

Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+

Adaptation and Validation of the MOS Social Support Questionnaire in HIV+ patients mexicans

Aime Edith Martínez Basurto
Facultad de Psicología, UNAM

Sofía Sánchez Román
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
“Salvador Zubirán”

Eduardo Javier Aguilar Villalobos
Facultad de Psicología, UNAM

Víctor Rodríguez Pérez
Clínica Especializada Condesa

Angélica Riveros Rosas
Facultad de Administración y Contaduría, UNAM

El objetivo del presente estudio fue adaptar y validar la versión castellana de la escala Medical Outcome Study, MOS, en población mexicana VIH+. Se eligió una muestra no probabilística de 313 pacientes ambulatorios VIH+ del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. La validez de contenido se realizó por medio de una evaluación cualitativa por parte de jueces independientes; y posteriormente se realizó la validación del cuestionario empleando un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax y un análisis factorial confirmatorio por medio de un modelo de ecuaciones estructurales. En el análisis factorial exploratorio se obtuvieron dos factores que explicaron el 72.22% de la varianza; el primero llamado Apoyo Emocional/Informativo con 14 reactivos y un alfa de Cronbach de 0,97, y el segundo factor nombrado Apoyo Tangible con 5 reactivos y un alfa de Cronbach de 0,89. Posteriormente, en el análisis factorial confirmatorio se reafirmó la estructura de dos factores (Apoyo Emocional/Informativo y Apoyo Tangible), aunque se eliminaron 3 reactivos (dos reactivos del primer factor y un reactivo del segundo factor), se obtuvo un buen ajuste estadístico, y todos los coeficientes fueron significativos. Por lo anterior se puede concluir que el cuestionario MOS es un instrumento válido y confiable para esta población mexicana VIH+.

Palabras clave: seropositividad, soporte, instrumento, validez.

The aim of the present study was to adapt and validate the Spanish versión of Medical Outcome Study (MOS) questionnaire in Mexican population HIV+. A non-probabilistic sample of 313 HIV + outpatients of the National Institute of Medical Sciences and Nutrition “Salvador Zubirán” was chosen. Content validity was made through qualitative assessment by independent judges; then validation of the questionnaire was carried out by exploratory factor analysis with Varimax rotation and a confirmatory factor analysis by a structural equation model. Results in exploratory factor analysis yielded two factors that explained 72.22% of the variance, the first called Emotional/Informative support with 14 items and a Cronbach’s alpha of 0.97, and the second factor named Tangible support with 5 items and a Cronbach’s alpha of 0.89. Results in confirmatory factor analysis confirmed the structure with two factors (Emotional/Informative support and Tangible support) even though three ítems were eliminated (two ítems in the first factor and one ítem in the second factor), a good statistical fit was obtained, and all the coefficients were significant. Therefore, we can conclude the MOS questionnaire is a valid and reliable instrument for these Mexican population VIH+.

Keywords: seropositivity, support, instrument, validity

Autor de correspondencia: Sofía Sánchez Román, Depto. de Neurología y Psiquiatría Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán Vasco de Quiroga No. 15. Tlalpan 14000, México, D.F sofiasan@yahoo.com

El presente trabajo forma parte de la investigación doctoral del primer autor bajo la dirección del último.

Agradecimientos: Queremos agradecer a Lorena N. González de Jesús, Denisse Paola Jaime Velasco y a Alma Rocío Mestas Vilchis por su apoyo en la recolección de datos, a Verónica Vázquez Velázquez, Annemarie Brüggmann García, María del Carmen Cruz López, Miguel Angel Primo de Jesús, Josman Espinosa Gómez, Consuelo Manero Soto y Diana Antares Quiroz Villasana por su participación como jueces del instrumento.

El diagnóstico de VIH conlleva una carga emocional importante para el individuo, como sentimientos de ansiedad, depresión, enojo, baja autoestima, y aislamiento, entre otros (Remor, 2003); la intensidad y frecuencia de estas emociones dependen en gran parte de la etapa en la cual se encuentre el individuo (el diagnóstico, el tratamiento, o SIDA). Tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, el apoyo social percibido es una variable fundamental para lidiar con los eventos estresantes que se presentan, como lo es el mismo diagnóstico, los efectos colaterales de los medicamentos y la estigmatización de la enfermedad, entre otros.

