



2008, 14(2-3), 199-209

SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS ENTRE CUIDADORES DE PERSONAS AFECTADAS POR VIH/SIDA EN EL NORTE DE PARANÁ, BRASIL

Rozilda das Neves Alves, Ana Maria Teresa Benevides-Pereira, Bernardo Moreno-Jiménez y Alfredo Rodríguez Muñoz

Universidade Estadual de Maringá
Universidad Autónoma de Madrid

Resumen: En los últimos años, en Brasil, el número de casos diagnosticados de SIDA se ha incrementando significativamente, siendo uno de los países Sudamericanos con mayores tasas de prevalencia de esta enfermedad (UNAIDS, 2004). El estrés que padecen los cuidadores de las personas con VIH/SIDA es una amenaza potencial a la calidad ofrecida. La presente investigación plantea dos objetivos centrales: evaluar la sintomatología de estrés entre cuidadores de personas afectadas por VIH/SIDA y explorar qué variables sociodemográficas se relacionan significativamente con estos síntomas de estrés. Un total de 87 personas del sureste de Brasil que proveen cuidado a personas que viven con el VIH/SIDA respondieron a una encuesta que recogía información sociodemográfica y síntomas de estrés evaluado mediante el Inventario Sintomatología de Estrés. Los resultados del MANOVA mostraron relaciones significativas entre el ser voluntario o tener un contrato temporal con la sintomatología sociopsicológica y general. Estos datos parecen indicar que las variables situacionales se relacionan con algunos síntomas de estrés.

Palabras Clave: estrés, síntomas, cuidadores, VIH/SIDA.

Abstract: The number of people infected by HIV is increasing in Brazil, being one of the South American countries with higher prevalence rates of this disease (UNAIDS, 2004). Stress suffered by caregivers of people with HIV/AIDS is a potential threat to the quality of care being offered. The present study has two central aims: to assess the stress symptomatology among care-givers of people with HIV and to explore which socio-demographic variables are significantly related to these stress symptoms. A total of 87 persons who provide care to people living with HIV/AIDS in southeast Brazil responded to an anonymous postal survey that consisted of: socio-demographic questions and stress symptoms as measured by the Stress Symptomatology Inventory. The results of a MANOVA showed a significant relationship between being a volunteer or having a temporary contract with the sociopsychological and general symptomatology. These data indicate that situational variables seem to be related to some stress symptoms.

Key words: Stress, symptoms, caregivers, HIV/AIDS.

Title: *Stress symptomatology among caregivers of people with HIV/AIDS in North of Paraná, Brazil*

En los últimos años, en Brasil, el número de casos diagnosticados de SIDA se ha incrementando significativamente, hasta el punto de llegar a convertirse en uno de los países Sudamericanos con mayores tasas de

prevalencia de esta enfermedad (UNAIDS, 2004). La enfermedad afecta especialmente al Sureste del país y se ha convertido en una de las principales causas de muerte (Ministerio de Salud de Brasil, 2001). Como consecuencia del incremento de los pacientes diagnosticados de VIH, existe una creciente demanda de profesionales y voluntarios que ofrecen apoyo y cuidado a aquellos que padecen dicha enfermedad.

Por otra parte y de forma paralela, se ha elaborado un cuerpo teórico sobre los

*Dirigir la correspondencia a
Rozilda das Neves Alves
Departamento de Psicología
Universidade Estadual de Maringá
Av. Colombo, 5790, bloco 118.
CEP 87000-000 – Maringá – Paraná – Brasil
email: rnalves@uem.br
© Copyright 2007: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

efectos del estrés, ya no sólo en las víctimas, sino también en sus cuidadores (Moreno-Jiménez, Morante-Benadero, Garrosa-Hernández, & Rodríguez-Carvajal, 2004; Stamm, 1999). En este sentido, parece haber suficiente evidencia (Figley, 1989, 1997) de que el impacto de padecer una enfermedad afecta no sólo a aquellos que la sufren, sino también a aquellos que les rodean, especialmente a sus cuidadores. De este modo, gran parte de la literatura investiga las relaciones existentes entre el cuidado y el padecimiento de diferentes síntomas de estrés. En este sentido, resulta complicado establecer una relación causal sobre el impacto del cuidado en la salud, aunque la correlación entre el cuidado y el deterioro del estado de salud parece consistente a lo largo de las diferentes investigaciones (Baumgarten, 1989; Schultz, Visintainer, & Williamson, 1990; Wright, Clipp, & George, 1993).

