

Validación interna de un Cuestionario General de Salud (CGS -30) en mujeres seropositivas al VIH

Internal Validity of a General Health Questionnaire (GHQ-30) in HIV-seropositive women

María del Pilar Meza Rodríguez¹
Instituto Nacional de Perinatología, México
Instituto Politécnico Nacional

Javier Mancilla Ramírez
Instituto Nacional de Perinatología, México

Claudia Sánchez Bravo
Instituto Nacional de Perinatología, México

Julio Alfonso Piña López
Universidad de Sonora, México

Ivette Contreras López
Instituto Nacional de Perinatología, México

Se condujo un estudio transversal que tuvo como su objetivo validar el Cuestionario General de Salud (CGS-30) en una muestra de 71 mujeres seropositivas al VIH de una institución de salud en México. Para determinar la validez de constructo se utilizó un análisis factorial exploratorio y para estimar la confiabilidad de la medida el coeficiente alfa () de Cronbach. Se formó una estructura de cuatro factores con valores propios superiores a 1 que explican 63.34% de la varianza; la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue = 0.784 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue la adecuada ($\chi^2 [351] = 1446.989; p < 0.001$); el de Cronbach ascendió a 0.935. Los resultados descritos confirman la validez de constructo y la confiabilidad del CGS en mujeres con VIH de México. Se discute sobre las implicaciones de estos hallazgos y el hecho de que nueve preguntas en un sentido positivo se eliminaron en diferentes análisis.

Palabras clave: validación, Cuestionario General de Salud, mujeres, VIH, México.

This cross-sectional study was carried out to validate the General Health Questionnaire (GHQ-30) in a sample of 71 HIV-seropositive women from a health-care institution in Mexico. A factorial exploratory analysis for determining construct validity and the Cronbach's alpha () coefficient for reliability were used for data treatment. A four-factor structure was found with values above one, explaining 63.34% of the variance; the test of Kaiser-Meyer-Olkin was = 0.784, while the Bartlett's sphericity test was adequate ($\chi^2 [351] = 1446.249; p < 0.001$); an overall coefficient of 0.935 was obtained with the test of reliability. According with these results the GHQ-30 has construct validity as well as a high reliability in pregnant HIV seropositive women in México. We discuss the implications of these results, with special emphasis in the fact that nine positive questions were eliminate in different analysis.

Keywords: validation, General Health Questionnaire, women, HIV, Mexico.

Los instrumentos de medida —en la forma de cuestionarios, inventarios o escalas— se han constituido en una herramienta de apoyo en la práctica clínica dentro de las instituciones de salud (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez y Sanz, 2011). De su utilidad práctica se ha destacado la posibilidad de identificar qué variables facilitan o impiden la

Nota: Los autores declaran que no existen conflictos de interés. MPMR: Concibió el estudio, administró el instrumento y participó en la elaboración del reporte inicial. JMA: Supervisó el estudio y participó en la revisión y elaboración del reporte final. CSB y JAPL: Analizaron los datos, seleccionaron las referencias y prepararon la versión final. ICL: Recolección de muestra, administración y calificación del instrumento.

¹ Dirección postal: Dirección Postal: Montes Urales No. 800. Torre de Investigación, I Piso. Colonia Lomas Virreyes. Delegación Miguel Hidalgo. México, Distrito Federal, C.P. 11000. Correo electrónico: mezapilar@yahoo.com. Dirección electrónica: camilabolcampos@gmail.com

práctica de conductas de ajuste a la enfermedad y a los tratamientos (Rosas, Kagan, Schouten, Slack, & Trochim, 2011), lo que sin duda ha contribuido a mejorar los protocolos de atención, control y seguimiento a los que son expuestos las personas una vez que se ha diagnosticado una enfermedad crónica, i.e., infarto del miocardio, hipertensión, diabetes, cáncer y la seropositividad al VIH (McNaghten, Wolfe, Onorato, Nakashima, Valdiserri, Mocotoff et al., 2007; Ortiz, Baeza-Rivera y Myers, 2013; Thomas, Meera, Binny, Sonal, Kishore, & Sasidharan, 2011; Urzúa, Marmolejo y Barr, 2012).

Como bien señalan Retolaza y Ballesteros (2011), lo anterior es importante debido a que los instrumentos de medida pueden aportar información valiosa para identificar y diferenciar con una dosis razonable de certeza los que se definen como casos clínicos *vs.* los que no lo son, es decir, a personas cuya condición psicológica hace necesaria una intervención especializada por parte de los profesionales de la psicología (Martínez, Medina-Mora, Padilla, Caraveo, & Campillo, 1983). En este contexto, aun cuando en las instituciones de salud se han reconocido las aportaciones de instrumentos que miden ansiedad-rasgo, ansiedad-estado, estrés, depresión o rasgos de la personalidad (Ascencio, 2011; Páez, Jofré, Azpiroz y de Bortoli, 2009; Pérez-Pedrogo y Martínez-Taboas, 2011), también se ha hecho lo propio con relación a instrumentos de tamizaje para identificar casos clínicos asociados con condiciones psicológicas diversas —i.e., depresión, ansiedad, insomnio, ideación suicida, disfunción social, etcétera. Un ejemplo particular sobre el respecto se tiene con el Cuestionario General de Salud (CGS) de Goldberg (1978).