Este apoyo social percibido se define como la percepción subjetiva del apoyo con que cuenta el paciente (emocional, instrumental e informacional), confianza e intimidad por parte de sus redes familiares y sociales (Remor, 2002). Recibir apoyo social conlleva a consecuencias positivas en el ámbito de la salud, principalmente sobre las emociones, el afrontamiento, la adhesión a los medicamentos, la espiritualidad y la calidad de vida, entre otros (Nurullah, 2012).

En los estudios realizados con personas que viven con VIH se ha observado una estrecha relación entre altos niveles de apoyo social y bajos niveles de emociones negativas como la depresión, la ansiedad, y el enojo (Oppong, 2012); también con altos niveles de espiritualidad (Simoni, Frick & Huang, 2006), con un afrontamiento funcional hacia la enfermedad (Weaver et al., 2005), y una buena adhesión a los tratamientos antirretrovirales (Abramowitz et al., 2009; Vervoot, Grypdonck, Grauwec, Hoepelmana & Borleffs, 2009; Wouters, Loon, Rensburg & Meulemans, 2009), lo cual a su vez mejora la calidad de vida de las personas con infección por VIH (Ncama et al., 2008; Remor, 2002). Por otro lado, se ha identificado que aquellos que no mantienen buenas redes sociales tardan más en revelar su condición médica (Jorjoran, Sajjadi, Setareh, Salimi, & Dejman, 2014), y pueden presentar problemas de estigmatización y aislamiento (Cardona-Arias y Higuera-González, 2014; Kumarasamy et al., 2005).

El apoyo social es una variable elemental para el paciente mexicano con VIH y la familia es el principal proveedor del mismo. Tener una buena red de apoyo es importante, sobre todo, en la aceptación del tratamiento y de la enfermedad (Vera y Estrada, 2004), sin embargo, si los pacientes perciben débiles relaciones de apoyo muestran desánimo o desaliento para enfrentar la vida y las necesidades de autocuidado (Campero, Herrera, Kendall & Caballero, 2007).

No obstante, en México no existen suficientes instrumentos validados y adaptados que midan el apoyo social, y debido a esta deficiencia, algunos estudios que lo han valorado en población VIH positiva han empleado cuestionarios *ad hoc*, para obtener información sobre el apoyo que el enfermo recibe en torno a su tratamiento (Rizo, Orozco y Villaseñor, 2002), información que si bien tiene un valor cualitativo sumamente importante, no posee suficientes datos de confiabilidad y validez estadística.

Otra herramienta para medir el apoyo social, es el cuestionario DUKE-UNC-11 (Broadhead, Gehlbach, DeGruy & Kaplan, 1988), que es breve y útil para aplicar en pacientes con enfermedad crónica, este instrumento fue validado en 67 per-

sonas seropositivas al VIH en el norte de México (Piña y Rivera, 2007), y a pesar de haber obtenido propiedades psicométricas aceptables, los autores recomiendan tomar los datos con cautela dado el tamaño de la muestra. Además, el instrumento sólo evalúa el apoyo social afectivo y de confianza, y no evalúa otras áreas del apoyo social, ni el tamaño de la red de apoyo con la que cuenta el paciente.

Dadas las desventajas que tienen tanto los cuestionarios *ad hoc* como el DUKE-UNC-11 (Broadhead et al., 1988), se ha puesto la atención en el cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria (Sherbourne & Stewart, 1991). El cuestionario, mide cuatro factores: apoyo emocional/informativo, apoyo afectivo, apoyo tangible e interacción social positiva, todas las dimensiones propuestas tuvieron índices de confiabilidad elevados (coeficientes alfa mayores a 0.91) y fueron estables a través del tiempo en una muestra de 2987 pacientes con diferentes enfermedades crónicas. Este instrumento permite conocer la red familiar y extrafamiliar, manteniendo la ventaja de su brevedad y sencillez.