Los cuidadores de personas con VIH/SIDA pueden experimentar numerosos síntomas comúnmente asociados con el estrés crónico (Baratas et al., 1996). Estos síntomas pueden ser físicos (agotamiento físico, dolores de cabeza y espalda, insomnio, problemas gastrointestinales), conductuales (tendencia a la irritación, propensión al enfado, aumento del consumo de alcohol y drogas, problemas de relación y de pareja), y cognitivo/afectivos (endurecimiento emocional, hipersensibilidad emocional, sobre-identificación con los pacientes, pena y tristeza, aburrimiento, cinismo, indecisión e inatención) (Moreno-Jiménez & Benevides, 2000). Específicamente, los cuidadores de pacientes con VIH encuentran demandas emocionales que exceden sus recursos y capacidades, enfrentándose de este modo a una situación prototípica de estrés crónico (Aneshensel, 1992). A este respecto, Scott y Hilliard (1992) señalan que trabajar con estas personas conlleva tanto cansancio físico como emocional. En un estudio llevado a cabo por Savard

(1991), se encontró que las reacciones emocionales extremas eran la consecuencia principal que padecían los cuidadores de personas con VIH. En el mismo sentido, se identificó que las dificultades emocionales era uno de los principales problemas de los cuidadores de personas afectadas por VIH en Brasil (Gir & Reis, 2001).

Además, parece que el cuidado de personas con VIH resulta más impactante para la salud en comparación con otros cuidados paliativos. Bennett, Michie y Kippax (1991) en un estudio comparativo entre enfermeras que trabajaban con pacientes con VIH y enfermeras de unidades de oncología, encontraron que no existía diferencia en la frecuencia de aparición del estrés, pero que cuando este ocurría, aquellas enfermeras que trabajaban con personas con VIH manifestaban mayor intensidad en sus síntomas. En este mismo sentido, en un reciente estudio (Flaskerud & Lee, 2001) se halló que los cuidadores de personas con VIH concebían su salud como peor al compararla con cuidadores de personas con demencias. Estos hallazgos pueden ser explicados, al menos en parte, por el hecho de que en el área de SIDA, las relaciones interpersonales están emocionalmente más cargadas, debido a la naturaleza crónica y terminal de esta enfermedad, generando sentimientos de desesperación, soledad y miedo al contagio de la enfermedad entre los cuidadores (Pearlin, Semple, & Turner, 1988; Simmons-Alling, 1984).

Pero parece que trabajar con personas con VIH no conduce tan sólo al estrés. Horstman y McKusick (1986), en una investigación sobre el impacto en la vida de los médicos que trabajaban con personas portadoras del virus, observaron que éstos puntuaban más alto en depresión, ansiedad, sobrecarga y miedo a la muerte comparados con médicos de otras áreas. Del mismo modo, existen otros datos ilustrativos al respecto de lo impactante que resulta el

cuidado de personas con SIDA. Por ejemplo, algunos estudios mencionan que en muestras de médicos especializados en VIH, las tasas de suicidio son dos o tres veces mayores que en el resto de las poblaciones (Boxer, Burnett & Swanson, 1995; Carpenter, Swerdlow, & Fear, 1997).

