



2012, 18(1), 15-29

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN DOS MUESTRAS DE SEROPOSITIVOS Y POBLACIÓN GENERAL

José Moral de la Rubia y Melina Miaja Ávila

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Resumen: Los objetivos de esta investigación fueron estudiar la consistencia interna, estructura factorial y distribución del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín & Chorot, 2003) en dos muestras no probabilísticas, una de personas seropositivas (100 mujeres y 200 hombres) y otra de población general, emparejadas en tamaño ($n = 300$), media de edad (37 años) y proporción de sexos, además contrastar diferencias en estrategias y estilos de afrontamiento entre ambos grupos. La consistencia interna fue alta en cuatro escalas y adecuada en las demás, salvo para Reevaluación positiva que fue baja en su definición reducida a tres indicadores. Se confirmó la estructura de siete factores correlacionados y dos factores de segundo orden, reduciendo la escala a 33 ítems. Los seropositivos informaron utilizar con mayor frecuencia la religión y reevaluación positiva que el grupo control. Se sugiere el uso del CAE en estas poblaciones y generar nuevos ítems para la escala de Reevaluación positiva.

Palabras clave: afrontamiento, VIH/SIDA, población general, psicometría, México.

Abstract: The goals of this investigation were to study the internal consistency, factor structure and distribution of the Stress Coping Strategies Questionnaire (SCQ; Sandin & Chorot, 2003) in two non-probability samples: HIV-seropositive persons (100 women and 200 men) and general population, paired in size ($n = 300$), mean age (37 years old) and sex ratio. Another aim was to contrast differences in coping strategies and styles between both groups. The internal consistency was high in four scales and adequate in all others, except the Positive Reappraisal scale, which was low in its definition reduced to three indicators. The structure of seven correlated factors and two second-order factors was confirmed, reducing the scale to 33 items. Seropositive persons reported using religion and positive reappraisal more frequently than the control group. We suggest the use of the SCQ in these populations and to generate new items for the Positive Reappraisal scale.

Key words: Coping, HIV/AIDS, general population, psychometrics, Mexico.

Title: *Validation of the Stress Coping Strategies Questionnaire by Sandin and Chorot in an HIV-Seropositive and a general population sample*

Se define *afrontamiento* como los esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas generadoras de estrés; se distinguen las *estrategias* como una modalidad de afrontamiento contingente a la situación y

estilos como un conjunto de estrategias asociadas con varias situaciones, de ahí que la estrategia es más específica y cambiante frente al estilo que es más general y estable dentro de cada persona (Lazarus, 1999). Existen varios instrumentos para medir el afrontamiento, como los de Lazarus y Folkman (1984), de Carver, Scheier y Weintraub (1989) y de Sandín y Chorot (2003). El último, aparte de ser uno de los más actualizados, está validado en población mexicana (González & Landero, 2007) y se ha empleado en varios estudios en este país (García, 2009; González &

*Dirigir la correspondencia a:

Facultad de Psicología,
Universidad Autónoma de Nuevo León.
c/Dr. Carlos Canseco 110. Col. Mitras Centro.
Monterrey, NL, México.
Tel. 8183338233. Ext. 423. Fax. Ext. 103.
e-mail: jose_moral@hotmail.com
miajaam@live.com.mx

© Copyright 2012: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

Landero, 2008; Moral & Martínez, 2009), donde se realiza la presente investigación.

El estudio original del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003) fue realizado en una muestra de 592 estudiantes universitarios españoles. El CAE está integrado por siete factores de primer orden: Búsqueda de apoyo social (BAS), Focalización en la solución de problemas (FSP), Expresión emocional abierta (EEA), Religión (RLG), Evitación (EVT), Autofocalización negativa (AFN) y Reevaluación positiva (REP). Se observó que seis estrategias de afrontamiento poseen índices de consistencia interna altos ($\alpha > ,70$) y una adecuado: Autofocalización negativa ($\alpha = ,64$). Con estas siete escalas se definen dos estilos: el focalizado al problema (AFP) definido por Búsqueda de apoyo social, Focalización en la solución de problemas y Reevaluación positiva, y el focalizado a la emoción (AFE) por Expresión emocional abierta, Religión, Evitación y Autofocalización negativa.

González y Landero (2007) validaron el CAE en una muestra de 365 estudiantes universitarios mexicanos. Los autores confirmaron las siete estrategias de afrontamiento y las dos dimensiones de orden superior. Sin embargo, los valores de consistencia interna variaron; únicamente cuatro de las siete estrategias de afrontamiento poseen valores altos: Búsqueda de apoyo social, Religión, Focalización en la solución de problemas y Expresión emocional abierta; los valores de las tres estrategias restantes fueron adecuados ($\alpha > ,60$). Se encontró una diferencia con el estudio original en relación con las estrategias de afrontamiento que componen las dimensiones de segundo orden, incluyéndose la religión en la dimensión de afrontamiento racional o focalizado al problema (AFP) en lugar de la focalizada a la emoción. Moral y Martínez (2009), en la muestra de 15 madres y 15 padres que tenían un hijo menor de edad diagnosticado recientemente con

cáncer, observaron que las escalas de Religión, Focalización en la solución de problemas, Búsqueda de apoyo social y Reevaluación positiva tenían índices altos de consistencia interna; las escalas de Expresión emocional abierta y Evitación adecuados, pero la consistencia de la escala de Autofocalización negativa fue baja ($\alpha = ,35$).

Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007), Contreras, Juárez y Murrain (2008), García y Font (2008), Gaviria, Vinnaccia, Riveros y Quiceno (2007) y Moral y Martínez (2009), al estudiar el afrontamiento a partir de los esquemas conceptuales de Lazarus y Folkman (1984), encontraron que Focalización en la solución de problemas, Evitación y Reevaluación positiva son las estrategias de afrontamiento más utilizadas. Vargas, Cervantes y Aguilar (2009) mediante la Escala Breve de Estrategias de Confrontación (Brief COPE; Carver, 1997) encontraron que las estrategias más utilizadas en mujeres portadoras del VIH eran la religión, negación de la realidad y búsqueda de apoyo social; y en los hombres, el replanteamiento positivo de la realidad y la expresión de sus emociones.

Moskowitz, Hult, Bussolari y Acree (2010), en un estudio de meta-análisis de implicaciones del afrontamiento para enfermedades oportunistas en personas con VIH, hallan que la Acción Directa y la Reevaluación Positiva se asocian consistentemente con mejores resultados en aspectos afectivos, de conducta de salud y salud física; por el contrario, Evitación y Uso de drogas y alcohol se relacionan con peores resultados. Además los hallazgos indican que la efectividad del afrontamiento interactúa con factores contextuales, como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y recibir terapia antirretroviral.