El instrumento fue adaptado y validado en castellano en España por De la Revilla, Luna del Castillo, Bailón, y Medina en el 2005 con 301 pacientes con enfermedades crónicas y se encontraron tres factores, el apoyo emocional/informacional, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental, con valores de alfa de Cronbach de .941, .855 y .870 respectivamente. De igual manera, (Costa, Salamero y Gil, 2007) validaron en Barcelona este instrumento con 400 pacientes oncológicos corroborando los mismos factores encontrados por De la Revilla et al. con valores de alfa de Cronbach de .943, .751 y .832.

También se han realizado dos validaciones latinoamericanas en población en general, una de ellas en Argentina (Rodríguez y Enrique, 2007) con 375 participantes en la que se corroboraron los tres factores encontrados en los estudios españoles, con valores de alfa de Cronbach de .876, .843 y .802 correspondientemente; y la otra realizada en Colombia (Londoño et al., 2012) con 179 participantes donde también se obtuvieron tres factores, el apoyo emocional/informativo, el apoyo instrumental y la interacción social positiva con índices de alfa de Cronbach de .93, .79 y .86.

En resumen, las cuatro validaciones obtuvieron tres factores a diferencia de la versión original que reporta cuatro factores; la validación argentina y las dos españolas comparten los mismos factores (apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental), y en el estudio colombiano se reporta el factor de interacción social positiva en lugar del factor de apoyo afectivo propuesto originalmente. A pesar de esta pequeña diferencia en la estructura de los factores, los tres estudios reportan índices de confiabilidad apropiados.

Con base en los resultados obtenidos en cada estudio, se fortalece la premisa de que el MOS de Apoyo Social en Atención Primaria (Sherbourne & Stewart, 1991) provee diversas ventajas y propiedades psicométricas aceptables. Sin embargo, a pesar de que el instrumento ha sido validado en muestras con enfermedades crónicas, aún no se ha validado al castellano en población VIH+; y dado que en México existen pocos instrumentos para evaluar el apoyo social en población VIH+,

contar con un instrumento como el MOS en su versión al castellano (De la Revilla et al., 2005) adaptado y validado beneficiaría la investigación en esta área. Sin olvidar, que a pesar de ser una versión al castellano es necesario tomar en cuenta las características socioculturales de los pacientes mexicanos en torno al apoyo social (Guillemin, 1995; Taylor, Welch, Kim & Sherman, 2007). Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue adaptar y validar la escala castellana del MOS de Apoyo Social (De la Revilla et al., 2005) en población mexicana VIH +.

MÉTODO

Participantes

Se incluyeron 313 pacientes con infección por VIH (269 hombres y 44 mujeres); la edad media fue de 38.71 ± 9.66 ; el

37.9% tenían estudios de licenciatura y un 33.4% habían concluido la preparatoria; el 76.2% estaban solteros (Ver Tabla 1).

Instrumento

Cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria (De la Revilla et al. 2005). Se compone de 20 reactivos autoaplicables. El primer reactivo se refiere al tamaño de la red social. Los reactivos restantes se miden con escala tipo Likert, puntuando del 1 "Nunca" al 5 "Siempre", y recogen valores referidos a tres dominios del apoyo social: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental.

Procedimiento

Con la finalidad de adaptar el instrumento a la población mexicana, se realizaron los siguientes pasos sugeridos por Carretero-Dios y Pérez (2005):

Tabla 1.

