de Warren y Chopra (1979).

En general, la estructura factorial es coherente y considerablemente similar, aunque las diferencias están en línea con lo sugerido por algunos autores con relación a la multidimensionalidad de la DAS (Lonetto y Templer, 1986; Templer, 1970), por lo que apoyan su utilización como un instrumento válido de evaluación de la ansiedad ante la muerte en el colectivo de pacientes con VIH/SIDA.

En síntesis, los resultados obtenidos en nuestra investigación nos indican que la enfermedad de VIH/SIDA no es ajena a la ansiedad ante la muerte. Se ha tratado, por tanto, de identificar qué factores están influyendo para desarrollar una intervención psicológica cuyo objetivo prioritario consistiría en ayudar a estos pacientes a explorar sus actitudes hacia la muerte, descubrir cuáles son sus temores, adquirir estrategias para superarlos y valorar positivamente la vida, realizando todo aquello que esté a su alcance para lograrlo (Carrobes, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003). Con todo ello, se pretende promover la necesidad de una educa-

Tabla 3

Estructura factorial (método ejes principales, rotación varimax) de la DAS

Ítems DAS	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	h <sup>2</sup>
6	.75					.61
11	.71					.66
7	.61					.61
3		.64				.42
5		.54				.52
1		.52				.58
2		.48				.32
15		.47				.59
8			.79			.70
12			.76			.68
4				.73		.62
14				.70		.72
13					.67	.54
9					.65	.50
10					.55	.47
Varianza	3.45	1.44	1.34	1.18	1.07	
% varianza	22.99	9.61	8.91	7.84	7.12	
% acu.	22.99	32.61	41.52	49.37	56.49	
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)= .754						
Determinante= .062						



ción para la «naturalización» de la muerte y el proceso de morir, teniendo presente la multidimensionalidad de la persona (social, espiritual, somática, psicológica) y funcionando como un sistema conjunto, integrado y fluctuante, como asimismo el carácter diná-

mico y flexible (variable en el tiempo) en función de la evolución de la enfermedad, las prioridades, los valores, las necesidades, entre otras. De esta forma, estaremos colaborando en la mejora de su calidad de vida.

