

# Afrontamiento y adaptación y su relación con la perspectiva espiritual en el paciente con VIH/SIDA

Beatriz Pérez-Giraldo<sup>1</sup>  
Mónica del Mar Veloza-Gómez<sup>2</sup>  
Jorge Eduardo Ortiz-Pinilla<sup>3</sup>

## Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/AIDS

### Abstract

**Objective.** To identify the coping and adaptation process and its relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/AIDS. **Methodology.** Cross-sectional descriptive study in which 100 patients participated and who were applied instruments like *Roy's coping and adaptation measurement scale* and *Reed's Spiritual Perspective Scale*. The study was conducted in 2009, at a state healthcare institution in Bogotá (Colombia). **Results.** Five patient subgroups were identified (Recursive and Centered, Physical and Focused, in warning process, in systematic processing, and knowing and relating) who presented different dynamics regarding the greater or lesser use of coping strategies. In most patients a high spiritual perspective was identified upon the experience of the disease. A weak, but significant correlation was found between the coping and adaptation processes and the components of the spiritual perspective. **Conclusion.** A relationship exists between the spiritual perspective and the coping and adaptation process to the HIV/AIDS disease; the aforementioned must be considered in the therapeutic relationship as a relevant component of caretaking.

**Key words:** spirituality; psychological adaptation; HIV.

## Afrontamiento y adaptación y su relación con la perspectiva espiritual en el paciente con VIH/SIDA

### Resumen

**Objetivo.** Identificar el proceso de afrontamiento y adaptación y su relación con la perspectiva espiritual en el paciente con VIH/SIDA. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal en el que participaron 100 pacientes a quienes se les aplicaron los instrumentos *Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación* de Roy, y la *Escala de Perspectiva Espiritual* de Reed. El estudio se realizó en 2009, en una institución estatal de salud en Bogotá (Colombia). **Resultados.** Se identificaron cinco

1 Enfermera, Magíster, Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de La Sabana, Colombia.  
email: beatriz.perez@unisabana.edu.co

2 Enfermera, Magíster, Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de La Sabana, Colombia.  
email: monica.veloza@unisabana.edu.co

3 Estadístico, Profesor, Facultad de Estadística, Universidad Santo Tomás, Colombia.  
email: jorgeortiz@usantotomas.edu.co

**Artículo asociado a investigación:** "Perspectiva espiritual y proceso de afrontamiento y adaptación en tres grupos de pacientes en situación de enfermedad crónica".

**Subvenciones:** Dirección de Investigación de la Universidad de La Sabana.  
Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

**Fecha de recibido:** 10 de junio de 2011.

**Fecha de aprobado:** 23 de marzo de 2012.

**Cómo citar este artículo:** Pérez-Giraldo B, Veloza-Gómez MM, Ortiz-Pinilla JE: Pérez-Giraldo B, Veloza-Gómez MM, Ortiz-Pinilla JE. Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/AIDS. Invest Educ Enferm. 2012;30(3): 330-338.

subgrupos de pacientes (recursivo y centrado, físico y enfocado, en proceso de alerta, en procesamiento sistemático y conociendo y relacionando) quienes presentaron diferentes dinámicas en cuanto al mayor o menor uso de las estrategias de afrontamiento. En la mayoría de pacientes se identificó una alta perspectiva espiritual ante la vivencia de la enfermedad. Una débil pero significativa correlación se encontró entre los procesos de afrontamiento y adaptación y los componentes de la perspectiva espiritual. **Conclusión.** Existe relación entre la perspectiva espiritual y el proceso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad del VIH/SIDA. Lo anterior debe ser tenido en cuenta en la relación terapéutica como componente relevante del cuidado.