Características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

	Pacientes con infección por VIH (N=313)	
	M±DE	N (%)
Sexo		
Hombres		269 (86.5%)
Mujeres		44 (14%)
Edad (años)	38.71±9.66	
Escolaridad		
Primaria o menos		29 (9.4%)
Secundaria trunca o concluida		50 (16.1%)
Preparatoria o equivalente		104 (33.4%)
Licenciatura		118 (37.9%)
Posgrado		10 (3.2%)
Ocupación (clasificación de acuerdo con INEGI)		
Del poder ejecutivo, legislativo, directivos de empresas		4 (1.3%)
Profesionales científicos e intelectuales		60 (19.3%)
Técnicos		12 (3.9%)
Empleados de oficina		56 (18%)
Comerciantes y trabajadores de servicios		62 (19.9%)
Agricultores		1 (.3%)
Oficios		33 (10.6%)
Desempleados		31 (10%)
Estudiantes		6 (1.9%)
Otros		46 (14.8%)
Estado civil		
Soltero		237 (76.2%)
Casado o unión libre		50 (16%)
Divorciado o separado		10 (3.2%)
Viudo		14 (4.5%)
Orientación sexual		
Heterosexual		117 (37.6%)
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres		194 (62.3%)
Tiempo con la infección por VIH (meses)	81.68±64.89	
Carga viral		
<500 copias/mL		232 (74.6%)
501-40000 copias/mL		35 (11.3%)
<40000 copias/mL		44 (14.1%)

1. Delimitación conceptual del constructo a evaluar.

Con base en literatura previa, se realizó una definición semántica y sintáctica del constructo de apoyo social.

El apoyo social: La disponibilidad de las personas en las que el sujeto confía, en quienes puede apoyarse y quienes hacen que se sienta protegido y valorado como persona.

Apoyo emocional: La expresión-generalmente verbal- de emociones positivas, comprensión empática, y estimulación para expresar los sentimientos.

Apoyo afectivo: La expresión verbal y conductual de manifestaciones de amor o afecto, como abrazos y caricias.

Apoyo informativo: La disponibilidad de ofrecer consejos, información, guía o retroalimentación sobre un tema.

Apoyo tangible: La disponibilidad de proveer material de ayuda o asistencia de tipo conductual. Hace referencia a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos.

Interacción social positiva: La disponibilidad de interactuar con personas con quienes compartir el tiempo libre, hacer cosas divertidas, o pertenecer a un grupo.

2. Evaluación cualitativa de reactivos.

Los reactivos fueron tomados de la validación en castellano del instrumento realizada por De la Revilla et al. (2005) y fueron sometidos a una evaluación cualitativa acerca de su validez.

Para establecer la validez de contenido, el instrumento fue sometido a una evaluación por parte de tres jueces con experiencia en el campo de evaluación psicológica ajenos al proyecto. A los jueces se les facilitó la definición operativa del constructo y sus dimensiones, así como el instrumento planteado por De la Revilla et al (2005). Se les pidió que evaluaran si las instrucciones y los reactivos eran claros y si su redacción era sencilla y comprensible, de no ser así, que sugirieran cambios a los mismos. Por otro lado, decidieron si cada uno de los reactivos medía el constructo a evaluar (apoyo social) y a qué tipo de apoyo social correspondían. Después de los comentarios emitidos por los jueces y de los cambios pertinentes, se pidió a otros 5 jueces que repitieran el mismo proceso de evaluación para obtener el instrumento final. Con este instrumento, se hizo una aplicación piloto a 10 pacientes para determinar si los reactivos les resultaban claros y descartar dificultades para comprender las instrucciones y/o problemas para contestar los reactivos.

Se realizaron tres cambios: 1) en el reactivo 2 “alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama”, se especificó: “alguien que le ayude cuando tenga que estar enfermo en la cama”; 2) en el reactivo 9 “alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones”, se sustituyó “sí mismo” por “usted mismo”; 3) la pregunta 1 “aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?”, se cambió de posición y en la nueva versión es la pregunta 20. Los jueces acordaron que todos los reactivos miden el constructo de “apoyo social”. También, hubo acuerdo con respecto a qué tipo de apoyo medía cada reactivo, lo cual coincidió con lo propuesto en la versión original (Sherbourne & Stewart, 1991) (apoyo emocional/informativo: reactivos 2, 3, 7, 8, 12,

15, 16 y 18 de nuestra versión; apoyo afectivo: reactivos 5, 9 y 19; apoyo tangible: reactivos 1, 4, 11 y 14; interacción social positiva: reactivos 6, 10, 13, 17; red social: reactivo 20).