El CGS fue diseñado por el autor como instrumento de tamizaje para medir el estado general de salud y la condición psicológica en pacientes que eran atendidos en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra. El cuestionario original consta de 60 preguntas, del cual han derivado tres versiones más: 30, 28 ó 12 preguntas (Goldberg & Hillier, 1979; Medina-Mora, Padilla, Campillo, Mas, Ezbán, Caraveo et al., 1983; Medina-Mora, Padilla, Mas, Ezbán, Caraveo, Campillo et al., 1985). Debido a su formato sencillo y simplificado se le ha traducido, adaptado y validado en países hispano-parlantes como Chile (Garmendia, 2007), Cuba (García-Viniegras, 1999), El Salvador (Gibbons, Flores de Arévalo, & Mónico, 2004) y España (Retolaza, Mostajo, de la Rica, Díaz de Garramiola, Pérez de Loza, Arramberri et al., 1993).

En una revisión sistemática realizada por los autores se encontraron únicamente dos antecedentes de adaptación y validación del CGS en México, ambos publicados. Uno incluyó a muestras de mujeres con padecimientos gineco-obstétricos (Morales-Carmona, Pimentel-Nieto, Sánchez-Bravo, & Henales, 2008) y el otro a estudiantes universitarios de ambos géneros (Romero y Medina-Mora, 1987). Además, se le ha utilizado con diferentes propósitos y en diferentes sectores de la población: para medir características personales y la valoración que se hace de la salud en médicos residentes (Hamui-Sutton, Barragán-Pérez, Fuentes-García, Monsalvo-Obregón, & Fouilloux-Morales, 2013); para establecer asociaciones con la va-

riable apoyo social en adultos de la población general (Matud, Carballeira, López, & Ibáñez, 2002); para relacionar la salud mental con el rendimiento académico en estudiantes universitarios (Rosete, 2006); para medir la adaptación psicológica en mujeres diagnosticadas con el virus del papiloma humano (Meza-Rodríguez, Mancilla-Ramírez, Morales-Carmona, Pimentel-Nieto, Carreño-Meléndez y Sánchez-Bravo, 2011); también, para medir alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía asociada (de los Ríos, Barrios, & Ávila, 2004); finalmente, para medir la asociación de disfunciones sexuales en hombres con problemas conyugales (Sánchez-Bravo, Morales-Carmona, Carreño-Meléndez y Cuenca, 2007).

Un hecho interesante y de especial importancia aquí, es que en nuestro país no se ha encontrado un estudio en el que se haya utilizado el CGS en personas que viven con la seropositividad al VIH. Como apuntan varios autores (Ballester, Gil, Gil-Juliá, & Gómez, 2012; ElZarrad, Eckstein, & Glasgow, 2013; Grossman & Gordon, 2010), se trata de un sector de la población que se diferencia de otros que viven con una enfermedad crónica (del corazón, diabetes, cáncer, etcétera), dadas las características de la propia enfermedad y la complejidad de los regímenes de tratamientos a las que son expuestos quienes la padecen. A ello hay que añadir que la seropositividad al VIH suele facilitar la presencia de una condición psicológica adversa —estados afectivos o emocionales— que compiten abiertamente tanto con el ajuste a la enfermedad y la adhesión a la terapéutica, lo que se traduce en un peor control clínico de la misma y una mayor probabilidad de fallecer a causa del sida en un menor tiempo (Cardarelli, Weis, Adams, Radaford, Vecino, Munguia et al., 2008; McInnes, Shimada, Rao, Quill, Duggal, Gifford et al., 2013; Nebhinani, Mattoo, & Wanchu, 2011; Wu & Li, 2014).

Considerando lo antes expuesto, el CGS puede ser utilizado en personas que viven con la seropositividad al VIH, como un instrumento de tamizaje y medición tanto de la condición de salud como de la condición psicológica. Es con base en estos elementos que se planteó el presente estudio, teniendo como su objetivo principal presentar los resultados obtenidos en la administración del CGS-30 en una muestra de mujeres seropositivas al VIH que se encontraban recibiendo atención en un Instituto Nacional de Salud en México. La justificación de utilizar la versión con 30 preguntas, descansa en el hecho de que la misma incluye tanto aspectos positivos como negativos vinculados con las condiciones de salud y psicológica, puesto que los primeros (los aspectos positivos) no están contemplados completamente en las versiones con 28 y 12 preguntas y poder realizar las discusiones pertinentes con los resultados que se obtengan.