**Palabras clave:** espiritualidad; adaptación psicológica; VIH.

## Afrontamento e adaptação e sua relação com a perspectiva espiritual no paciente com HIV/AIDS

### ■ Resumen ■

**Objetivo.** Identificar o processo de afrontamento e adaptação e sua relação com a perspectiva espiritual no paciente com HIV/AIDS. **Metodologia.** Estudo descritivo transversal no que participaram 100 pacientes a quem se lhes aplicaram os instrumentos Escala de Medição do Processo de Afrontamento e Adaptação de Roy, e a Escala de Perspectiva Espiritual de Reed. O estudo se realizou em 2009, numa instituição estatal de saúde em Bogotá (Colômbia). **Resultados.** Identificaram-se cinco subgrupos de pacientes (recursivo e centrado, físico e enfocado, em processo de alerta, em processamento sistemático e conhecendo e relacionando) quem apresentaram diferentes dinâmicas quanto ao maior ou menor uso das estratégias de afrontamento. Na maioria de pacientes se identificou uma alta perspectiva espiritual ante a vivência da doença. Uma débil, mas significativa correlação se encontrou entre os processos de afrontamento e adaptação e os componentes da perspectiva espiritual. **Conclusão.** Existe relação entre a perspectiva espiritual e o processo de afrontamento e adaptação à doença do HIV/AIDS, o anterior deve ser tido em conta na relação terapêutica, como componente relevante do cuidado.

**Palavras chave:** spirituality; adaptação psicológica; HIV.

## Introducción

El ser humano tiene potencial para desarrollar su proyecto de vida, el cual se puede ver afectado por la vivencia de enfermedades crónicas, en las que la espiritualidad y el proceso de afrontamiento y adaptación surgen como expresiones humanas en busca de equilibrio o de mejoramiento de las condiciones de la calidad de vida. Las situaciones de enfermedad crónica como el VIH/SIDA afectan la integralidad de la persona, influyendo en sus procesos fisiológicos, así como en aspectos de índole sicosocial representados en el desempeño de sus roles, en su interacción con el entorno y en el concepto de sí mismo.<sup>1,2</sup> De esta manera, la persona sufre de incertidumbre, vulnerabilidad,

fragilidad, ansiedad, temor, sufrimiento y dolor, como también se pregunta acerca de un pasado, un presente y un futuro.<sup>2</sup> Las cifras de esta enfermedad en el mundo muestran el gran impacto que tiene en la vida de los pacientes y en la de sus familias: el número de personas que viven con el VIH/SIDA ha pasado de ocho millones en 1990 a más de 33 millones de casos en 2009, y sigue en aumento.<sup>3</sup>

Roy, en su Modelo Conceptual de Adaptación,<sup>4</sup> plantea que las personas son sistemas *adaptativos* holísticos que se encuentran en continua interacción en un medio ambiente cambiante.

El término *afrontamiento*<sup>4</sup> hace referencia a los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad. A través del desarrollo del proceso cognitivo de la información, la persona otorga significados a las situaciones enmarcadas en su experiencia y conocimiento y, con base en ellas, elabora respuestas que le permiten afrontar las circunstancias.

Reed<sup>5</sup> define la *perspectiva espiritual* como la visión personal para hallar significado en la vida mediante un sentido de interrelación con algo mayor que el mismo ser, que trasciende el yo y lo fortalece de una manera que empodera al individuo sin devaluarlo. Esta interrelación puede ser intrapersonal (consigo mismo), interpersonal (con el mundo: los otros y la naturaleza) o transpersonal (con un ser trascendente: Dios, o un poder mayor que los orígenes comunes propios). En estas interrelaciones está presente la trascendencia, vista como una facultad del individuo. Además, hace alusión a la perspectiva espiritual como una visión personal (creencias) y comportamental que expresa un sentido de relación trascendental con alguien superior, siendo una experiencia particularmente importante en la etapa adulta que se intensifica con la cercanía de la muerte.