Actualmente se está realizando mucha investigación de aspectos psicológicos del

curso de la infección del VIH, donde la regulación de las emociones y estresores son factores relevantes (Ballester, 2005; Carrobes, Remor & Rodríguez, 2003; Núñez, Tobón, Vinaccia & Arias, 2006; Piña et al., 2009; Villa & Vinaccia, 2006; Ybarra, Sánchez & Piña, 2011). En este punto las estrategias de afrontamiento toman especial importancia al ser mediadores del efecto de los estresores y de las emociones negativas en la salud (Davis, 2009). El CAE se muestra como un buen instrumento para evaluar estrategias y estilos de afrontamiento en población mexicana (González & Landero, 2007; Moral & Martínez, 2009); no obstante, sus propiedades todavía no han sido estudiadas en población con VIH/SIDA, ni ha sido descrito el perfil diferencial entre personas seropositivas y de población general empleando este cuestionario; cuando esta población está sometida a discriminación y sojuzgamiento moral, al vincularse el origen de la enfermedad a la falta de responsabilidad en el comportamiento del infectado (Magis & Hernández, 2009; Moral & Segovia, 2010), lo que le confiere un carácter singular.

Los objetivos de esta investigación son: 1) estudiar la consistencia interna, estructura factorial y distribución del CAE en dos muestras, una de personas seropositivas y otra de población general, emparejadas en tamaño, edad y sexo, 2) contrastar el perfil diferencial de ambas muestras en estrategias y estilos de afrontamiento y 3) observar diferencias de género en cada una de las muestras. Se esperan valores altos de consistencia interna, especialmente para las escalas de Búsqueda de apoyo social, Religión, Focalización en la solución de problemas, Reevaluación positiva y Expresión emocional abierta, siendo los más bajos los de Autofocalización negativa y Evitación (González & Landero, 2007; Moral & Martínez, 2009; Sandín & Chorot, 2003);

una estructura de siete factores correlacionados, que definen a su vez dos factores de segundo orden: focalizado en el problema y en la emoción (González & Landero, 2007; Sandín & Chorot, 2003); que las estrategias de religión y búsqueda de apoyo social sean las más empleadas en personas con VIH/SIDA (Gaviria et al., 2007), precisamente, en el contexto cultural en el que se realiza el estudio, lo mágico-religioso y la familia toman mucho peso en el enfrentamiento de una enfermedad crónica (González, 2004); y finalmente mayor presencia del afrontamiento por medio de la religión y el apoyo social en mujeres y en la solución de problemas en hombres, con un estilo más emocional en mujeres y más instrumental o focalizado en el problema en hombres (Folkman, 2011; Vargas et al., 2009).

Método

Participantes

La muestra clínica quedó conformada por 100 mujeres (33.3%) y 200 hombres (66.7%) que viven con VIH/SIDA ($n = 300$). La media de edad en hombres seropositivos fue de 37.51 años ($DT = 9.76$) y en mujeres seropositivas fue de 34.81 años ($DT = 9.03$). En cuanto al estado civil fueron 189 solteros (63%), 52 casados (17.3%), 29 en unión libre (9.7%), 12 separados (4%), 10 divorciados (3.3) y 8 viudos (2.7%). En cuanto a la escolaridad, 1 participante (0.3%) indicó no tener estudios, 42 (14%) hasta primaria, 115 (38.3%) hasta secundaria, 74 (24.7%) media superior y 68 (22.7%) universitarios. La media de tiempo de diagnóstico del VIH/SIDA fue de 5 años ($DT = 4.56$). En lo referente a la percepción del estado físico, 39 personas (13%) se señalaron como sintomáticas y 261 (87%) como asintomáticas. En cuanto a la toma de medicamentos antirretrovirales, 246 (82%) informaron estarlos tomando y 54 (18%) aún no. En relación con la carga viral, se

cuenta con los datos de 191 personas, 30% (57 de 191) con carga detectable y 70% (134 de 191) indetectable. En lo referente al CD4, se tienen los datos de 148 pacientes, de los cuales el 20% (30 de 148) poseen un conteo de CD4 ≤ 200 por ml^2 , 47% (69 de 148) entre 201 a 500 y 33% (49 de 148) > 500 . Como criterios de inclusión se estipularon: ser seropositivo, mayor de edad y paciente del Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual de Nuevo León (CAPASITS-NL). Como criterios de exclusión se fijaron: déficit cognitivo que impidiese comprender las instrucciones, fatiga excesiva que dificultase la atención y negativa a participar.

La muestra de población general quedó conformada por 100 mujeres (33.3%) y 200 hombres (66.7%). La media de edad en hombres fue de 37.52 años ($DT= 9.78$) y en mujeres fue de 34.90 años ($DT= 8.96$). En relación al estado civil 153 eran casados (51%), 107 solteros (35.7), 24 vivían en unión libre (8%), 7 divorciados (2.3%), 7 separados (2.3) y 2 viudos (0.7%). En cuanto a la escolaridad 12 participantes tenían estudios de primaria (4%), 51 hasta secundaria (17%), 121 media superior (40.4%) y 116 universitarios (38.6%). Como criterios de inclusión se requería: ser mayor de edad, residir en Nuevo León y capacidad para comprender adecuadamente las instrucciones; y como criterios de exclusión: ser portador de VIH o tener antecedentes de ITS y negativa a participar.

El promedio de edad es estadísticamente equivalente entre ambas muestras ($t(598) = -0.04, p = .97$). Hay diferencia en el promedio de escolaridad ($Z_U = 7.23, p < .01$), siendo más alto en la muestra de población general. La distribución del estado civil también es diferencial ($\chi^2 (5, N = 600) = 78.39, p < .01$); entre las personas seropositivas hay más solteros (63% versus 36%) y en la

muestra de población general más casados (51% versus 17%).

Instrumentos

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003). Consta de 42 ítems, con un rango de respuesta de 5 puntos (de 0 *nunca* a 4 *casi siempre*) y siete factores de primer orden: Búsqueda de apoyo social (6, 13, 20, 27, 34 y 41), Reevaluación positiva (3, 10, 17, 24, 31 y 38), Focalización en la solución de problemas (1, 8, 15, 22, 29 y 36), Religión (7, 14, 21, 28, 35 y 42), Expresión emocional abierta (4, 11, 18, 25, 32 y 39), Autofocalización negativa (2, 9, 16, 23, 30 y 37) y Evitación (5, 12, 19, 26, 33 y 40).