La versión final del instrumento se aplicó en la sala de espera del servicio de Infectología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, después de que los participantes firmaron el consentimiento informado.

Análisis de las propiedades psicométricas

Para el análisis se utilizó el procedimiento sugerido por Nunnally y Bernstein (1994) para la valoración psicométrica:

- Análisis de frecuencia reactivo por reactivo, para distinguir si todas las opciones de respuesta fueron atractivas.
- Prueba *t* de Student con los cuartiles extremos. Aquellos reactivos cuya *t* no resultó significativa ($p > 0.05$) fueron eliminados.
- Crosstabs reactivo por reactivo para determinar la dirección de la respuesta.
- Análisis de consistencia interna. Con la finalidad de eliminar los reactivos que al ser suprimidos elevaran el coeficiente de consistencia interna, o su presencia la disminuyera.
- Análisis de intercorrelaciones en aquellos reactivos que aprobaron los criterios de consistencia interna, con la finalidad de decidir el tipo de rotación a utilizar en el análisis factorial.

Análisis factoriales

Con la finalidad de realizar una primera “exploración” de la estructura interna del cuestionario, se realizó un análisis factorial exploratorio sobre las puntuaciones de los reactivos a través del análisis de componentes principales con una rotación Varimax. Se aplicó la prueba de esfericidad de Barlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (como estimadores que aseguren que la matriz de correlaciones es apropiada). Para este procedimiento se empleó el paquete estadístico SPSS v. 15.0 en español.

Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio a través del modelo de ecuaciones estructurales con la estimación robusta de máxima verosimilitud. Se revisó el punto de quiebre de Cattell para decidir el número de factores reales. Los reactivos que tuvieron una carga factorial < 0.40 se eliminaron. Se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach del total de reactivos que aprobaron los criterios del análisis factorial así como también para cada uno de los factores. El modelo se construyó mediante el programa AMOS 15.0

RESULTADOS

Análisis de las propiedades psicométricas

En el análisis de frecuencia, existió una clara tendencia a que la distribución de las respuestas se centrara en la opción “Siempre”, en donde se presentaron proporciones de más del 45%.

Se obtuvo una $t=51.83$ ($p<0.01$) en promedio (rango $=33.75 - 61.50$) entre los grupos extremos de opciones de respuesta de cada reactivo. Utilizando este criterio, se decidió no eliminar ningún reactivo. El alfa de Cronbach promedio fue de 0.96 para los primeros 19 reactivos. El reactivo 20 no se incluyó en este análisis pues tiene propiedades diferentes a los demás y tampoco fue incluido en el análisis de consistencia interna de la versión original. El rango de correlaciones entre reactivos fue 0.41-0.73. No se encontró que la eliminación de alguno de los reactivos mejorara significativamente el coeficiente alfa.

Se obtuvo un valor de .95 en el índice de Kaiser-Meyer-Olkin y en la prueba de esfericidad de Bartlett se encontró un nivel crítico menor al .01. Ambos resultados indican que los datos son adecuados para ser analizados a través de un modelo factorial.

Análisis factoriales

Se realizó un análisis factorial exploratorio empleando el método de componentes principales, con rotación Varimax. Se obtuvo un alfa de Cronbach total de .971, y dos factores con autovalores mayores a 1 que explicaron el 72.22% de la varianza. El primer factor se denominó apoyo Emocional/Informativo e incluyó 14 reactivos (2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18 y 19) con un alfa de Cronbach de 0,97; y el segundo factor nombrado Tangible fue determinado por 5 reactivos (1, 4, 5, 11 y 14) con un alfa de Cronbach de 0,89 (Ver Tabla 2).