Respecto a la relación de las variables sociodemográficas con los síntomas de estrés se han estudiado variables de género, edad, experiencia, nivel educativo y edad entre otras (Horstman & McKusick, 1986; Leblanc, London & Aneshensel, 1997; Lert, Chastang, & Castano, 2001). Muchos de los resultados de estas investigaciones resultan poco consistentes. Este es el caso de la variable experiencia en el cuidado. Algunos autores (Horstman & McKusick, 1986) describen que cuanto más tiempo se pasa cuidando a personas con VIH, existen mayores probabilidades de experimentar estrés relacionado con dicho cuidado. Mientras que otros informan de todo lo contrario, como por ejemplo Gilhooly (1984), quien encontró que cuanto más larga era la duración del cuidado mejor era la salud mental de los cuidadores. En un estudio para evaluar el impacto del trabajo de cuidadores de VIH en médicos franceses (Lert, Chastang, & Castano, 2001), se observó que el tiempo de interacción con los pacientes con VIH no predecía la aparición de los síntomas de estrés. No obstante, se encontró que la participación en ONGs de este tipo estaba directamente relacionada con los niveles de estrés.

El objetivo de este estudio es examinar la sintomatología de estrés de aquellas personas que trabajan con personas afectadas por VIH/SIDA. Del mismo modo, se evalúa si existen diferencias significativas en la aparición de los síntomas de estrés en función de las variables sociodemográficas. De este modo se intenta determinar cuáles pueden ser los colectivos que sufren más riesgo de padecer estrés. Paralelamente, se

estudiaron los factores que los cuidadores consideraban más relacionados con la aparición de dichos síntomas.

Método

Participantes

La muestra del estudio está compuesta por 87 sujetos, todos ellos profesionales y/o cuidadores informales de personas afectadas por VIH/SIDA, pertenecientes a distintos servicios de Salud (Hospitales, Instituciones Publicas de Salud y Organizaciones No Gubernamentales), del Noreste del Paraná (Brasil). La media de edad se sitúa en torno a los 36 años (DT= 9,48), 69 (81,2%) de ellos son mujeres, mientras que 46 (52,9%) poseen estudios universitarios. El número total de cuestionarios distribuidos fue de 198, recibándose 87, lo que representa una tasa de respuesta del 43,93%. La participación fue voluntaria y toda la información recibida fue totalmente confidencial.

Instrumentos

Para determinar el nivel de estrés de los sujetos se utilizó el Inventario de Sintomatología de Estrés (ISE) elaborado por Moreno-Jiménez y Benevides-Pereira (2000). El cuestionario está compuesto de 30 ítems que recogen los distintos síntomas típicos de estrés. Los ítems son tipo Likert con cinco categorías de respuesta, desde nunca (valor 0), hasta frecuentemente (valor 4). Con el cuestionario se obtienen las puntuaciones de las diferentes dimensiones (Sintomatología Psicológica, Física y Sociopsicológica) y una puntuación de estrés global que describe el estrés percibido por los sujetos. Ejemplos de la primera dimensión son "irritabilidad fácil", "sentirse sin ganas de comenzar nada"; ejemplos de la segunda son "dolor de cabeza", "dolores de espalda y cuello"; mientras que ítems como "dificultades sexuales", "escasa satisfacción en

las relaciones sociales” pertenecen a la dimensión de síntomas sociopsicológicos.

El análisis factorial de este cuestionario dió como resultado tres factores o componentes (análisis factorial según el método de componentes principales, rotación obliqua) que explicaban de manera conjunta el 48,48% de la varianza de la varianza total de la sintomatología de estrés de los sujetos. Todos los ítems del ISE saturaban de forma elevada en las diferentes dimensiones (entre .84 y .41). Los resultados en este estudio confirmaron la estructura de tres componentes propuesta por los autores, los componentes aparecieron en el orden que a continuación se detalla, se denominaron de la misma manera que propusieron los autores del instrumento: sintomatología psicológica (con 15 ítems que explican el 36,28% de la varianza), sintomatología física (con 9 ítems que explican el 6,73% de la varianza) y sintomatología sociopsicológica (con 6 ítems que explican el 5,46% de la varianza). El cuestionario cuenta con un índice global de consistencia de .81. Además, todas las escalas que componen el cuestionario superan el criterio de .70 recomendado (Nunnally & Bernstein, 1994).

Para el presente estudio también se recoge información sobre variables sociodemográficas, profesionales y personales (sexo, edad, nivel educativo, relaciones personales, situación laboral, si se practica ejercicio físico, si se está o ha estado en psicoterapia, las horas que pasan con las personas que sufren VIH/SIDA, si se es profesional o voluntario y las actividades de ocio). Además se incluyó una pregunta abierta sobre los factores que consideran más relacionados con el surgimiento del estrés en el cuidado de las personas con VIH/SIDA.