Procedimiento

Para este estudio se planeó un muestreo no probabilístico por cuotas equivalentes de sexos con los pacientes seropositivos, extrayendo la muestra en el CAPASITS-NL. La población de seropositivos atendida es de 1300 pacientes (200 mujeres y 1100 hombres). Se desestimó cuotas proporcionales a las poblacionales para evitar un excesivo desequilibrio de sexos, pero resultó imposible lograr cuotas equivalentes (200 hombres y 200 mujeres) por la dificultad de acceso al total de la población femenina en los tiempos de permisos concedidos (de junio a agosto de 2010). Se encuestó a pacientes de todos los doctores del centro tanto de mañana como de tarde a raíz de una selección aleatoria de consultas y tiempos, la mitad de las mujeres atendidas y 18% de los hombres. Los pacientes que aceptaron formar parte del estudio respondieron por escrito al instrumento inmediatamente después de firmar la carta de consentimiento informado y en presencia del entrevistador, sólo se hizo en forma de entrevista a una persona sin estudios y veinte personas con problemas de vista. En aquéllas que alegaban cansancio o excesivo malestar se posponía la aplicación

a fin de lograr datos de calidad, y en algunos casos incluso nunca se administró.

La muestra aleatoria de población general se levantó de tal forma que resultase equivalente en tamaño, proporción de sexos y promedio de edad a la clínica. Se obtuvo por visita domiciliaria. Las personas que aceptaron formar parte del estudio firmaron la carta de consentimiento informado y respondieron al instrumento de forma auto-aplicada. Se seleccionaron los barrios en los que vivían los pacientes para facilitar el logro de la equivalencia buscada, teniendo de forma previa los datos sociodemográficos de la muestra clínica. Además se iba calculando cada 20 casos las frecuencias de sexos y participantes y la media de edad para alcanzar dicha equivalencia. La muestra de población general se levantó de abril a mayo de 2011 tras ser imposible obtener un nuevo permiso para completar los casos de mujeres seropositivas (100) y lograr el objetivo de cuotas de sexos equivalentes (200).

El protocolo de investigación fue aprobado por las autoridades del Consejo Estatal para la prevención del SIDA de Nuevo León (COESIDA-NL), el cual se ajustó a las especificaciones de manejo de pacientes de la Norma 010-SSA2-1993 (Secretaría de Salud, 1993).

Análisis

La consistencia interna se estima por el coeficiente alfa de Cronbach (α). Se consideran valores altos aquéllos $\geq .70$, adecuados $\geq .60$ y bajos $< .60$ (Cronbach & Shavelson, 2004). El ajuste de la distribución a una curva normal se contrasta por la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Z_{K-S}).

La estructura dimensional se determina primero por análisis factorial exploratorio. Se emplea como método de extracción: Componentes Principales, y como método de rotación: Oblimín. El número de

factores se fija por la expectativa (7). Se corre un análisis factorial de segundo orden tras obtener las puntuaciones en los factores por suma simple de los ítems. Se emplean los mismos métodos y el número de factores se fija por el criterio de Kaiser (autovalores iniciales mayores a 1). Se escogen como indicadores de cada componente aquellos ítems o variables cuyas cargas factoriales más altas y mayores o iguales a ,40 aparecen en el componente dentro de la matriz de patrones. Se emplea ,40 como criterio de selección en vez de ,30 como en el estudio original, ya que permite reproducir la solución buscada y hallar los mejores indicadores de cada factor, lo que redundará en un mejor ajuste.

En segundo lugar se contrastan los modelos de factores correlacionados y jerarquizados por análisis factorial confirmatorio en la muestra conjunta. Se usa Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS) como método para estimar la función de discrepancia, parámetros e índices de ajuste. Al calcular el modelo no se estiman medias ni interceptos y las covarianzas de entrada son inesgadas. Las estimaciones de parámetros se proporcionan estandarizadas. Se consideran siete índices de ajuste: tres básicos (función de discrepancia [FD], ji-cuadrado [χ^2] y cociente entre ji-cuadrado y sus grados de libertad [χ^2/gl]); dos poblacionales de no centralidad (parámetro de no centralidad poblacional [$PNCP$] y residuo cuadrático medio de aproximación [$RMSEA$] de Steiger-Lind); además dos índices comparativos (índice de bondad de ajuste [GFI] de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida [$AGFI$]). Se estipulan como valores de buen ajuste: p de $\chi^2 > ,05$, FD y $\chi^2/gl < 2$, $PNCP < 1$, $RMSEA < ,05$, $GFI > ,95$ y $AGFI > ,90$; y como valores adecuados: p de $\chi^2 > ,01$, FD y $\chi^2/gl < 3$, $PNCP < 2$, $RMSEA < ,08$, $GFI > ,85$ y $AGFI > ,80$ (Moral, 2006). Estos modelos también son

contrastados por el método multigrupo entre la muestra de población general y de seropositivos sin introducir restricciones; nuevamente no se calculan medias ni interceptos y las covarianzas de entrada son insesgadas.

Las diferencias de medias entre sexos y las dos muestras se contrastan por la prueba *t* de Student y la homogeneidad de varianzas por la prueba de Levene.

En las pruebas de contraste se rechaza la hipótesis nula con un valor de $p \leq .05$. Se sustituyen los casos perdidos por la media de la variable. El número máximo de sustituciones fue de dos por variable. Los cálculos estadísticos se realizan con SPSS16 y AMOS7.

Resultados

Consistencia y Distribución de los Factores Originales

En la muestra de personas seropositivas, cuatro factores tienen valores altos de consistencia interna: Búsqueda de apoyo social ($\alpha = .88$), Religión ($\alpha = .85$), Focalización en la solución de problemas ($\alpha = .76$) y Expresión emocional abierta ($\alpha = .71$); dos adecuados: Evitación ($\alpha = .63$) y Reevaluación positiva ($\alpha = .60$) y uno bajo: Autofocalización negativa ($\alpha = .46$). Las distribuciones de Focalización en la solución de problemas, Evitación y Reevaluación positiva se ajustan a una curva normal. En relación con las dimensiones, Afrontamiento focalizado en el problema tiene consistencia interna alta ($\alpha = .87$ con 30 ítems) y distribución normal; y Afrontamiento focalizado en la emoción consistencia adecuada ($\alpha = .68$ con 12 ítems) y distribución también normal. En la muestra de población general, resultan similares los valores de consistencia interna, siendo altos para Búsqueda de apoyo social ($\alpha = .88$), Religión ($\alpha = .84$), Focalización en la solución de problemas ($\alpha = .80$) y Expresión emocional abierta ($\alpha = .70$), ade-

cuados para Evitación ($\alpha = .68$) y Reevaluación positiva ($\alpha = .64$) y bajos para Autofocalización negativa ($\alpha = .56$). Las distribuciones de Búsqueda de apoyo social, Religión, Autofocalización negativa, Reevaluación positiva y Evitación se ajustan a una curva normal. En relación con las dimensiones, Afrontamiento focalizado en el problema tiene consistencia interna alta ($\alpha = .88$) y distribución normal, al igual que Afrontamiento focalizado en la emoción ($\alpha = .72$).