La espiritualidad, puede ser identificada por el enfermero como un recurso de gran valor para el cuidado, ya que puede ser conceptualizada como componente de la relación terapéutica en pro de la salud humana y del bienestar. Reed<sup>6</sup> plantea que la espiritualidad es parte del fundamento ontológico de la enfermería, por ser una característica básica de la humanidad. Así, la perspectiva espiritual y el proceso de afrontamiento y adaptación pueden ser considerados de manera integral, como expresiones humanas que intervienen ante la vivencia de cualquier enfermedad, entre ellas el VIH/SIDA.

Ahora bien, el mayor volumen de literatura científica relacionada con el cuidado de enfermería de este tipo de pacientes, se centra en intervenciones de aspectos fisiológicos, dejando de lado la integralidad del ser humano. Esta

situación repercute en la misma conceptualización del cuidado, pues no considera a la persona a cuidar como un ser holístico, ya que no tiene en cuenta su esencia cognitiva, espiritual y social en la búsqueda del bienestar. El objetivo de este estudio fue identificar el proceso de afrontamiento y adaptación y su relación con la perspectiva espiritual en el paciente con VIH/SIDA.

## Metodología

Estudio descriptivo de corte transversal. Se tomó una muestra no probabilística de 100 pacientes con al menos seis meses de diagnóstico de VIH/SIDA, que no se encontraran en fase terminal, hospitalizados o atendidos por consulta externa en una institución de salud del sector público de la ciudad de Bogotá (Colombia) entre noviembre de 2008 y enero de 2009. Para la recolección de la información se utilizaron los instrumentos *Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy*<sup>4</sup> en su versión en español (EsCAPS) y la *Escala de Perspectiva Espiritual* (SPS) de Pamela Reed.<sup>6</sup>

La EsCAPS,<sup>7</sup> está conformada por 47 ítems, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, (4=siempre, 3=algunas veces, 2=a veces y 1=nunca). La escala permite identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para afrontar situaciones difíciles o críticas. Mediante análisis factorial, Roy<sup>4</sup> definió cinco subescalas o factores correspondientes a estrategias interpretadas a través de la teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación. El primer factor, *recursivo y centrado*, refleja comportamientos que utilizan recursos propios y externos centrados en expandir la fase de entrada de la información, para ser creativo y buscar resultados. El segundo, *físico y enfocado*, resalta las reacciones físicas y la fase de entrada de la información para el manejo de las situaciones. Los comportamientos del yo físico y personal, enfocados en las tres fases del procesamiento de la información (entrada, procesamiento central y salida), se consideran en el tercer factor denominado *proceso de alerta*. Las estrategias

personales y físicas utilizadas en el manejo metódico de las situaciones conforman el cuarto factor conocido como *procesamiento sistemático*. El quinto factor, *conociendo y relacionando*, describe las estrategias tanto propias como ajenas para el manejo de las situaciones utilizando la memoria y la imaginación.<sup>4</sup>

Con respecto a la capacidad psicométrica del EsCAPS, el instrumento posee buena validez facial o aparente y una alta correlación test-retest (0.90 para el factor 1, 0.94 para el factor 2, 0.91 para el factor 3, 0.92 para el factor 4, 0.92 para el factor 5). La confiabilidad del instrumento, medido con el alfa de Cronbach, fue también alto con 0.88.<sup>7</sup> Esta escala ha sido validada al español en grupos de pacientes residentes en Panamá y México.<sup>8</sup>

En este estudio se acordó utilizar el promedio por factor y total de la escala, con el fin de evitar que las diferencias en las cantidades de ítems generaran dificultades comparativas. La segunda escala utilizada es la SPS Reed,<sup>5</sup> la cual consta de 10 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (menos perspectiva espiritual) a 6 (mayor perspectiva espiritual). Los cuatro primeros ítems se refieren a comportamientos y los seis últimos a creencias espirituales de la persona. El puntaje total corresponde a la sumatoria de las calificaciones de los diez ítems. La escala original posee una consistencia interna mediante un alfa de Cronbach de 0.91.<sup>6</sup> En Colombia se realizó un estudio en mujeres maltratadas, donde se mostró una consistencia interna de 0.8.<sup>9</sup>

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de La Sabana. Los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta fueron el consentimiento informado firmado y la confidencialidad de la información suministrada por los pacientes. Los dos instrumentos fueron utilizados con autorización de las autoras.