MÉTODO

Diseño

El presente es un estudio no experimental, de campo y transversal, con fines de validación de instrumentos (Ato, López y Benavente, 2013).

Participantes

La muestra incluyó a 71 mujeres, quienes al momento de realizado el estudio se encontraban recibiendo atención interdisciplinaria en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Las participantes fueron seleccionadas con base en un muestreo no probabilístico consecutivo, en razón de que se seleccionan las pacientes que cubren los criterios de inclusión a medida que acuden a consulta, intentando localizar los casos que puedan proporcionar un máximo de información sobre el objetivo de la investigación. Asimismo, como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los siguientes: a) contar con el diagnóstico confirmado de seropositividad al VIH; b) tener edades entre los 15 y 45 años, c) que supieran leer y escribir. La media de edad de las participantes fue de 27.56 (± 6.8) años y una media de escolaridad de 9.28 (± 3) años, equivalente a secundaria terminada; por su parte, la media de edad de debut sexual fue de 17.62 (± 2.8) años. El estado civil de 27 (38%) pacientes fue vivir en unión libre, 52 (73.2%) se dedicaban exclusivamente a las labores del hogar, 42 (59.1%) habían tenido de una a dos parejas sexuales y ocho (11.26%) pacientes tenían un hijo seropositivo al VIH. Sesenta y siete (94.36%) pacientes contrajeron el VIH por transmisión sexual, ocho (11.2%) habían sido víctimas de abuso sexual y 38 (53.5%) tenían una pareja serodiscordante, de estas parejas serodiscordantes solo dos desconocen que la mujer es seropositiva al VIH.

Instrumento

Para dar cumplimiento al objetivo referido, se utilizó el CGS de Goldberg (1978) en su versión de 30 preguntas. Nueve están planteadas considerando aspectos positivos de la vida cotidiana (preguntas 1, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 19), en tanto que las restantes 21 en un sentido opuesto (preguntas 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30). Un ejemplo de las primeras se tiene con la número 1, donde se lee lo siguiente: ¿Se ha sentido bien y con buena salud?, con respuestas en un formato tipo Likert de cuatro puntos que van de uno (mucho peor que antes) a cuatro (mejor que antes). Respecto de las segundas, un ejemplo se tiene con la número 2, en la que se lee lo siguiente: ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?, con respuestas en un formato tipo Likert de cuatro puntos que van de uno (para nada) a cuatro (mucho más que antes). Una buena evaluación de la condición de salud supondría puntuaciones altas (valores 3 y 4) en las nueve preguntas positivas y bajas en las 21 preguntas negativas (valores 1 y 2).

Procedimiento

Una vez que el protocolo de investigación fue revisado y aprobado por los Comités de Investigación y Ética del INPer, se procedió a invitar de manera individual a las pacientes que cubrían con los criterios de inclusión. A quienes aceptaron colaborar de manera voluntaria se les pidió que leyeran y firmaran el consentimiento informado, según se estipula en las normas internacionales para el trabajo de investigación con huma-

nos y en la Declaración de Helsinki de 1975, versión modificada en 2004 (World Medical Association, 2011). Leído y firmado el consentimiento informado, un psicólogo clínico entrenado procedió a la administración del instrumento, cuya duración osciló entre los 20 y 30 minutos.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 19.0. En primer lugar, se obtuvieron estadísticas descriptivas (media, desviaciones estándar y valores mínimos y máximos) de cada una de las preguntas del CGS-30. En segundo lugar, y con el objeto de probar la validez de constructo, se empleó un análisis factorial exploratorio (rotación varimax y normalización con Kaiser Meyer Olkin); es un procedimiento que permite identificar la manera en que las variables se agrupan en uno o más factores; para la inclusión de las preguntas se estableció que cada una debería alcanzar un peso factorial ≥ 0.40 . Por último, para estimar la confiabilidad de la medida se empleó el alfa (α) de Cronbach, considerando las preguntas en forma conjunta y según se agruparan en los diferentes factores (Gardner, 2003).

RESULTADOS

Tal y como se resume en la Tabla 1, del conjunto de preguntas sobre aspectos positivos se obtuvo una $M = 28.07$ ($DE = 4.19$), con puntuaciones mínimas y máximas de 19 y 36, respectivamente; para aquellas que lo hacen sobre los aspectos negativos la $M = 35.72$ ($DE = 12.23$), con puntuaciones mínimas y máximas de 21 y 76, respectivamente. En lo tocante a las primeras, nótese que con excepción de la número 13, que alcanzó una $M = 2.92$, las restantes ocho se ubicaron por encima de los 3.00 puntos, asunto sobre el que se discute más adelante, considerando los resultados que arrojó el análisis factorial exploratorio. Por lo que hace a las segundas, en ninguna se encontró una puntuación por encima de 3.00, además de que la M para cada una ascendió en promedio a 1.67, sugiriendo una afectación de moderada a baja de los diferentes aspectos negativos contenidos en las mismas. Por su parte, los resultados sobre las comunales entre la totalidad de preguntas se presentan en la misma Tabla 1, cuya varianza inicial en la forma de puntuación estándar es siempre de 1.00. En general, las varianzas fueron altas, con valores oscilando entre 0.60 (pregunta número 12) y 0.83 (pregunta número 23). De acuerdo con lo expuesto por Gardner (2003), no se cumple con alguno de los supuestos en el que: a) las variables son distintas de las restantes; b) las observaciones de las variables representan en buena medida variaciones aleatorias, o c) que se extrajo un número menor de los posibles factores.