Análisis Factorial Exploratorio en la Muestra Conjunta

Se logra reproducir por Componentes Principales con rotación Oblimin los siete factores esperados si se eliminan aquéllos que resultaron con cargas menores a .40 o que aparecieron fuera del componente esperado en la matriz de patrones al extraer los siete componentes con el conjunto de 42 ítems, lo que afecta a los ítems: 3, 10 y 24 de Reevaluación positiva, 16, 30 y 37 de Autofocalización negativa, 33 y 40 de Evitación, 39 de Expresión emocional abierta. Con los siete factores se explica el 56.54% de la varianza total. Cuatro factores tienen consistencia interna alta (Búsqueda de apoyo social, Expresión emocional abierta, Religión y Focalización en la solución de problemas), dos adecuada (Evitación y Autofocalización negativa) y uno baja (Reevaluación positiva) (véase Tabla 1).

Análisis Factorial Confirmatorio

Se contrasta el modelo de siete factores correlacionados que es reproducido por análisis factorial exploratorio. El ajuste a los datos resulta adecuado con sus 33 ítems y 14 correlaciones ($\chi^2/gl = 1.97$, $GFI = .90$, $AGFI = .89$, $FD = 1.58$, $PNCP = 0.78$ y $RMSEA = .04$), aunque el ajuste del modelo se rechaza por la prueba ji-cuadrado ($\chi^2(481, N = 600) = 945.76$, $p < .01$), siendo todos sus parámetros significativos. Se eliminan siete correlaciones al resultar no significativas (véase Figura 1). Debe men-

cionarse que el modelo original con 42 ítems arroja una solución inadecuada por lo que el programa no proporciona sus parámetros.

Se contrasta por la modalidad multigrupo el mismo modelo entre seropositivos ($n = 300$) y población general ($n = 300$). Los índices de ajuste son adecuados en conjunto ($\chi^2/gl = 1.42$, $GFI =$

$.86$, $AGFI = .84$, $FD = 2.28$, $PNCP = 0.67$, $RMSEA = .03$). Todas las estimaciones en ambas muestras son significativas, salvo la correlación entre Búsqueda de apoyo social y Evitación en seropositivos ($r = .15$, $p = .06$) y la correlación entre Búsqueda de apoyo social y Autofocalización negativa en población general ($r = -.04$, $p = .56$).

Tabla 1. Matriz de patrones con 33 ítems (sin 3, 10 y 24 de REP, 16, 30 y 37 de AFN, 33 y 40 de EVT, 39 de EEA) en la muestra conjunta ($N = 600$)

Ítems	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
20 BAS	.84	-.06	.00	.02	.00	.04	.14
41BAS	.81	.04	.04	-.06	.03	-.14	-.13
27 BAS	.79	.08	.05	-.06	-.11	.08	-.05
34 BAS	.79	-.04	-.04	-.00	.01	-.07	.09
13 BAS	.74	-.03	.08	.09	.04	-.01	.05
6 BAS	.69	.06	-.04	.05	-.02	.03	-.19
11 EEA	-.05	.84	.03	.08	.03	.09	-.09
25 EEA	.02	.81	.02	-.00	-.07	.01	-.06
32 EEA	.07	.77	-.06	-.03	-.00	-.08	-.01
4 EEA	.01	.66	-.02	-.18	-.03	-.01	.06
18 EEA	-.01	.49	.02	.07	.06	-.02	.20
21 RLG	.05	-.03	.84	-.01	-.07	.10	.06
42 RLG	.02	-.05	.81	-.03	.02	.02	.10
7 RLG	-.07	.06	.77	.15	-.07	.18	-.06
35 RLG	-.05	-.03	.69	-.05	-.04	-.24	-.10
14 RLG	.11	.08	.67	.11	.08	.06	.12
28 RLG	.05	-.03	.58	-.22	-.00	-.39	-.17
8 FSP	-.04	.00	.05	.71	-.03	-.12	-.13
1FSP	.07	-.04	-.04	.65	-.07	.05	-.01
15 FSP	.00	-.05	.07	.63	-.11	-.05	.06
29 FSP	.01	.00	.06	.59	.06	-.34	-.22
36 FSP	.06	-.01	.10	.54	.02	-.34	-.25
22 FSP	.27	-.03	.05	.49	.04	.11	.13
5 EVT	-.08	-.07	.04	.04	-.75	.01	.01
26 EVT	.02	.05	-.05	-.23	-.72	-.13	-.12
12 EVT	-.03	.06	.05	.18	-.67	-.03	.07
19 EVT	.24	-.00	.04	.14	-.54	.11	.14
38 REP	.00	.01	-.07	.02	-.12	-.72	.15
31REP	.01	.08	.02	.21	-.01	-.56	.17
17 REP	.12	-.15	.06	.10	-.06	-.42	-.12
2 AFN	-.11	.01	.01	-.10	.03	-.10	.78
9 AFN	-.01	.10	-.01	.04	-.08	.02	.70
23 AFN	.11	.16	.11	-.19	-.00	-.17	.47
No. de ítems	6	5	6	6	4	3	3
α	.88	.78	.84	.77	.65	.60	.48

Método de extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimín. Convergió en 16 iteraciones.