Procedimiento

El primer paso para la recogida de la información fue solicitar la colaboración de

la dirección de los diferentes servicios de Salud (Hospitales, Instituciones Publicas de Salud y Organizaciones No Gubernamentales), del Noreste del Paraná (Brasil). Una vez delimitada la muestra diana (198 personas que trabajaban con personas que sufren VIH/SIDA) se procedió a entregar un sobre que contenía una copia del cuestionario, junto con una carta de presentación y la solicitud de colaboración. A quienes aceptaban participar se les remitía, tras la entrega del protocolo, información sobre el estrés y estrategias para su prevención. El protocolo fue aprobado por el comité ético de la Universidade Estadual de Maringá.

Análisis Estadístico

Para analizar la relación entre las variables sociodemográficas y las puntuaciones en la sintomatología de estrés se procedió a realizar un análisis multivariado de la varianza (MANOVA), tomando las cuestiones sociodemográficas como variables independientes y las puntuaciones obtenidas en la escala del ISE como variables dependientes. Se utilizó este procedimiento de análisis debido a que permite detectar diferencias globales entre los grupos que conforman las variables independientes (en el caso de este trabajo cada uno de los niveles de las variables sociodemográficas) a partir de la combinación lineal de las variables dependientes (en este caso las variables que conforman el ISE). Además, el MANOVA permite ejercer un control efectivo sobre el error de tipo I (esto es, sobre la probabilidad de rechazar una hipótesis nula que, en realidad, es verdadera) siempre que exista algún grado de correlación entre las variables independientes. El tamaño del efecto se obtuvo mediante el estadístico eta al cuadrado parcial (η^2), recomendado en diseños multivariados (Pierce, Block, & Aguinis, 2004).

Resultados

Análisis descriptivos

Antes de comenzar a analizar la existencia de diferencias en los síntomas de estrés en función de las variables sociodemográficas, se examinó la distribución de la muestra en cada una de ellas (Tabla 1).

A continuación se muestran los datos descriptivos (media, desviación típica y puntuación máxima y mínima) obtenidos en a puntuación global del ISE, así como en cada una de las dimensiones que lo componen (síntomas físicos, psicológicos y sociopsicológicos) (ver Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Niveles de la variable	N	%
Sexo		
Hombres	16	18.4
Mujeres	69	79.3
Relación Personal		
Con pareja estable	53	60.9
Sin pareja habitual	24	27.6
Numero de hijos		
Sin hijos	20	23.0
con 1 hijo	13	14.9
con 2 hijos	29	33.3
con 3 o más hijos	12	13.8
Edad		
de 18 a 30 años de edad	22	25.3
de 31 a 43 años de edad	37	43.0
de 44 a 56 años de edad	27	31.4
Nivel educativo		
Elementales	5	5.7
Medios	36	41.4
Universitarios	46	52.9
Tiempo de experiencia laboral en el puesto de trabajo actual		
de 0 a 1 año	17	19.5
de 1 a 2 años	22	25.3
de 2 a 5 años	25	28.7
Más de 5 años	22	25.3
Situación de Voluntario		
Voluntario	55	63.2
No voluntario	32	36.8
Situación laboral		
Temporal	38	43.7
Contratado	33	37.9
Funcionario Público	16	18.4

Tabla 2. Estadísticos descriptivos del ISE

Variables	M	DT	Min.	Máx.
Sintomatología Física	1.30	.63	.33	3.22
Sintomatología Psicologica	1.30	.68	.13	3.27
Sintomatologia Socio-psicologica	0.97	.61	.00	3.00
Indice global del ISE	1.24	.57	.20	2.87

Como se puede observar, las consecuencias predominantes en nuestra muestra se asocian con la sintomatología física (MFísicos=1,308), con puntuaciones muy similares a los síntomas psicológicos (MPsicologicos=1,309). En un análisis más pormenorizado, se observó que los ítems que las personas más habían padecido era la sensación de no tener tiempo para uno mismo (MItem12=2.20), irritabilidad fácil (MItem2=1.85) y problemas músculo-esqueléticos como los dolores de espalda y cuello (MItem1=1.80). Del mismo modo, el sentimiento de agotamiento mental (MItem10=1.73), el dolor de cabeza (MItem5=1.56) y la dificultad para concentrarse y recordar cosas (MItem18=1.53), también fueron observados como quejas frecuentes por parte de los cuidadores.