En cuanto al análisis factorial exploratorio, en la Tabla 2 se describen los resultados. En principio, es importante mencionar que un primer examen reveló que tres preguntas (14, 15 y 17) obtuvieron pesos factoriales < 0.40 , en los tres casos correspondiendo a preguntas que resaltan aspectos positivos. Por tal razón, se procedió a realizar un segundo exa-

Tabla 1.
Estadísticas descriptivas para las preguntas del CGS-30 y valores de la extracción.

Preguntas	M	DE	Extracción
1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	3.10	0.67	0.65
2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	1.93	0.94	0.70
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	1.55	0.82	0.71
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	1.69	0.90	0.82
5. ¿Ha tenido la sensación de que la cabeza le va a estallar?	1.46	0.75	0.78
6. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	1.68	0.87	0.69
7. ¿Se despierta demasiado temprano y no puede volver a dormir?	1.76	0.93	0.68
8. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	3.03	0.84	0.73
9. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1.79	0.90	0.77
10. ¿Ha tenido dificultades para dormir de un jalón toda la noche?	2.03	1.04	0.83
11. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	2.08	0.99	0.82
12. ¿Ha sentido que por lo general hace las cosas bien?	3.14	0.56	0.60
13. ¿Se ha sentido satisfecho por la manera en que hace las cosas?	2.92	0.75	0.76
14. ¿Siente cariño y afecto por quienes lo rodean?	3.31	0.82	0.64
15. ¿Se lleva bien con los demás?	3.18	0.63	0.72
16. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	3.24	0.76	0.77
17. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	3.14	0.76	0.77
18. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	1.59	0.80	0.80
19. ¿Disfruta sus actividades diarias?	3.01	0.74	0.72
20. ¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	2.21	0.96	0.69
21. ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo?	1.89	1.02	0.71
22. ¿Se ha sentido triste y deprimido?	2.25	1.03	0.78
23. ¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo?	1.58	0.92	0.83
24. ¿Ha pensado que usted no vale nada?	1.45	0.78	0.74
25. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	1.44	0.78	0.76
26. ¿Se ha sentido nervioso y a punto de estallar últimamente?	1.70	0.88	0.72
27. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	1.37	0.77	0.78
28. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada por ser nervioso?	1.49	0.80	0.70
29. ¿Ha deseado estar muerto o lejos de todo?	1.38	0.74	0.77
30. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida es frecuente?	1.26	0.65	0.81
Preguntas positivas (nueve)	28.07	4.19	
Preguntas negativas (21)	35.72	12.23	

Nota. M (Media); DE (Desviación Estándar).

men, en el que de nueva cuenta seis preguntas (1, 8, 12, 13, 16 y 19) no cargaron en ninguno de los cuatro factores, por lo que también fueron eliminadas; éstas también formaban parte de las preguntas que resaltan aspectos positivos. El análisis final arrojó una estructura de cuatro factores, cada uno con valores propios superiores a 1, que en conjunto explican 63.3% de la varianza total; todos los pesos factoriales fueron mayores de 0.40, oscilando entre 0.50 (pregunta 6 en el Factor 2) y 0.86 (pregunta 10 en el Factor 4). La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue = 0.784 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue la adecuada ($\chi^2 [351] = 1446.98$; $p < 0.001$), por lo que se rechaza la hipótesis de igualdad en las matrices. En cuanto a la confiabilidad de la medida, el valor del alfa (α) de Cronbach para el cuestionario fue de 0.93, siendo más elevado en el Factor 1 ($\alpha = 0.92$) y más bajo en el 2 ($\alpha = 0.81$).

DISCUSIÓN

El CGS de Goldberg ha sido utilizado en México considerando diferentes muestras, aun cuando no se había encontrado un estudio de adaptación y validación en personas seropositivas al VIH, en particular en un grupo de mujeres. Según se mencionó en el apartado previo, la versión con 30 preguntas del CGS evidenció en esta muestra validez de constructo (cuatro factores) y una elevada confiabilidad, según la estimación que se hizo con el alfa de Cronbach. Sin embargo, lo que resulta particularmente interesante de los hallazgos antes descritos, tiene que ver con que en el análisis factorial exploratorio al final del proceso se eliminaron nueve preguntas relacionadas con aspectos positivos en la cotidianidad. Quizá ello se deba a que se trabajó con una muestra conformada por mujeres que ya vivían con una enfermedad crónica transmisible (ECT), la de la

Tabla 2.