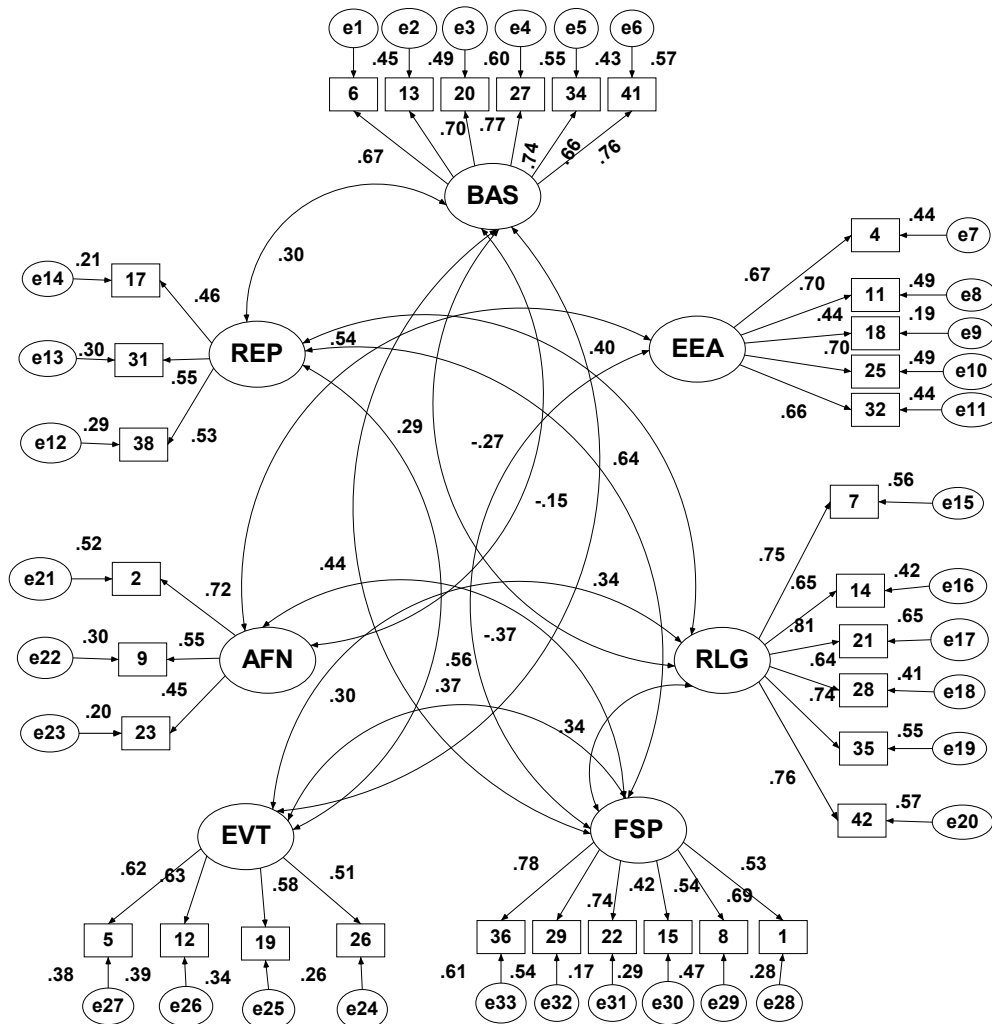


Figura 1. Modelo estandarizado estimado por Mínimos Cuadrados Generalizados en la muestra conjunta ($N = 600$).

Análisis Factorial de Segundo Orden

Se obtienen las puntuaciones factoriales de los siete factores rotados con 33 ítems por medio del método de Regresión. Al extraer los factores de estas siete variables por Componentes Principales con base en el criterio de Kaiser se obtienen dos que explican el 44.38% de la varianza total. Al aplicar una rotación por el método Oblimin el primer componente queda integrado por

Focalización en la solución de problemas, Reevaluación positiva, Búsqueda de apoyo social, Religión y Evitación y es denominado estilo de afrontamiento focalizado en el problema. La consistencia interna de los 25 ítems implicados es alta ($\alpha = .88$). El segundo componente está integrado por los factores de Autofocalización negativa y Expresión emocional abierta y es denominado estilo de afrontamiento

focalizado en la emoción (AFE). La consistencia interna de los 8 ítems implicados es alta ($\alpha = .78$) (véase Tabla 2). Los dos componentes de segundo orden son independientes ($r = -.02, p = .78$).

Se contrasta por análisis factorial confirmatorio, el modelo original de dos factores de segundo orden correlacionados, aunque se considera a la religión como un indicador de Afrontamiento focalizado en el problema, como recomiendan González y Landero (2007) para población mexicana y por el resultado del análisis exploratorio. Los parámetros resultan significativos, incluyendo la correlación entre los dos factores ($r = .49, p < .01$). Varios índices de ajuste son malos ($\chi^2(13) = 170.31, p < .01, \chi^2/gl = 13.10$ y $RMSEA = .14$), otros adecuados ($GFI = .92$ y $AGFI = .84$) y otros buenos ($FD = 0.28$ y $PNCP = 0.13$). Se contrasta el ajuste del modelo derivado del análisis factorial exploratorio (de segundo orden), aplicado a las puntuaciones factoriales de los 33 ítems, las cuales se calcularon por el método de Regresión. Se elimina la correlación entre los dos estilos de afrontamiento por no ser significativa y generar una varianza residual negativa (-.63). Al eliminar la correlación el modelo resulta indefinido. Si se considera la predicción del factor de

primer orden de Focalización en la solución de problemas por Afrontamiento focalizado en la emoción se tienen índices de buen ajuste (véase Figura 2). Si se contrasta el modelo por el método multigrupo, entre la muestra de seropositivos y población general, los índices de ajuste también resultan buenos ($\chi^2(26) = 27.60, p = .38, \chi^2/gl = 1.06, GFI = .99, AGFI = .97, FD = 0.05, PNCP < 0.01$ y $RMSEA = .01$).

Distribución de los Factores Finales del Cuestionario

Con base en el resultado del análisis factorial exploratorio y confirmatorio se propone reducir la escala a 33 ítems, con siete estrategias de afrontamiento (factores de primer orden) y dos estilos de afrontamiento independientes (factores de segundo orden o dimensiones). Los valores de consistencia interna y los descriptivos se encuentran en la Tabla 3. En la definición del estilo de afrontamiento focalizado en la emoción no se incluye la deficiencia en la estrategia de focalización en la solución de problemas (ítems invertidos), como sugiere el análisis factorial confirmatorio, por su bajo peso factorial y la correlación moderada que introduce entre ambos estilos.

Tabla 2. Matrices de patrones y estructural con los siete factoriales de primer orden con 33 ítems en la muestra conjunta (N = 600)

Puntuaciones factoriales*	Matriz de patrones		Matriz estructural	
	C1	C2	C1	C2
BAS	.66	.10	.66	.09
RLG	.64	.04	.64	.03
FSP	.59	-.32	.59	-.32
EVT	.51	.15	.51	.14
REP	.50	-.08	.50	-.09
EEA	.05	.80	.04	.80
AFN	.00	.78	-.01	.78

Método de extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimin. Convergíó en 4 iteraciones.

* Las puntuaciones factoriales fueron estimadas por el método de regresión. BAS = Búsqueda de apoyo social, REP = Reevaluación positiva, FSP = Focalización en la solución de problemas, RLG = Religión, EEA = Expresión emocional abierta, AFN = Auto-focalización negativa y EVT = Evitación.