Para el análisis estadístico, se utilizaron pruebas no paramétricas de Wilcoxon, Kruskal-Wallis y Spearman. Para obtener información sobre el énfasis individual en los aspectos del proceso de afrontamiento y adaptación, se tomaron las posiciones de las puntuaciones de los cinco

factores del *EsCAPS para cada paciente*. Con ellas se aplicó un análisis de agrupaciones como método exploratorio para organizar grupos homogéneos con más de seis pacientes a partir de sus perfiles de respuestas relativas. Los grupos resultantes fueron objeto de análisis por parte de las investigadoras para generar pautas de cuidado en función de las características identificadas.

Como patrón de respuestas, se consideró transformar los puntajes brutos de los cinco factores de la escala EsCAPS en puntuaciones valorativas de la importancia relativa dada a cada factor en relación con los demás. Esta puntuación consistió en asignar el rango del puntaje bruto para un factor específico como la cantidad de factores que recibieron del paciente una puntuación menor o igual a la de dicho factor. En caso de puntuaciones iguales, se consideraron los rangos medios.

Los ítems del instrumento organizados en los cinco factores fueron utilizados como las variables de agrupación. Con la puntuación relativa se obtuvo información sobre la importancia que cada paciente atribuyó a cada factor con respecto a los demás. Lo anterior permitió establecer con claridad el énfasis personal por los aspectos evaluados del proceso de afrontamiento y adaptación. Con esto se redujeron, en parte, los problemas relacionados con los resultados del análisis de consistencia interna de los factores, pues no se tuvo en cuenta la calificación numérica estricta sino su valor relativo con respecto a los demás factores del instrumento.

## Resultados

El grupo de estudio estuvo conformado por 100 pacientes, 14 mujeres y 86 hombres, con edades promedio de  $31 \pm 9.1$  y  $38 \pm 9.3$  años respectivamente. 92 pacientes estaban siendo atendidos en la consulta externa y ocho se encontraban hospitalizados. El tiempo promedio transcurrido después del diagnóstico fue de  $56 \pm 48.8$  meses hasta el momento de la entrevista. Del total de pacientes, 93 pertenecía al

estrato socioeconómico 3 o menos. Escolaridad: primaria 17, secundaria 64, universitaria 15 y posgrado 4. De los participantes, 62 tenían empleo y 38 eran desempleados. La forma de convivencia más usual de los pacientes fue la de familia atípica (46), seguida por la nuclear (28), nuclear modificada (15) y extensa (11). La filiación religiosa era predominantemente católica (66); cristiana (22); dos eran evangelistas y uno budista; cuatro manifestaron creer en la existencia de un ser supremo aunque no tuvieron alguna

religión en particular; y cinco no profesaban ninguna.

**Proceso de afrontamiento y adaptación.** La Tabla 1 contiene las medianas, los promedios y las desviaciones estándar de los factores de afrontamiento y adaptación. Tres de los cinco factores tienen promedios y medianas por encima de 3.4 y el total de la escala en 3.2, lo que indicaría una frecuencia superior a “algunas veces”.