Análisis factorial exploratorio, con método de componentes principales y rotación varimax (normalización con Kaiser-Meyer-Olkin).

Preguntas	Factor 1 y pesos factoriales: desesperanza y problemas de ajuste psicológico	Factor 2 y pesos factoriales: sintomatología física	Factor 3 y pesos factoriales: ideación suicida	Factor 4 y pesos factoriales: perturbaciones del sueño
24	0.77			
18	0.72			
25	0.71			
23	0.66			
26	0.65			
21	0.59			
22	0.56			
20	0.47			
	VP: 10.9 VE: 40.5% α : 0.92			
4		0.75		
5		0.71		
2		0.61		
3		0.58		
6		0.50		
		VP: 2.5 VE: 9.4% α : 0.81		
27			0.83	
30			0.82	
29			0.81	
28			0.56	
			VP: 1.9 VE: 7.0% α : 0.86	
10				0.86
11				0.82
9				0.71
7				0.71
				VP: 1.7 VE: 6.3% α : 0.86

Nota. VP (Valores propios); VE (Varianza explicada); α (Alfa de Cronbach).

infección por el VIH. En efecto, de acuerdo con lo reportado en la literatura, las preguntas del CGS-30 se orientan fundamentalmente hacia la medición de los aspectos negativos (presencia de síntomas somáticos, ansiedad, depresión y disfunción social, principalmente), que son justo los que se suelen hacer manifiestos en personas que viven con la seropositividad al VIH o con SIDA como tal (Gold, Grill, Peterson, Pilcher, Lee, Hecht et al., 2014; Oser, Trafton, Lejuez, & Bonn-Miller, 2013).

Por tanto, lo que se tiene a un grupo de mujeres con diagnóstico de una enfermedad crónica, expuestas a regímenes de tratamientos de por vida, que por lo regular resultan ser bastante complejos y que en muchos de los casos suelen competir

abiertamente con el ajuste a la propia enfermedad y la terapéutica en general. En ese sentido, en el caso de la infección por el VIH, por ejemplo, el consumo de los medicamentos antirretrovirales incluye no sólo la cantidad que hay que consumir (entre dos y cinco, según sea el régimen y el curso clínico de la enfermedad), sino también el seguimiento puntual de las indicaciones, esto es, se requiere consumirlos en horarios específicos, esto es, se requiere consumirlos en horarios específicos, unos acompañados de líquidos y otros de alimentos; además, hay que tener en cuenta los efectos secundarios que suelen provocar, como por ejemplo las náuseas y vómitos, principalmente (Cardarelli et al., 2008; Wainberg, 2013; Weiss, Tobin, Antoni, Ironson, Ishii, Vaughn et al., 2011). Todo ello se conjuga con problemas de ajuste psicológico, que se traducen a su

vez en una baja adhesión y en la consiguiente progresión clínica de la enfermedad (Cohen, Meyers, & Davis, 2013; Gore-Felton & Koopman, 2008).

Asimismo, no se puede pasar por alto que, en el caso de las mujeres, comparadas con los hombres, la manera con que enfrentan el diagnóstico de la enfermedad, los problemas asociados con los regímenes de tratamiento, la adhesión y la progresión clínica de la enfermedad, es diferente (Mosha, Muchunguzi, Matte, Sangeda, Vercauteren, Nsubuga et al., 2013), lo cual ha sido atribuido por una parte el propio rol de género (Arrivillaga, 2010; Arrivillaga, Springer, Lopera, Correa, Useche, & Ross, 2012), el rol social como proveedora y cuidadora de la familia (García-Cedillo, Alfaro, Castro, Rodríguez-Delgado, & Sánchez-Armaás, 2011), así como los modos particulares con que se hace frente, psicológicamente hablando, a todos aquellos problemas (González, Ybarra y Piña, 2012; Piña & Rascón, 2012), por tanto esta versión puede tener mayor validez en mujeres, pudiendo ser objeto de estudios posteriores. De ahí que en apariencia sobre sentido el que las nueve preguntas sobre aspectos positivos se hayan eliminado y que, por consiguiente, las 21 sobre aspectos negativos de la vida cotidiana se agruparan en los cuatro factores, de acuerdo con el análisis factorial exploratorio. En el primero lo hicieron las preguntas sobre desesperanza y problemas de ajuste psicológico; en el segundo sobre sintomatología física; en el tercero sobre ideación suicida, y en el último, sobre problemas del sueño.