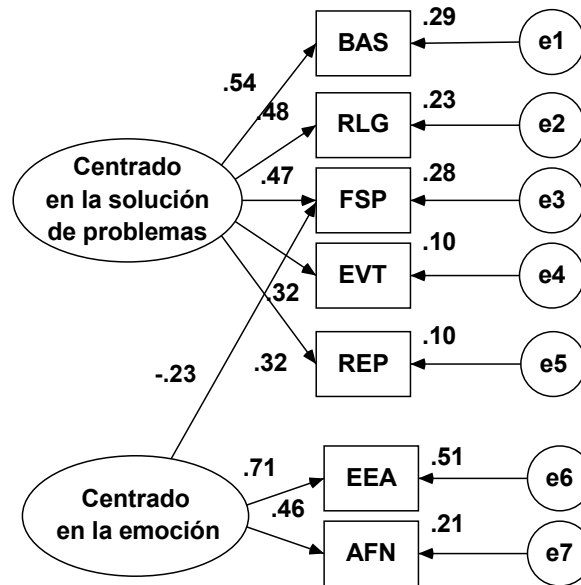


Figura 2. Modelo estandarizado estimado por GLS en la muestra conjunta (N = 600).

Diferencia de Medias entre Personas Seropositivas y Población General

Existe diferencia significativa en Búsqueda de apoyo social, Expresión emocional abierta y Religión. Con la definición original Autofocalización negativa es diferencial, pero no con la definición revisada. Por el contrario, con la definición revisada aparece diferencia significativa en Reevaluación positiva (véase Tabla 3). Con base en la definición revisada, las personas que viven con VIH/SIDA acuden con más frecuencia a la religión y a la reevaluación positiva, pero con menos frecuencia a la Búsqueda de apoyo social y Expresión emocional (véase Tabla 3).

Diferencias de Medias entre Sexos

En la muestra clínica, las mujeres en comparación con los hombres promedian significativamente más alto en Autofocalización negativa ($M = 3.79$ versus $M = 2.87$; $t(298) = -2.87$, $p < .01$) y Estilo de afrontamiento

focalizado en la emoción ($M = 9.03$ versus $M = 7.15$; $t(298) = -2.64$, $p = .01$); los hombres en comparación con las mujeres promedian más alto en Focalización en la solución de problemas ($M = 15.59$ versus $M = 12.74$; $t(204.86) = 4.36$, $p < .01$).

En la muestra de población general, las mujeres en comparación con los hombres promedian más alto en Religión ($M = 11.51$ versus $M = 8.30$; $t(298) = -4.52$, $p < .01$), Evitación ($M = 9.03$ versus $M = 8.18$; $t(298) = -1.93$, $p < .05$), Reevaluación positiva ($M = 7.96$ versus $M = 7.22$; $t(298) = -2.54$, $p = .01$) y Estilo de afrontamiento focalizado al problema ($M = 56.61$ versus $M = 50.34$; $t(298) = -2.32$, $p < .01$).

Discusión

Como se esperaba por otros estudios anteriores, en esta investigación, los valores de consistencia interna son altos (\geq

Tabla 3. Consistencia, descriptivos, ajuste a la normalidad y contraste de medias

CAE-33 (revisado)	BAS 6	EEA 5	RLG 6	FSP 6	EVT 4	AFN 3	REP 3	AFP 25	AFE 8	
<i>Muestra conjunta (N = 600)</i>										
Consistencia	α	.88	.79	.84	.77	.65	.60	.48	.88	.78
	<i>M</i>	11.09	5.21	9.92	14.93	8.69	3.21	7.85	52.49	17.49
	<i>Mdn</i>	11	4	9	15	9	3	8	53	17
Descriptivos de la distribución	<i>DT</i>	6.60	4.21	6.28	5.30	3.80	2.56	2.58	16.43	8.71
	<i>S</i>	0.08	0.82	0.37	-0.36	-0.05	0.69	-0.34	-0.09	.38
	<i>C</i>	-0.85	0.35	-0.59	-0.35	-0.59	0.23	-0.15	-0.22	-.02
	<i>Min</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	<i>Max</i>	24	20	24	24	16	12	12	96	54
Normalidad	<i>Z_{K-S}</i>	1.36	2.96	1.83	1.85	1.64	2.85	2.32	0.80	1.61
	<i>p</i>	.05	.00	.00	.00	.01	.00	.00	.55	.01
<i>Muestra de personas seropositivas (n = 300)</i>										
Consistencia	α	.88	.78	.85	.76	.66	.58	.48	.86	.77
	<i>M</i>	10.29	4.60	10.47	14.64	8.92	3.18	8.23	52.55	17.14
	<i>Mdn</i>	10	4	10	15	9	3	8	53	16
Descriptivos de la distribución	<i>DT</i>	6.95	4.23	6.51	5.56	4.02	2.63	2.71	17.18	8.82
	<i>S</i>	0.21	0.98	0.38	-0.31	-0.04	0.76	-0.51	-0.07	.49
	<i>C</i>	-0.99	0.68	-0.66	-0.53	-0.76	0.51	-0.22	-0.40	.32
	<i>Min</i>	0	0	0	1	0	0	0	5	.00
	<i>Max</i>	24	20	24	24	16	12	12	96	54
Normalidad	<i>Z_{K-S}</i>	1.47	2.42	1.57	1.33	1.22	2.01	1.87	.67	1.32
	<i>p</i>	.03	.00	.01	.06	.10	.00	.00	.75	.06
<i>Muestra de población general (n = 300)</i>										
Consistencia	α	.88	.77	.84	.80	.64	.62	.48	.87	.81
	<i>M</i>	11.89	5.81	9.37	15.21	8.46	3.24	7.47	52.43	17.84
	<i>Mdn</i>	12	5	9	15	9	3	8	53	17
Descriptivos de la distribución	<i>DT</i>	6.13	4.12	5.99	5.01	3.56	2.49	2.38	15.68	8.59
	<i>S</i>	0.01	0.74	0.32	-0.39	-0.12	0.60	-0.27	-0.13	0.28
	<i>C</i>	-0.59	0.23	-0.59	-0.14	-0.41	-.09	.16	-0.01	-0.35
	<i>Min</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	<i>Max</i>	24	20	24	24	16	12	12	94	42
Normalidad	<i>Z_{K-S}</i>	.95	1.99	1.05	1.50	1.39	2.20	1.76	.60	0.97
	<i>p</i>	.33	.00	.22	.02	.04	.00	.00	.87	.30
Levene*	<i>F</i>	11.76	0.51	2.66	5.23	4.64	0.40	6.29	3.06	0.00
	<i>p</i>	.00	.48	.10	.02	.03	.53	.01	.08	.97
Student*	<i>t</i>	-2.98	-3.56	2.15	-1.40	1.47	-0.27	3.66	0.09	-0.98
	<i>gl</i>	588.7	598	598	592.7	589.7	598	588.1	598	598
	<i>p</i>	.00	.00	.03	.16	.14	.79	.00	.93	.33
	<i>DM</i>	-1.59	-1.21	1.10	-0.61	0.46	-0.06	0.76	0.12	-0.70
	<i>EE</i>	0.53	0.34	0.51	0.43	0.31	0.21	0.21	1.34	0.71