Relación entre variables sociodemográficas y síntomas de estrés

Como se ha mencionado, con el fin de examinar la relación entre las dimensiones del ISE y las variables sociodemográficas, se llevó a cabo un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) tomando las variables sociodemográficas como variables independientes y las dimensiones del ISE (Síntomas físicos, psicológicos y socio-psicológicos) como variables dependientes. Se apreciaron diferencias estadísticamente

significativas en las variables dependientes analizadas en función del voluntariado en síntomas socio-psicológicos ($p < .01$, $\eta^2 = .32$) y en la puntuación global del ISE ($p < .01$, $\eta^2 = .19$). Igualmente se apreciaron diferencias significativas en función de la situación laboral en síntomas socio-psicológicos ($p < .01$, $\eta^2 = .15$) y en la puntuación global del ISE ($p < .05$, $\eta^2 = .11$) (Tabla 3).

En un análisis pormenorizado de la variable voluntariado, en cada una de las dimensiones del ISE, se observó que en las consecuencias sociopsiológicas realización personal (MVoluntario=1.119; MNoVoluntario=0.731; $p < .01$) y en la puntuación global del ISE (MVoluntario=1.340; MNoVoluntario=1.072; $p < .05$) las personas voluntarias obtenían una puntuación media significativamente superior a la de los no voluntarios.

Respecto a la situación laboral, el análisis de diferencias entre las medias a posteriori (DHS de Tukey), indica que aquellas personas con contrato temporal presentan mayor puntuación en síntomas sociopsicológicos (MTemporal=1.388; MFuncionario=0.729; $p < .01$) y generales (MTemporal=1.555; MFuncionario=1.069; $p < .05$) que los funcionarios.

Tabla 3. Resumen de análisis de varianza multivariado y univariado

Variables	Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos	Socio-psicológicos	ISE General
Sexo	.627	.960	3.860	4.908
Edad	1.105	1.146	1.441	1.710
Nivel Educativo	.361	1.522	1.278	.920
Situación laboral	2.743	3.134	7.029**	6.400*
Voluntario Si/No	3.661	3.040	8.645**	8.834**
Actividad Física	.394	.035	.064	.075
Psicoterapia	1.125	.044	.165	.326
Horas trabajo semanal	.498	.744	.837	.485
Pareja	1.576	4.548	.046	2.556

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Análisis cualitativo

Complementariamente se realizó un análisis cualitativo sobre los diferentes elementos del proceso de estrés en cuidadores. Para la categorización de los datos, se siguieron las recomendaciones de Strauss y Corbin (1990), realizándose mediante la extracción de categorías. Respecto a los resultados, en la Tabla 4 aparecen según su orden de importancia, los factores que los sujetos consideraron más relevantes en la aparición de síntomas de estrés en el cuidado de personas con VIH.

El factor más relevante resultó ser el prejuicio y estigma que rodea a las personas con VIH. La discriminación y la exclusión social; incluso el prejuicio del propio profesional hacia la persona portadora del virus y el miedo al contagio dificulta enormemente la realización del trabajo. En investigaciones previas, se ha comprobado que el estigma y el prejuicio son considerados las fuentes de estrés más importantes de aquellos que cuidan a los pacientes con VIH (Lippmann, James, & Frierson, 1993). Por otra parte, el contacto con la muerte y el dolor parece ser otro factor importante en la aparición de estrés, ya que los cuidadores, al enfrentarse a la inminencia de la muerte, se reconocen vulnerables.