Considerando la estructura factorial y el agrupamiento de las preguntas, podemos afirmar que no guarda relación alguna con la estructura reportada en México por Aranda, Pando y Aldrete (2002), aun cuando hay cierta coincidencia con la versión de 15 preguntas reportada por Morales-Carmona et al. (2008), quienes trabajaron con una muestra de mujeres con padecimientos gineco-obstétricos del mismo INPer. Por otro lado, y haciendo mención de otros estudios realizados en el país y el extranjero, la estructura factorial reportada aquí mantiene en términos generales similitudes parciales con las reportadas con muestras de pacientes que acudían a consulta general o en estudiantes universitarios (Burvill, Knuiman, & Finlay-Jones, 1984; Padilla, Mas, Ezbán, & Medina-Mora, 1984; Romero et al, 1987), ciertamente, con diferencias puntuales en lo tocante al orden de los factores y a la varianza total explicada, que en dichos estudios osciló entre el 39 y el 46.6%.

Empero, es importante mencionar que, puesto que en nuestro país no se han encontrado estudios de adaptación y validación del CGS en sus diferentes versiones considerando muestras de pacientes que viven con una ECT o una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), ello impone algunas limitaciones para poder hacer las debidas comparaciones. Lo que queremos subrayar, es que no es lo mismo validar eventualmente el cuestionario con hombres, mujeres, adolescentes, adultos jóvenes, adultos mayores, estudiantes universitarios, deportistas, etcétera, que hacerlo con muestras de personas a quienes se les ha diagnosticado una enfermedad crónica y que están expuestas a distintos regímenes de tratamiento. Constituye ésta una limitación en este estudio, toda vez que, si bien se

pueden establecer comparaciones generales respecto de otros estudios de validación, no se puede hacer lo mismo con otros tantos hasta que no se valide el cuestionario en muestras de pacientes con infarto del miocardio, diabetes o tumores malignos, principalmente. Una limitación adicional se relaciona con el tamaño de la muestra, que incluyó únicamente a 71 mujeres que vivían con la seropositividad al VIH; esto es entendible, pues en general el de la atención a personas que viven con la infección por el VIH, en condición de embarazo, no constituye un problema de salud prioritario en la institución. Es posible que esta segunda limitación haya contribuido a que, por ejemplo, en el caso de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin su valor se ubicara por debajo de 1.000 (recuérdese que aquí ascendió a 0.784), lo que implicaría que en posteriores estudios se procure una muestra más amplia y representativa de mujeres con VIH y embarazadas.

No obstante lo expuesto y partiendo de los resultados del análisis factorial exploratorio y del coeficiente alfa de Cronbach, consideramos que el presente estudio es revelador de la importancia del CGS-30 en la muestra con la que se trabajó en esta ocasión. Será necesario, como parte del proceso de investigación, establecer si esta medida de resultado correlaciona y en qué forma con instrumentos de medida sobre las variables psicológicas de proceso (personalidad, motivos y competencias, principalmente) que son pertinentes para promover el ajuste a la enfermedad y la terapéutica, con especial énfasis en las conductas de adhesión y las implicadas en las relaciones familiares.

De lo que se trata es proveer de una medida que se utilice de manera rutinaria en las instituciones de salud, que desde nuestra propia experiencia vendría a reforzar el papel del psicólogo en tareas que incluyen a la investigación, por un lado, pero también las implicadas en la colaboración interdisciplinaria. Sería de esperar que el producto de este trabajo conjunto pudiera afirmarse como un ejemplo o modelo a seguir en el conjunto de instituciones. Finalmente, nuestro interés radica en desarrollar programas de intervención que promuevan un mejor ajuste a la enfermedad y los tratamientos, con base en una lógica interdisciplinaria, definiendo de manera puntual las competencias a instrumentar por los distintos profesionales de la salud (Piña, 2012). Por lo que consideramos pudiese ser contemplada una versión CGS-21 en un estudio posterior llevando a cabo la comparación en poblaciones con enfermedades crónicas degenerativas; es decir, con propuestas claras y debidamente definidas, donde las competencias profesionales se encaminen a brindar una atención especializada con planes de tratamiento específicos, contribuyendo a abatir en la medida de lo posible las limitaciones que se enfrentan en las instituciones de salud en nuestro país (Wouters, 2012).

REFERENCIAS

- Aranda, C., Pando, M. y Aldrete, M.G. (2002). Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29, 169-174.