S = Sesgo o asimetría y *C* = Curtosis. *ET* de *S* = 0.10 y *ET* de *C* = 0.20 en la muestra conjunta. *ET* de *S* = 0.14 y *ET* de *C* = 0.28 en la muestra de personas seropositivas y de población general. Factores del CAE: BAS6 = Búsqueda de apoyo social (6, 13, 20, 27, 34 y 41), REP3 = Reevaluación positiva (17, 31 y 38), FSP6 = Focalización en la solución de problemas (1, 8, 15, 22, 29 y 36), RLG6 = Religión (7, 14, 21, 28, 35 y 42), EEA5 = Expresión emocional abierta (4, 11, 18, 25 y 32), AFN3 = Auto-focalización negativa (2, 9 y 23) y EVT4 = Evitación (5, 12, 19 y 26). AFP25 = BAS6 + RLG6 + FSP6 + EVT4 + REP3. AFE8 = EEA5 + AFN3. Se contrasta la equivalencia de las varianzas por la prueba de Levene y diferencias de medias por la prueba *t* de Student entre las muestras de seropositivos y de población general.

.70) con las escalas de Búsqueda de apoyo social, Religión, Expresión emocional

problemas. Con las tres restantes escalas (Reevaluación positiva, Autofocalización negativa y Evitación) se obtienen valores

adecuados ($\geq .60$), aunque Autofocalización negativa en su definición original de seis ítems tiene una consistencia interna baja y Reevaluación positiva en la definición revisada (reducida a tres ítems). La escala Reevaluación positiva en estudios previos en México ha resultado consistente con un valor alfa de .71 (González & Landero, 2007; Moral & Martínez, 2009), pero en este estudio muestra problemas de consistencia y definición factorial. Comparte dos ítems con Focalización en la solución de problemas en la matriz factorial rotada (3 y 10) y reducida a cuatro indicadores con consistencia interna adecuada (3, 10, 17 y 24) su correlación con Focalización en la solución de problemas es muy alta. Los aspectos compartidos por ambos factores implican un planteamiento y enfrentamiento del problema en términos positivos. Para lograr su definición y separación de Focalización en la solución de problemas tuvo que ser reducida a tres ítems, perdiendo consistencia. La consistencia interna de la Autofocalización negativa ha resultado adecuada o baja en otros estudios, como en el presente, especialmente es baja en la muestra de personas que viven con VIH/SIDA. En el estudio de Martínez y Moral con una muestra clínica también hallan consistencia baja. Los autores lo atribuyen a la dificultad de lidiar con sentimientos de culpa e indefensión generados por la situación por la que atraviesan los padres. Lo cual también podría ser el caso de las personas seropositivas, donde culpa y sentimientos de indefensión son inestables y cambiantes, incluso en distintos momentos del día y naturalmente en distintos contextos de interacción.

Se confirma la estructura de siete factores correlacionados de primer orden para la escala, lo que se reproduce tanto por análisis factorial exploratorio como confirmatorio. Los factores de segundo orden coinci-

den en número e interpretación con el estudio original de Sandín y Chorot (2003); no obstante difieren en integración. La religión como en un estudio previo en México (González & Landero, 2007) pertenece al estilo focalizado en el problema. Asimismo, el factor subordinado de evitación saturada en el Estilo de afrontamiento focalizado al problema, resultado que se opone a lo encontrado por Sandín y Chorot (2003) y González y Landero (2007), donde la saturación más alta se encuentra en el Estilo de afrontamiento focalizado a la emoción. Este resultado discrepante, en la presente muestra mexicana, se obtiene tanto con los 42 ítems iniciales como reduciéndolos a 33. Por lo tanto, no es efecto de la reducción de ítems. Esta diferencia con el estudio original en España no debe atribuirse a factores culturales, debido a que González y Landero (2007), en México, lo sitúan en el Estilo de afrontamiento focalizado a la emoción. Así, hipotetizamos que la diferencia podría atribuirse a la muestra, conformada en el presente estudio por personas que viven con VIH/SIDA y de población general. En los dos estudios antes mencionados, ambas muestras fueron de estudiantes universitarios, una procedente de España y otra de México.

Probablemente este efecto de la muestra se deba a la influencia de las personas seropositivas. Aponte (2005) señala que la evitación dentro del proceso de duelo sirve inicialmente como un amortiguador del estrés abrumador y ayuda a continuar con la vida cotidiana. El modelo de factores de segundo orden con buen ajuste a los datos considera que la falta de focalización en la solución de problemas junto con expresión emocional abierta (ira) y autofocalización negativa definen el estilo centrado en la emoción que claramente agrava la situación y es negativo para salir de ella. La evitación junto con búsqueda de apoyo social, religión, focalización en la solución de problemas y reevaluación positiva definen

un estilo de afrontamiento focalizado al problema que permite un afrontamiento más exitoso de la situación. Por lo tanto tenemos un estilo negativo o de confrontación personal y agravación y otro estilo positivo o de solución.

González y Landero (2007) en su estudio de validación del CAE, en población mexicana con una muestra de estudiantes universitarios, proponen una versión reducida para mejorar el ajuste a los datos en el análisis factorial confirmatorio. De los 21 ítems que componen la versión reducida de González y Landero (2007) la mayoría están incluidos entre los 33 ítems que componen la versión reducida propuesta en el presente estudio (CAE-33). De los siete factores de primer orden, cinco mantienen los mismos ítems en las versiones reducidas (Búsqueda de apoyo social, Focalización en la solución de problemas, Religión, Expresión emocional abierta y Evitación), siendo mayor el número de ítems en nuestro estudio. No obstante, aunque los factores de Autofocalización negativa y Reevaluación positiva están compuestos por tres ítems cada uno, éstos varían en los ítems que los integran. En ambos estudios, Autofocalización negativa mantiene los ítems 2 y 23 y Reevaluación positiva solo conserva el ítem 31.