**Tabla 1.** Medianas, promedios y desviaciones estándar de los factores de la escala EsCAPS en los pacientes con VIH/SIDA

Factor	Mediana	Promedio	Desviación estándar
1 Recursivo y centrado	3.6	3.5	0.4
2 Físico y enfocado	2.8	2.7	0.5
3 Proceso de alerta	3.0	3.0	0.4
4 Procesamiento sistemático	3.5	3.4	0.6
5 Conociendo y relacionando	3.5	3.5	0.4
Total escala	3.2	3.2	0.4

Con las variables sociodemográficas solo se encontraron asociaciones significativas entre algunos de los factores de afrontamiento y adaptación con el sexo y la escolaridad, así: las medianas del total del EsCAPS, fueron 3.3 para las mujeres y 3.2 para los hombres, sin ser significativa esta diferencia (Wilcoxon  $W=710$ ,  $p=0.28$ ). Cuando comparamos la calificación promedio por sexo de los factores 1, 2, 3 y 5, solamente en el factor 4 - *procesamiento sistemático*, las mujeres presentaron un promedio de puntaje superior al de los hombres (3.8 y 3.5 respectivamente) que fue estadísticamente significativo ( $W=836$ ,  $p=0.02$ )

La prueba de Kruskal Wallis para los grupos de escolaridad revela como únicas diferencias significativas las que corresponden al factor *físico y enfocado*, con unas medianas obtenidas en los niveles de primaria, secundaria, universidad y posgrado de 2.5, 2.7, 3.0 y 3.4, respectivamente (Kruskal-Wallis  $K=13.8$ ,  $p < 0.01$ ).

Cuando se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman entre las variables escolaridad y cada uno de los factores del proceso de afrontamiento y adaptación y para el total de la escala, únicamente se apreciaron correlaciones significativas en el factor *físico y enfocado* ( $Rho=0.36$ ,  $p < 0.001$ ) y para la escala total ( $Rho=0.22$ ,  $p=0.03$ ).

**Grupos de perfiles característicos.** Se identificaron cinco grupos, denotados en la tabla 2 como los perfiles 3, 4, 6, 7 y 8. Como patrón general se identifica la baja puntuación relativa que se encuentra en el factor *físico y enfocado* en la mayoría de los grupos. *Proceso de alerta* es el siguiente factor con puntuaciones más bajas, mientras que para *recursivo y centrado*, *procesamiento sistemático* y *conociendo y relacionando* se tienen las valoraciones promedio más altas.

**Tabla 2.** Valores promedio por factor de los perfiles para los pacientes con VIH/SIDA

	Perfil	Factor				
		Recursivo y centrado	Físico y enfocado	Proceso de alerta	Procesamiento sistemático	Conociendo y relacionando
3	(n = 9)	3.2	2.5	3.4	3.5	3.1
4	(n = 22)	3.7	2.5	3.1	3.8	3.5
6	(n = 23)	3.4	2.9	3.0	3.8	3.8
7	(n = 6)	3.4	2.7	2.7	2.4	3.4
8	(n = 20)	3.5	2.4	2.8	3.2	3.6
Total	(n = 80)	3.5	2.7	3.0	3.4	3.5

El grupo 3 se caracteriza por la mayor valoración de *proceso de alerta* y *procesamiento sistemático* y la baja puntuación de *físico y enfocado* frente a los demás factores como el contraste más destacado de su perfil. En el grupo 4, el contraste de *físico y enfocado* se atenúa con el *proceso de alerta*, pero se acentúa con los demás factores, especialmente con *recursivo y centrado* y *procesamiento sistemático* que son los más altamente valorados por estos pacientes. El perfil del grupo 6 presenta los mayores promedios en *procesamiento sistemático* y *conociendo y relacionando*, contrastando con *físico y enfocado* y *proceso de alerta*, aunque el perfil es ligeramente más equilibrado que en los otros grupos.

El grupo 7 es el único donde se encuentran tres factores por debajo de 3.0 (*físico y enfocado*, *proceso de alerta* y *procesamiento sistemático*). El mayor contraste de puntuaciones se presenta entre los factores *recursivo y centrado* y *conociendo*

y *relacionando*, como los de mayores promedios, y *procesamiento sistemático*, como el de menor promedio para estos pacientes. Los pacientes del grupo 8 asignaron puntuaciones promedio más altas a los factores *recursivo y centrado* y *conociendo y relacionando* en contraste con una puntuación baja para *físico y enfocado*. Por último, se aclara que 20 pacientes presentaron perfiles que no pudieron ser clasificados en grupos de tamaños aceptables.