- Arrivillaga, M. (2010). Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42, 225-236.
- Arrivillaga, M., Springer, A.E., Lopera, M., Correa, D., Useche, B., & Ross, M.W. (2012). HIV/AIDS treatment adherence in economically better off women in Colombia. *AIDS Care*, 24, 929-935.
- Ascencio, L. (2011). Evaluación psicológica para protocolo de trasplante de células hematopoyéticas en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21, 253-263.
- Ato, M., López, J.J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29, 1038-1059.
- Ballester, E., Gil, M.D., Gil-Juliá, B., & Gómez, S. (2012). Adherence to treatment in Spanish HIV patients: Psychological profile associated with adherence behavior. En C.H. García-Cadena, R. Ballester, & J.A. Piña (Eds.), *Chronic diseases and medication adherence behaviors: Psychological research in Ibero-American countries* (pp. 175-201). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Burvill, P.W., Knuiman, M., & Finlay-Jones, R.A. (1984). A factor analytic study of the 60 item General Health Questionnaire in Australian community and general practice settings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 18, 256-262.
- Castillo, R., Escoffé, E.M., Gutiérrez-Pacheco, J.L. y Spielberger, Ch. (2011). Hipertensión arterial, factores de riesgo médico, estilos de vida e ira. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 12, 249-268.
- Cardarelli, R., Weis, S., Adams, E., Radaford, D., Vecino, I., Munguía, G., et al. (2008). General health status and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of the Association of Physicians and AIDS Care*, 7, 123-129.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M. y Sanz, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34, 63-72.
- Cohen, C.J., Meyers, J.L., & Davis, K.L. (2013). Association between daily antiretroviral pill burden and treatment adherence, hospitalization risk and other healthcare utilization and costs in US Medicaid population with HIV. *BMJ Open*, 3, e003028.
- de los Ríos, J.L., Barrios, P. y Ávila, T.L. (2004). Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Revista Médica del IMSS*, 42, 379-385.
- ElZarrad, M.K., Eckstein, E.T., & Glasgow, R.E. (2013). Applying chronic illness care, implementation science, and self-management support to HIV. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(1S2), S99-S107.
- García-Cedillo, I., Alfaro-Castro, F., Rodríguez-Delgado, M. y Sánchez-Armaás, O. (2011). Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adhesión terapéutica. *Actualidades en Psicología*, 25, 37-55.
- García-Viniegras, C.R. (1999). Manual para la utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista de Medicina General Integral*, 15, 88-97.
- Gardner, R.C. (2003). *Estadística para psicología usando SPSS para Windows*. México, DF: Pearson Educación.
- Garmendia, M.L. (2007). Análisis factorial: una aplicación en el Cuestionario de Salud General de Goldberg, versión 12 preguntas. *Revista Chilena de Salud Pública*, 11, 57-65.
- Gibbons, P., Flores de Arévalo, H., & Mónico, M. (2004). Assessment of the factor structure and reliability of the 28 items version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24, 389-398.
- Gold, J.A., Grill, M., Peterson, J., Pilcher, C., Lee, E., Hecht, F.M., et al. (2014). Longitudinal characterization of depression and mood states beginning in primary HIV infection. *AIDS and Behavior*, 18, 124-137.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire Manual*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Goldberg, D. & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- González, M.T., Ybarra, J.L. y Piña, J.A. (2012). Relaciones sociales, variables psicológicas y conductas de adherencia en adultos con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 173-184.
- Gore-Felton, C. & Koopman, C. (2008). Behavioral mediation of the relationship between psychosocial factors and HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 70, 569-574.
- Grossman, C.I. & Gordon, C.M. (2010). Mental health considerations in secondary HIV prevention. *AIDS and Behavior*, 14, 263-271.
- Hamui-Sutton, L., Barragán-Pérez, V., Fuentes-García, R., Monsalvo-Obregón, E.C., & Fouilloux-Morales, C. (2013). Efectos de la privación del sueño en las habilidades cognitivas, psicomotoras y su relación con las características personales de médicos residentes. *Cirugía y Cirujanos*, 31, 317-327.
- Martínez, P., Medina-Mora, M.E., Padilla, P., Caraveo, J. y Campillo, S.C. (1983). Prevalencia de trastornos emocionales en personas de edad avanzada. *Salud Pública de México*, 6, 612-619.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. e Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25, 32-37.
- McInnes, D.K., Shimada, S.L., Rao, S.R., Quill, A., Duggal, M., Gifford, A.L., et al. (2013). Personal health record use and its association with antiretroviral adherence: Survey and medial record data from 1871 US veterans infected with HIV. *AIDS and Behavior*, 17, 3091-3100.
- Medina-Mora, M.E., Padilla, G.P., Campillo, S.C., Mas, C.C., Ezbán, M., Caraveo, J., et al. (1983). The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine*, 13, 355-361.