Se esperaba que las estrategias de religión y búsqueda de apoyo social fuesen más empleadas en personas con VIH/SIDA (Gaviria et al., 2007). Se confirma el mayor empleo de la religión, pero no así del apoyo social. México se puede considerar un país bastante religioso donde domina el culto guadalupano y con mucha tendencia a lo mágico-religioso, de ahí que las personas en situaciones de crisis por su propia carga cultural fácilmente acuden al apoyo religioso. No obstante, en México, país inscrito en una cultura latina tradicional, se observan actitudes rígidas y de discriminación, especialmente si están implicados aspectos morales y de

sexualidad (Moral & Segovia, 2011). Esto podría explicar el mayor retraimiento y menor búsqueda de apoyo social en personas seropositivas. Como en otros estudios en población clínica dominan más los aspectos de afrontamiento activo o focalización al problemas que los focalizados a la emoción (Carrobles, et al., 2003; Moral & Martínez, 2009).

Las expectativas de género se confirman sobre todo en la muestra clínica y en la de población general parcialmente. Las mujeres seropositivas se muestran más focalizadas a la emoción (autofocalización negativa y expresión emocional abierta). En población general no aparece esta mayor focalización a la emoción en mujeres. Esto podría deberse a la propia enfermedad que posee una considerable estigmatización y carga de significados morales negativos.

En población general las mujeres sí acuden más a la religión, pero la búsqueda de apoyo social es equivalente en ambos sexos en ambas muestras, reflejando que el apoyo en los otros es importante para ambos sexos en México, en lo que coinciden también los estudios realizados en este mismo país por González y Landeros (2007) y Moral y Martínez (2009).

Como limitaciones de este estudio cabe señalar la imposibilidad de obtener las cuotas equivalentes de sexos como inicialmente se programó, por lo que hay un desequilibrio en la composición a favor de los hombres, los cuales son mayoría en la población clínica objeto de estudio (2 mujeres por cada 10 hombres). Debido a este motivo no se contrasta la estructura factorial entre hombres y mujeres dentro de cada población y se realizan sólo contrastes entre poblaciones, donde el tamaño muestral rebasa el mínimo de 200 participantes recomendado para análisis factorial confirmatorio (Moral, 2006).

Conclusiones

La consistencia interna es alta en cuatro escalas y adecuada en las demás, salvo para Reevaluación positiva en su definición reducida a tres indicadores, donde la consistencia es baja. Se confirma la estructura de siete factores correlacionados y dos factores de segundo orden, reduciendo la escala a 33 ítems. En las muestras de población general y de personas seropositivas se observan más escalas con ajuste a la normalidad (dos) que en la muestra conjunta (una), pero sólo la distribución del estilo de afrontamiento centrado en el problema se ajusta a una curva normal en las tres muestras.

Se encontró que las personas seropositivas utilizan con mayor frecuencia la religión y reevaluación positiva como estrategias de afrontamiento. Por el contrario, la población general utiliza más frecuentemente la búsqueda de apoyo social y la expresión de sus emociones. Esta diferencia se puede atribuir a la necesidad de superar de forma efectiva la condición médica bajo el consejo terapéutico y a un contexto social con ciertos índices de discriminación que hacen más cautas a las personas seropositivas.

Las mujeres tienden más al estilo de afrontamiento focalizado a la emoción en la muestra clínica, pero no así en población general, donde tienen un mayor promedio en estilo de afrontamiento focalizado al problema en comparación con los hombres, en lo que puede afectar características propias de esta enfermedad con considerable estigmatización social y significados morales negativos asociados.

Se recomienda el uso de CAE en esta población con sus 7 factores, aplicando sus 42 ítems, pero definiendo los factores con 33 ítems. Se sugiere en futuros estudios el contraste de la estructura dimensional entre hombres y mujeres dentro de cada población. Se motiva a generar nuevos indicadores para el factor de Reevaluación positiva en personas que viven con VIH/SIDA.

Agradecimientos

Al Dr. Genaro Leal de COESIDA-NL por permitirnos el acceso a la muestra de personas seropositivas y a los doctores Marcelino Chávez y Luis Castillo del CAPASITS-NL por posibilitar las entrevistas con los pacientes.

<p>Artículo recibido: 23-06-2011 aceptado: 05-11-2011</p>

Referencias

- Aponte, M. (2005). *Consejos para convivir con enfermos de Sida y otras enfermedades incurables: Tócame sin guantes*. México: Pax.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 53-69.
- Carrobbles, J., Remor, E. & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección de VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief. COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemo-

- diálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 169-179.
- Contreras, F., Juárez, F. & Murrain, K. (2008). Influencia del burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico*, 11, 29-44.
- Cronbach, L.J. & Shavelson, R.J. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement* 64, 391-418.
- Davis, R. (2009). Health psychology: stress, coping, and well-being. En S. R. Feldman (Ed.), *Understanding psychology* (9th edition, pp. 334-357). Nueva York: McGraw Hill.
- Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. Nueva York: Oxford University Press.
- García, R.A. (2009). *Estrés, afrontamiento y optimismo en los pacientes con cardiopatía isquémica* (Tesis de maestría). Monterrey, NL: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- García, M.D. & Font, A. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en personas VIH positivas con lipodistrofia. *Ansiedad y Estrés*, 14, 81-99.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- González, T.L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7, 19-29.
- González, M.T. & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 189-198.
- González, M.T. & Landero, R. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación del modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 11, 403-410.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. Nueva York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing.
- Magis, C. & Hernández, M. (2009). Epidemiología del SIDA en México. En *25 años de SIDA en México. Retos, logros y desaciertos* (pp. 101-120). México: CENSIDA.
- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero & M.T. González (Eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (Eds.) (pp. 445-528). México, DF: Trillas.
- Moral, J. & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19, 189-196.
- Moral, J. & Segovia, M.P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2, 185-206.
- Moskowitz, J. T., Hult, J. R., Bus-solari, C. & Acree, M. (2010). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*, 135, 121-141.
- Núñez, A. C., Tobón, S., Vinaccia, S. & Arias, D. (2006). Diseño de un modelo de intervención en el VIH/SIDA a partir del enfoque procesual del estrés. *Suma Psicológica*, 13, 105-116.
- Piña, J., Dávila, M., Sánchez, J.J., Cazares, O., Togawa, C. & Corrales, A. (2009). Efectos del tiempo de infección sobre predictores de adherencia en personas con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 67-78.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Secretaría de Salud (1993). *Norma oficial mexicana, NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana*. México, DF: Secretaría de Salud.
- Vargas, J. E., Cervantes, M. & Aguilar, J. E. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19, 215-221.
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.
- Ybarra, J.L., Sánchez, J.J. & Piña, J.A. (2011). Efectos de variables psicológicas sobre la carga viral en personas VIH-positivas. En *Trastornos y enfermedades crónicas. Una aproximación psicológica* (pp. 170-185). México, DF: Manual Moderno.