Un aspecto relacionado con lo anterior, es la impotencia de los cuidadores ante la situación de los enfermos. La pena y la impotencia son sentimientos relacionados con la aparición del SIDA. En este sentido, la mayoría de los cuidadores señalan que tienen siempre presente que el paciente acabará muriendo, ante lo cual sienten enorme impotencia. Además, los cuidadores se quejan de la falta de recursos para desarrollar su trabajo. La falta de infraestructura y de medios económicos, la ausencia y carencia de un equipo multidisciplinar así como la falta de apoyo de las instituciones responsables, son los aspectos indicados por los sujetos como los más relevantes a este respecto.

Discusión

De forma general, los datos expuestos en el presente trabajo parecen indicar que los niveles de estrés que padecen los cuidadores son moderados, aunque el cuidado de personas afectadas por SIDA puede propiciar estrés en los cuidadores principales. Las consecuencias predominantes en nuestra muestra se asocian con la sintomatología física (e.g. problemas músculo-esqueléticos) y los síntomas psicológicos (e.g. agotamiento mental). Los resultados

Tabla 4. Factores relacionados con la aparición de síntomas de estrés

Variables
1. Estigma y prejuicio
2. Contacto con la muerte y el dolor
3. Impotencia del cuidador
4. Falta de recursos para desarrollar el trabajo

que aquí se presentan se hallan en consonancia con anteriores trabajos. En un reciente estudio llevado a cabo con 405 bomberos, Morett (2006) encontró resultados similares en la escala de sintomatología, aunque con medias ligeramente inferiores. En concreto, los síntomas de estrés más frecuentes fueron los psicológicos, con una media de 1.27. Del mismo modo, Benavides et al., (2002) hallaron, en una muestra de psicólogos, que la sintomatología predominante que presentaban estos profesionales era la psicológica, con una media de 1.30.

Los resultados del MANOVA efectuados sobre la presente muestra han puesto de manifiesto que las variables sociodemográficas clásicamente estudiadas (sexo, apoyo social, experiencia en el cuidado, etc.) presentan una asociación ciertamente limitada con las dimensiones del Inventario de Sintomatología de Estrés. Una de las variables clásicas es el apoyo social, que ha sido considerado como una importante variable para la prevención y amortiguación del impacto del estrés, postulándose que aquellas personas que pueden contar con apoyo social no presentarían niveles elevados de estrés, en comparación con aquellos que carecen de dicho apoyo (Cohen y

Wills, 1985). A diferencia de investigaciones previas, (Nashman y Hoare, 1990; Remor, 2002), en el presente estudio no se encontró ningún tipo de asociación entre el tener una cierta red de apoyo social, como por ejemplo una pareja, y los niveles de estrés. Igualmente, las variables sexo, edad, horas de trabajo semanal y el nivel educativo no mostraron un efecto significativo. Otras variables personales como la actividad física o el asistir a psicoterapia tampoco resultaron significativas. Los resultados tan sólo mostraron una relación significativa entre la sintomatología de estrés y el tipo de vinculación laboral y el ser voluntario. Tanto los voluntarios como las personas que tenían una vinculación temporal con la organización para la que trabajaban, presentaban mayores puntuaciones de síntomas sociopsicológicos y generales. Los resultados indican que el impacto de cuidar a una persona con VIH es mayor en los cuidadores voluntarios que en los profesionales. Estos datos pueden ser explicados en la medida en que los voluntarios pueden tener una falta de entrenamiento y una falta de experiencia. Otra explicación plausible nos la ofrecen Nesbitt y Ross (1996), quienes afirman que la mayoría de los cuidadores voluntarios: a) no tienen un entrena-

miento adecuado, b) no han planeado ser voluntarios, c) tienen una relación personal profunda con el paciente de SIDA, y d) tienen otros trabajos.

Nuestros resultados se aproximan a los encontrados en el estudio de Ross y Seeger (1988), donde se encontró que los factores determinantes más relevantes en la aparición de la sintomatología de estrés entre los cuidadores de personas con VIH, eran los situacionales, más que los relacionados con la personalidad de los cuidadores. Del mismo modo, en estudios previos también se ha encontrado que el tipo de vinculación laboral puede estar influyendo en la salud de los trabajadores (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garrosa, & Morante, 2004). Nuestros datos se hallan en concordancia con lo expuesto por Lert, Chastang y Castano (2001), quienes hallaron que la participación en ONGs relacionadas con el cuidado de personas con VIH era un predictor de los niveles de estrés.