## Referencias

- Abdel-Khalek, A.M. (1986). Death anxiety in Egyptian samples. *Personality and Individual Differences*, 7, 479-483.
- Abdel-Khalek, A.M. (1991). Death anxiety among Lebanese samples. *Psychological Reports*, 68, 924-926.
- Abdel-Khalek, A.M. (2000). The Kuwait University Anxiety Scale: Psychometric properties. *Psychological Reports*, 87, 478-492.
- Azulay, A. (2000). Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de muerte. *Medicina Paliativa*, 7(4), 145-156.
- Bakke-Friedland, K. (1999). Relations among death anxiety, intrinsic religiosity, social support and HIV disease progression. *Dissertation Abstracts Internacional Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (2-B), 0817.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Buendía, B., Burón, E., y Enríquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*, 6(4), 140-143.
- Bivens, A., Neimeyer, R.A., Kirshberg, T., y Moore, M. (1995). Death concern and religious beliefs among gays and bisexuals of variable proximity to AIDS. *Omega: Journal of Death and Dying*, 30(2), 105-120.
- Brashers, D., Cardillo, L.W., Dobbs, L.K., Russel, J.A., y Haas, S.M. (1999). In an important way, I did die': Uncertainty and revival in persons living with HIV or AIDS. *AIDS Care*, 11(2), 201-219.
- 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, 21-38.
- Cadwell, S.A. (1997). Transference and countertransference. En M.F. O'Connor e I.D. Yalom (Eds.): *Treating the psychological consequences of HIV*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Carrobbles, J.A., Remor, E., y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Catania, J.A., Turner, H.A., Choi, K.H., y Coates, T.J. (1992). Coping with death anxiety: Help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *AIDS Care*, 6, 999-1005.
- Chinball, J., Videen, S., Duckro, P., y Miller, D. (2002). Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*, 16(4), 331-338.
- Collins, E., Wagner, C., y Walmsley, S. (2000). Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *AIDS Care*, 10, 546-551.
- Depalo, R.L. (1997). Spirituality, dealing with illness, hopelessness and multidimensional fear of death as perceived by gay men with acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Dissertation Abstracts Internacional Section A: Humanities and Social Sciences*, 58(6), 2392.
- Devins, G.M. (1979). Death anxiety and voluntary passive euthanasia: Influences of proximity to death and experiences with death in important other persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 301-309.
- García, M.D., y Font, A. (2004). Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia. *Psicología y Salud*, 14(1), 5-11.
- Gesser, G., Wong, P.T., y Reker, G.T. (1987). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile. *Omega: Journal of Death and Dying*, 18, 109-124.
- Green, J. (1989). *The management of AIDS patients*. London: The McMillan Press.
- Griffin, K.W., Cornell, U., y Rabkin, J.G. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), 407-424.
- Herzog, M. (1996). Living and dying: Accommodating AIDS into autobiography. *Dissertation Abstracts Internacional Section B: The Sciences and Engineering*, 56(11), 6418.
- Hintze, J., Templer, D.I., Cappelletty, G., y Frederick, W. (1993). Death depression and death anxiety in HIV-infected males. *Death Studies*, 17(4), 333-341.
- Hoelter, J.W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 996-999.
- Kaldjian, L.C., Jekel, L.F., y Friedland, G. (1998). End of life decisions in VIH positive patients: The role of spiritual beliefs. *AIDS Care*, 12(1), 103-107.
- Ladero, L., Orejudo, S., y Carrobbles, J.A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.
- Leserman, J., Petito, J.M., Gu, H., y Gaynes, B.N. (2002). Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: Psychosocial and physiological predictors. *Psychological Medicine*, 32, 1059-1073.
- Limonero, J.T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés*, 3, 37-46.
- Lonetto, R., Fleming, S., y Mercer, G.W. (1979). The structure of Death Anxiety: A factor analytic study. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 388-382.
- Lonetto, R., y Templer, D.I. (1986). *Death Anxiety*. Washington: Hemisphere Publishing.
- Martín, I., Cano, R., y Pérez de Ayala, P. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Anales de Medicina Interna*, 19, 396-404.
- Miguel-Tobal, J.J., y Casado, M.I. (1999). Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 0, 1-13.
- Miller, D. (1989). *Viviendo con SIDA y VIH*. México: Manual Moderno.
- Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, S.F., y Lam, S.W. (2002). A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychological distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. *AIDS Care*, 16, 83-96.
- Moscoco, M.S., y Bermúdez, M.P. (1999). Ira y hostilidad: evaluación e implicaciones en el tratamiento psicológico de pacientes infectados por VIH. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Coords.): *Emociones y Salud* (pp. 233-250), Barcelona: Ariel.
- Muff, J. (1996). Images of life on the verge of death: Dreams and drawings of people with AIDS. *Perspectives in Psychiatric Care*, 32(2), 10-21.
- Neimeyer, R.A. (1994). *Death anxiety handbook*. Washington: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R.A., y Van Brunt, D. (1995). Death anxiety. En H. Wass y R.A. Neimeyer (Eds.): *Dying: Facing the facts* (pp. 46-88). Washington: Taylor & Francis.
- Pessin, H. (2001). The influence of cognitive impairment on desire for hastened death among terminally ill AIDS patients. *Dissertation Abstracts Internacional Section B: The Sciences and Engineering*, 62(6), 2963.
- Remor, E.A., Carrobbles, J.A., Arranz, P., Martínez, D.A., y Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicología Conductual*, 9(2), 323-336.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Richards, T.A., y Folkman, S. (1997). Spiritual aspects of loss at the time of a partner's death from AIDS. *Death Studies*, 21(6), 527-552.
- Ruiz, A., Rodríguez, A., y Betancor, V. (2008). Impacto de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en función del nivel de especificidad de la calidad de vida. *Psicothema*, 20, 273-278.
- Ruiz, I., Labry, A., Delgado, C.J., Marcos, M., Muñoz, N., Pasquau, J., Rodríguez, J., López, M.A., Del Arco, A., Causse, M., Martín, P., Martínez, J., De la Torre, J., Prada, J.L., Morales, L., López, M., y

- Muñoz, I. (2005). Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. *Psicothema*, 17, 245-249.
- Saggino, A., y Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 329-333.
- Sánchez, P., Aparicio, M.E., y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18, 584-590.
- Siegel, K., Karus, D., Raveis, V.H., y Haven, D. (1998). Psychological adjustment of women with HIV/AIDS: Racial and ethnic comparisons. *Journal of Community Psychology*, 26, 439-455.
- Siegel, K., y Schrimshaw, E.W. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(1), 91-102.
- Stevens, P.E., y Doerr, B. (1997). Trauma of discovery: Women's narratives of being informed they are HIV-infected. *AIDS Care*, 9(5), 523-538.
- Templer, D.I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Templer, D.I. (1976). Two factor theory of death anxiety: A note. *Omega: Journal of Death and Dying*, 1, 91-93.
- Tomás-Sábado, J., y Gómez-Benito, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 91, 1116-1120.
- Tomás-Sábado, J., y Gómez-Benito, J. (2004). Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte: aproximación conceptual e instrumentos de evaluación. *Psicología Conductual*, 12(1), 79-100.
- Van Loon, R.A. (1997). Coping and adaptation in women with AIDS. *Dissertation Abstracts Internacional Section A: Humanities and Social Sciences*, 57(11), 4933.
- Vaughan, S., y Kinnier, R. (1996). Psychological effects of a life review intervention for persons with HIV disease. *Journal of Counseling and Development*, 75(2), 115-123.
- Vera-Villaroel, P., Pérez, V., Moreno, E., y Allen de F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 55-67.
- Walkey, F.H. (1982). The multidimensional fear of Death Scale: An independent analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 466-467.
- Warren, W.G., y Chopra, P.N. (1979). Some reliability and validity considerations on Australian data from the Death Anxiety Scale. *Omega: Journal of Death and Dying*, 9, 293-298.