**Perspectiva espiritual.** En la Tabla 3 se resumen las medidas descriptivas clásicas para los componentes de la escala SPS. Las medianas muestran que al menos la mitad de los pacientes obtuvieron puntajes superiores o iguales a 5.2 y los promedios estuvieron cercanos a 5.0; si se tiene en cuenta que el máximo valor posible en la perspectiva espiritual es de 6, se podría hablar de una perspectiva alta.

**Tabla 3.** Promedios, medianas y desviaciones estándar de los factores de la SPS

Factor	Mediana	Promedio	Desviación estándar
Perspectiva espiritual	5.2	5.0	0.8
Comportamientos	5.3	4.8	1.2
Creencias	5.2	5.1	0.9

La mediana de SPS en las mujeres (5.3) fue superior a la de los hombres (5.1) en la perspectiva espiritual, la diferencia fue además estadísticamente significativa ( $W=810$ ,  $p=0.04$ ). En los comportamientos, la mediana de las mujeres fue de 5.4 y la de los hombres 5.0 y su diferencia no es significativa ( $W=786.5$ ,  $p=0.07$ ). Las diferencias en las creencias espirituales fueron aun menores: las mujeres tuvieron una mediana de 5.3 y los hombres de 5.2 ( $W=37.5$ ,  $p=0.18$ ).

**Relación entre la perspectiva espiritual y el proceso de afrontamiento y adaptación.** En la Tabla 4 se puede observar que todos los coeficientes de correlación de Spearman entre los componentes de las dos pruebas, son positivos,

indicando que, en términos generales, el proceso de afrontamiento y adaptación y la perspectiva espiritual se relacionan de manera directa. Así lo muestra la correlación significativa entre los puntajes totales de los dos instrumentos y, en particular, el puntaje total del *EsCAPS* con los *comportamientos espirituales*.

A su vez, el puntaje total de la escala SPS presenta correlaciones significativas con los factores de la *EsCAPS* *recursivo y centrado* y *procesamiento sistemático* y, estos últimos con el de *creencias* del SPS. El factor *físico y enfocado* solo se correlaciona significativamente con el componente de *comportamientos*, mas no con el total de *perspectiva espiritual*.

**Tabla 4.** Coeficientes de correlación de Spearman entre los factores la escala *EsCAPS* y la SPS

Factores del <i>EsCAPS</i>	Factores de la SPS					
	Perspectiva Espiritual		Comportamientos		Creencias	
	Rho	p	Rho	P	Rho	P
Recursivo y centrado	0.28	<0.01	0.17	0.09	0.21	0.04
Físico y enfocado	0.15	0.15	0.22	0.03	0.07	0.51
Proceso de alerta	0.13	0.21	0.09	0.37	0.12	0.22
Procesamiento sistemático	0.24	0.08	0.07	0.47	0.30	<0.01
Conociendo y relacionando	0.18	0.08	0.07	0.48	0.17	0.09
Afrontamiento y adaptación	0.25	0.01	0.21	0.04	0.19	0.06

Ninguno de los coeficientes entre los factores de la *EsCAPS* de *proceso de alerta* y *conociendo y relacionando* con el de *perspectiva espiritual* de la SPS fue significativo. Siete de las dieciocho correlaciones presentadas en la Tabla 4 son significativas, pero apenas dos de ellas están ligeramente por encima de 0.28, indicando correlaciones débiles.