Por otra parte, también nos parece interesante reflexionar sobre otro tipo de resultados, que si bien no tienen un componente cuantitativo, si proporcionan información valiosa. Como los cuidadores de otras áreas, aquellos que cuidaban a personas con VIH/SIDA encontraron numerosos factores relacionados con la aparición del estrés, aunque pueden ser resumidos en cuatro categorías. El factor más importante resultó ser el prejuicio y el estigma que rodean a aquellos que padecen la enfermedad del SIDA. Estos datos son similares a los encontrados, también en población Brasileña, por Moralez y Ribeiro (2001). Por otra parte, los sujetos señalaron que la falta de recursos, así como el contacto con la muerte y el dolor y la impotencia eran factores altamente relacionados con la aparición de estrés. Esto coincide con los resultados ob-

tenidos por autores como Nashman y Hoare (1990).

Por último, debemos mencionar que los resultados presentados han contado con algunas limitaciones metodológicas, principalmente muestrales. Una de las limitaciones centrales del presente estudio es el bajo número de sujetos disponibles (N=87). Sin embargo, es de especial interés mencionar un dato al respecto. La muestra diana era de 189 sujetos, ya fueran voluntarios o profesionales, que trabajaban con personas afectadas por VIH. De éstos, 87 aceptaron participar en el estudio. Esto supone una tasa de respuesta del 43,93%, lo que podría sesgar los resultados. Además, hay que tener presente que la metodología cuantitativa transversal utilizada no permite establecer inferencias causales. Otra de las limitaciones consiste en no haber incluido un grupo de comparación, para averiguar si otro tipo de cuidadores padecen mayores niveles de estrés. De igual forma, futuros estudios deberían explorar otros factores, como por ejemplo la personalidad, que pueden amortiguar el estrés derivado del cuidado (Manzano, 2002; Vázquez & Pérez-Sales, 2003). A pesar de las limitaciones señaladas, los resultados obtenidos proporcionan información relevante que necesita ser confirmada en posteriores estudios.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su gratitud a Mayra Mugnanini y Sarah Gisele que colaboraron en la recogida de datos y en la devolución de los resultados a los sujetos de esta investigación. Igualmente, nuestro agradecimiento a todos los cuidadores por su participación desinteresada en el estudio.