- Medina-Mora, M.E., Padilla, G.P., Mas, C.C., Ezbán, M., Caraveo, J., Campillo, S.C., et al. (1985). Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población médica general. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 31, 53-61.
- Meza-Rodríguez, M.P., Mancilla-Ramírez, J., Morales-Carmona, F., Sánchez-Bravo, C., Pimentel-Nieto, D. y Carreño-Meléndez, J. (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por el virus del papiloma humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25, 17-22.
- McNaghten, A.D., Wolfe, M.I., Onorato, I., Nakashima, A.K., Valdiserri, R.O., Mocotoff, E., et al. (2007). Improving the representativeness of behavioral and clinical surveillance for persons with HIV in the United States: The rationale for developing a population-based approach. *Plos ONE*, 2, e550.
- Morales-Carmona, F., Pimentel-Nieto, D., Sánchez-Bravo, C. y Henales, C. (2008). Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para la identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76, 313-318.
- Mosha, F., Muchunguzi, V., Matte, M., Sangeda, R.Z., Vercauteren, J., Nsubuga, P., et al. (2013). Gender differences in HIV disease progression and treatment outcomes among HIV patients one year after starting antiretroviral treatment (ART) in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Public Health*, 13, 38.
- Nebhinani, N., Mattoo, S.K., & Wanchu, A. (2011). Psychiatric morbidity in HIV-positive subjects: A study from India. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 440-454.
- Ortiz, M.S., Baeza-Rivera, M.J. y Myers, H.F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de estrés para diabéticos en una muestra de pacientes diabéticos tipo II chilenos. *Terapia Psicológica*, 32, 281-286.
- Oser, M.L., Trafton, J.A., Lejuez, C.W., & Bonn-Miller, M.O. (2013). Differential associations between perceived and objective measurement of distress tolerance in relation to antiretroviral treatment adherence and response among HIV-positive individuals. *Behavior Therapy*, 44, 432-442.
- Padilla, G.P., Mas, C., Ezbán, M. y Medina-Mora, M.E. (1984). Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental*, 7, 72-78.
- Páez, A.E., Jofré, M.J., Azpiroz, C.R. y de Bortoli, M.A. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8, 117-124.
- Pérez-Pedrogo, C. y Martínez-Taboas, A. (2011). Factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos/as con diabetes y el impacto en su autoeficacia y en el cuidado de la salud. *Salud & Sociedad*, 2, 44-61.
- Piña, J.A. (2012). *Adhesión en personas con VIH: una visión crítica desde la psicología*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Piña, J.A. & Rascón, R.A. (2012). Psychological variables and adherence behaviors among HIV+ patients: A gender-based analysis. *International Journal of Hispanic Psychology*, 5, 167-180.
- Retolaza, A. y Ballesteros, J. (2011). ¿Es mejorable la versión castellana del General Health Questionnaire en escalas (GHC-28)? *Atención Primaria*, 43, 662-667.
- Retolaza, A., Mostajo, A., de la Rica, J.R., Díaz de Garramiola, A., Pérez de Loza, J., Arramberi, J., et al. (1993). Validación del Cuestionario General de Salud de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIII, 187-194.
- Romero, M. y Medina-Mora, M.E. (1987). Validación de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatologías en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 10, 90-97.
- Rosas, S. R., Kagan, J. M., Schouten, J. T., Slack, P. A., & Trochim, W. M. K. (2011). Evaluating Research and Impact: A Bibliometric Analysis of Research by the NIH/NIAD HIV/AIDS Clinical Trials Networks. *PLoS ONE* 6(3): e17428. doi:10.1371/journal.pone.0017428.
- Rosete, M. (2006). Salud mental vs. rendimiento académico en alumnos de educación superior. *Revista Vertientes*, 9, 18-29.
- Sánchez-Bravo, C., Morales-Carmona, F., Carreño-Meléndez, J. y Cuenca, J. (2007). Disfunciones sexuales masculinas: su asociación con el malestar psicológico y los problemas conyugales en una población de la ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 15, 60-67.
- Thomas, D., Meera, N.K., Binny, K., Sonal, M., Kishore, G., & Sasidharan, S. (2011). Medication adherence and associated barriers in hypertension management. *CVD Prevention and Control*, 6, 9-13.
- Urzúa, A., Marmolejo, A. y Barr, C. (2012). Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. *Universitas Psychologica*, 11, 587-598.
- Wainberg, M.A. (2013). Combination therapies, effectiveness, and adherence in patients with HIV infection: Clinical utility of a single tablet of emtricitabine, rilpivirine, and tenofovir. *HIV/AIDS-Research and Palliative Care*, 5, 41-49.
- Weiss, S.M., Tobin, J.M., Antoni, M., Ironson, G., Ishii, M., Vaughn, M., et al. (2011). Enhancing the health of women living with HIV: the SMART/EST Women's Project. *International Journal of Women's Health*, 3, 63-67.
- World Medical Association (2011). Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research. Retrieved 25 September, 2013 from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b/3>.
- Wouters, E. (2012). Life with HIV as a chronic illness: A theoretical and methodological framework for antiretroviral treatment studies in resource-limited settings. *Social Theory & Health*, 10, 368-391.
- Wu, L. & Li, X. (2014). Community-based HIV/AIDS interventions to promote psychosocial well-being among people living with HIV/AIDS: A literature review. *Health Psychology & Behavioral Medicine*, 1, 31-46.