## Discusión

El proceso de afrontamiento y adaptación que presentan los pacientes del estudio ante la

vivencia del VIH/SIDA se evidencia a través de la utilización de las estrategias de afrontamiento planteadas por Roy, representadas en los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad.<sup>4</sup> Cada uno de los 5 grupos de pacientes identificados en el estudio presenta una dinámica propia en cuanto a una mayor y menor estabilidad en el uso de estas estrategias representadas a través de los factores o subescalas que hacen parte del *EsCAPS* (*Factor 1: Recursivo y centrado; Factor 2: Físico y enfocado; Factor 3: Proceso de alerta; Factor 4: Procesamiento sistemático; Factor 5:*

*Conociendo y relacionando*).<sup>4,10</sup> Estas estrategias son el resultado del proceso de manejo de la situación por parte de la persona, mediante el uso de las tres fases del proceso cognitivo de la información: entrada – procesamiento central – salida, que se manifiesta mediante la generación de pensamientos, sentimientos y acciones con el fin de lograr el afrontamiento de la situación, concordante con el estudio de González<sup>8</sup> realizado con pacientes que padecen cardiopatía isquémica.

La variable sociodemográfica que hace referencia a un alto nivel de escolaridad, se asocia con una mayor estabilidad en el uso de las estrategias de afrontamiento. Esta tendencia incremental hace ver la mayor escolaridad asociada con una mayor protección de los pacientes frente a las interferencias que generan las crisis en sus actividades y preocupaciones diarias, como lo plantea Roy<sup>4</sup> el individuo hace uso de sus conocimientos y experiencias anteriores para procesar la información a fin de lograr el afrontamiento para la adaptación ante la situación. Por tanto, una mayor escolaridad se asocia con una mayor protección de los pacientes, frente a las interferencias que generan las crisis en sus actividades y preocupaciones diarias.

En el estudio la perspectiva espiritual juega un papel importante ante la vivencia del VIH/SIDA. El paciente hace alusión a ella como un aspecto importante que se hace presente en forma alta y arraigada tanto en sus comportamientos como en sus creencias. Algunos estudios<sup>11,12</sup> coinciden con esta apreciación por parte del paciente con VIH/SIDA. De otra parte, la perspectiva espiritual de los pacientes representada por sus creencias espirituales se sustenta con lo planteado por Emblen<sup>13</sup> al considerar que estas surgen desde dentro de sí, pueden surgir de su intelecto y están influenciadas por su conducta, sirven de guía a los aspectos del diario vivir, se constituyen en fuente de soporte y fortaleza interior que promueven al individuo hacia un óptimo nivel de bienestar.

Los pacientes consideran los asuntos espirituales muy importantes e influyentes en sus vidas y los tienen presentes con frecuencia en sus charlas con los amigos, en los momentos que comparten con otros y en sus lecturas, además de tener

un hábito regular de oración o de meditación. Adicionalmente, en la perspectiva espiritual de los pacientes, el perdón se manifiesta como una creencia espiritual y se sustenta con lo planteado por Reed en cuanto que es un aspecto importante a destacar relacionado con la espiritualidad, tanto en un sentido religioso como no religioso, al fomentar el sentido de conexión consigo mismo, con las otras personas y con un Dios o un poder superior. Posee un valor terapéutico representado en la facilitación de la conexión mediante la disolución de la culpa excesiva sentida dentro de uno mismo, las expectativas de la crítica de otros y la solución de la hostilidad hacia los demás.<sup>6</sup>

Como parte de la perspectiva espiritual de los pacientes, la variable sociodemográfica, filiación religiosa, se manifiesta como un comportamiento espiritual en donde el catolicismo y el cristianismo se traducen en aspectos que motivan el compartir con otros aspectos espirituales en los cuales también se hace referencia a la lectura de material espiritual, a la meditación y el rezar como comportamientos que intervienen en el manejo de la situación difícil. Los católicos, pero aún más los cristianos, manifiestan su filiación religiosa en forma más arraigada, que aquellos pacientes quienes manifiestan otras filiaciones religiosas o aquellos que manifiestan no tener ninguna. Estos resultados se relacionan con los estudios realizados por Kudel *et al.*<sup>14</sup> y Hsiao *et al.*<sup>15</sup>

Este estudio permitió conocer la dinámica tanto de la perspectiva espiritual, como del proceso de afrontamiento y adaptación, variables que a pesar de presentar una débil correlación se pueden identificar como dimensiones complementarias y significativas ante la vivencia del VIH/SIDA. Como componente relevante del cuidado, la relación terapéutica se constituye en un importante referente para la expresión de estos recursos de naturaleza humana, ante la vivencia del VIH/SIDA.