Artículo recibido: 18-10-2007 aceptado: 14-05-2008

Referencias bibliográficas

- Aneshensel, C.S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
- Baratas, D., Monteserín, F., Parejo, M., Peña, C., Polo, A. & Robledo, J. M. (1996). Programa marco de intervención psicológica con afectados por VIH/sida. *Ansiedad y Estrés*, 2, 69-82.
- Baumgarten, M. (1989). The health of persons giving care to the demented elderly: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 1137-48.
- Benavides, A., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. & González, J. L. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: El inventario de burnout de psicólogos. *Clínica y Salud*, 13, 257-283.
- Bennett, L., Michie, P. & Kippax, S. (1991). Quantitative analysis of burnout and its associated factors in AIDS nursing. *AIDS Care*, 3, 181-192.
- Boxer, P.A., Burnett, C. & Swanson, N. (1995). Suicide and occupation: A review of the literature. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 37, 442-52.
- Carpenter, L.M., Swerdlow, A.J., & Fear, N.T. (1997). Mortality of doctors in different specialties: Findings from a cohort of 20,000 NHS hospital consultants. *Occupational & Environmental Medicine*, 54, 388-95.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-57.
- Figley, C. R. (1989). *Helping traumatized families*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Figley, C. R. (1997). *Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring*. Nueva York: CRC Press.
- Flaskerud J. H. & Lee P. (2001) Vulnerability to health problems in female informal caregivers of persons with HIV/AIDS and age-related dementias. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 60-68.
- Gilhooly, M.L. (1984). The impact of care-giving on care-givers: Factors associated with the psychological well-being of people supporting a dementing relative in the community. *British Journal of Medical Psychology*, 57 (Pt1), 35-44.
- Gir, E. & Reis, R.K. (2001). Alterações no estilo de vida, necessidades e dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de portadores de AIDS, no âmbito do domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35, 328-35.
- Horstman, W. & Mckusick, L. (1986). The impact of AIDS on the physician. In L. Mckusick (Ed.), *What to do about AIDS* (pp. 63-74). Berkeley: University of California Press.
- Leblanc, A.J., London, A.S., & Aneshensel, C.A (1997). The physical costs of AIDS care-giving. *Social Science Medicine*, 45, 915-923.
- Lert, F., Chastang, J.F., & Castano, I. (2001). Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *AIDS Care*, 13, 763-78.
- Lippman, S.B., James, W.A., & Frierson, R.L. (1993). AIDS and the family: implications for counselling. *AIDS Care*, 5, 71-8.
- Ministerio de Salud de Brasil (2001). *Aids: Boletim Epidemiológico*, XIV, 02. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado el 20 de marzo de 2006 de www.aids.gov.br.
- Moreno-Jiménez, B. & Benevides, A. M. T. (2000). *ISE – Inventário de Sintomatologia de Estresse*. Benevides, A. M. T. Relatório Final de Pesquisa: O Burnout em Psicólogos. Maringá: Universidade Estadual de Maringá.
- Moreno-Jiménez, B., Morante-Benadero, M.E., Garrosa-Hernández, E., & Rodríguez-Carvajal, R. (2004). Estrés Traumático Secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12, 215-231.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E. & Morante, M.E. (2004). Relaciones contractuales y acoso psicológico en el trabajo. Un análisis comparativo. *Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo*, 197, 19-26.
- Morett, N. (2006). *El desgaste profesional y el estrés traumático secundario en una muestra de bomberos*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Nashman, H.W. & Hoare, C.H. (1990). Stress and satisfaction among professionals who care for AIDS patients: An exploratory study. *Hospital Topics*, 68, 22-28.
- Nesbitt, W.H., & Ross, M.W. (1996). Prediction of grief and HIV/AIDS-related burnout in volunteers. *AIDS Care*, 8, 137.
- Nunnally, J. C. & Berstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Pearlin, L.I., Semple, S. & Turner, H. (1988). Stress of AIDS caregiving: a preliminary overview of the issues. *Death Studies*, 12, 501-17.

- Pierce, C.A., Block, R.A. & Aguinis, H. (2004). Cautionary note on reporting eta-squared values from multi-factor ANOVA designs. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 916-24.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30, 143-149.
- Manzano, G. (2002). Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: relaciones con el burnout, engagement y estrategias de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 8, 225-244.
- Moralez-de-Figueiredo, R., & Ribeiro-Turato, E. (2001). Needs for assistance and emotional aspects of caregiving reported by AIDS patient caregivers in a day-care unit in Brazil. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 633-643.
- Ross, M.W. & Seeger, V. (1988). Short communication: Determinants of reported burnout in health professionals associated with the care of patients with AIDS. *AIDS*, 2, 395-397.
- Savard, N. (1991). Les aidants naturels et le VIH. *Canadian Nurse*, 87, 45.
- Schultz, R., Visintainer, P. & Williamson, G.M. (1990). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology*, 45, 181-191.
- Scott, W. & Hilliard, M. (1992). Psychosocial issues of HIV patient and health care professional. En M.L. Galantino (Ed.), *Clinical assessment and treatment of HIV* (pp. 151-159). Thorofane, NY: Slack.
- Simmons-Alling, S. (1984). AIDS: psychosocial needs of the health care worker. *Top Clin Nurs*, 6, 31-37.
- Stamm, B. H. (1999). *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Maryland. The Sidran Press.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory, procedures and techniques*. Londres: Sage.
- UNAIDS (2004). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Recuperado el 18 de junio de 2007 de <http://www.unaids.org>.
- Vázquez, C., & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9, 231-254.
- Wright, L.K., Clipp, E.C. & George, J.M. (1993). Health consequences of caregiver stress. *Medicine, Exercise Nutrition & Health*, 2, 181-195.