La conclusión de este estudio es que existe una débil pero significativa relación entre la perspectiva espiritual y el proceso de afrontamiento y adaptación, constituyéndose en recursos de naturaleza humana de gran relevancia ante el cuidado de la persona que vive con VIH/SIDA.



**Agradecimientos.** De manera especial, los autores agradecen a la doctora Callista Roy, autora de la *Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación* y a la doctora Pamela Reed, autora de la *Escala de perspectiva espiritual* (SPS) por su amable autorización para el uso de las versiones en español de las pruebas. Al Comité de Ética e Investigación de la Institución de Salud que gentilmente nos colaboró para el desarrollo de la investigación. A las estudiantes de enfermería Alba Luz Urrego, Ángela Morales, Karen Martínez y Miriam Patiño por su activa participación en el mismo y a los pacientes que aceptaron participar a pesar de sus circunstancias particulares de salud.

## Referencias

- Richardson C, Poole H. Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models. *J Adv Nurs*. 2001 34(5):659-67.
- Arrivillaga M, Correa D. Abordaje integral de la enfermedad crónica. *Psicología de la salud*. Madrid: Manual Moderno; 2007.
- Naciones Unidas. Declaración Política sobre el VIH/SIDA. Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA. New York: Naciones Unidas; 2001. A/65/L.77.
- Roy C. *The Roy Adaptation Model*. 3<sup>th</sup> ed. London: Prentice Hall; 2008.
- Kim SS, Reed PG, Hayward RD, Kang Y, Koenig HG. Spirituality and psychological well-being: testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. *Res Nurs Health*. 2011; 34(2):103-15
- Jesse DE, Reed PG. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004; 33(6):739-47.
- Gutiérrez C, Veloza MM, Moreno ME, Durán MM, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. *Aquichan*. 2007; 7(1):54-63.
- González Y. Evaluación de la Eficacia del Cuidado como Intervención Terapéutica en Personas que Padenen Cardiopatía Isquémica a partir del Modelo de Adaptación y la Teoría del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. [Dissertation]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2007.
- Jaramillo D, Ospina D, Cabarcas G, Humpreys J. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Rev Salud Publica*. 2005; 7(3): 281-92.
- Roy C, Andrews H. Altered cognition: An information processing approach. In: Mitchell P H, Hodges L, Muwases M, Walleck CA. *American Association of Neuroscience Nurses' neuroscience nursing: Phenomena and practice*. Norwalk: Appleton & Lange; 1988.
- Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman A, Feinberg J, et al. Spirituality and Religion in Patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(S5) S5-S13.
- Tuck I, McCain N, Elswick R. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *J Adv Nurs*. 2001; 33(6):776-83.
- Emblen JD. Religion and spirituality defined according to current use in nurse literature. *J Prof Nurs* 1992; 8(1):41-47.
- Kudel I, Cotton S, Szaflarski M, Holmes W, Tsevat J. Spirituality and Religiosity in Patients with HIV: A Test and Expansion of a Model. *Ann Behav Med*. 2011; 41(1): 92-103.
- Hsiao AF, Wong MD, Miller MF, Ambs AH, Goldstein MS, Smith A, Ballard-Barbash R, Becerra LS, Cheng EM, Wenger NS. Role of religiosity and spirituality in complementary and alternative medicine use among cancer survivors in California. *Integr Cancer Ther*. 2008; 7(3):139-46.