Con base en lo anterior, se realizó un análisis factorial confirmatorio con 2 componentes. El modelo obtuvo un buen ajuste, aunque se eliminaron dos reactivos del primer componente (reactivos 2 y 3) y uno del segundo componente (reactivo 5). Mostró índices de ajuste aceptables: NFI=.916, RFI=.903, IFI=.936, TLI=.926, CFI=.936, RMSEA=.096 (.086-.106) y todos los coeficientes estructurales fueron significativos (Ver Figura 1).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de este estudio fue adaptar y validar el cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria en población mexicana, se empleó la versión castellana validada por De la Revilla et al (2005) la cual contempla tres factores de apoyo social, el apoyo emocional/ informacional, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental.

Después del análisis factorial exploratorio en población mexicana se obtuvieron dos factores, y dicha estructura factorial fue validada con el análisis factorial confirmatorio, el cual obtuvo índices de ajuste adecuados (aunque se eliminaron 2 reactivos en el primer factor y 1 reactivo en el segundo factor). Este resultado es incompatible con los estudios anteriores, donde se obtuvieron estructuras de cuatro (Sherbourne & Stewart, 1991) y tres factores (Costa et al., 2007; De la Revilla et al., 2005; Londoño et al., 2012; Rodríguez y Enrique, 2007).

El primer factor (compuesto por 12 reactivos) fue llamado apoyo emocional/informacional, el cual incluye preguntas de índole informativo y expresión de emociones, preocupaciones

y conductas de interacción positiva. En este factor se agruparon los reactivos que pertenecen a los factores de apoyo afectivo e interacción positiva propuestos por Sherbourne y Stewart (1991), a excepción de los reactivos dos y tres, los cuales fueron eliminados en el análisis factorial confirmatorio, debido a que su inserción no mostraba índices de bondad de ajuste suficientemente altos.

En este estudio, percibir apoyo emocional/informativo implica recibir información, mantener actividades recreativas que les hagan pasar un buen rato, les permitan relajarse y divertirse con alguien en quien se pueda confiar, compartir emociones y expresiones afectivas. En estudios realizados con población VIH+ en México, se ha observado que la familia es percibida como una importante fuente de información para el paciente (Flores, Almanza y Gómez, 2008; Vera y Estrada, 2004), no obstante, la información sobre el tratamiento, la progresión de la enfermedad y las estrategias de auto-cuidado, es brindada principalmente por el equipo médico (Delgadillo, 2007; López-García y De Kejiser-Fokker, 2014)

Por otro lado en esta muestra, el apoyo emocional pueden estarlo recibiendo de la familia principalmente, de la misma manera en que se ha encontrado en estudios anteriores donde las familias mexicanas suelen ser las principales promotoras de este tipo de apoyo, de hecho ellas mismas se perciben como un recurso emocional (Campero et al., 2007), ya que en su mayoría existe una considerable unión afectiva, lealtad, fidelidad e interdependencia entre sus miembros, lo cual les permite realizar actividades compartidas con intereses en común (Medellin, Rivera, López, Kanán y Rodríguez-Orozco, 2012). No obstante, este tipo de actividades y relaciones también pueden llevarlas a cabo con personas importantes para ellos, sin que necesariamente tengan lazos consanguíneos, tal como lo menciona (Delgadillo, 2007). Finalmente, se ha observado que en el contexto mexicano tanto hombres como mujeres suelen recibir apoyo emocional de mujeres porque de acuerdo a los estándares culturales ellas suelen ser más afectivas y comprensivas (López-García y De Kejiser-Fokker, 2014).

El segundo factor estuvo compuesto por cuatro reactivos y fue llamado apoyo tangible. Esta estructura fue similar a la presentada en las anteriores validaciones (Costa et al., 2007; De la Revilla et al., 2005; Londoño et al., 2012; Rodríguez y Enrique, 2007). Los reactivos se refieren a la provisión material y asistencial que puede recibir el paciente. Basándonos en el contexto familiar mexicano, podríamos suponer que a diferencia del apoyo emocional que es brindado por las mujeres, el apoyo tangible podría estar facilitado en su mayoría por los hombres, quienes ofrecen algunos recursos como dinero, acceso a servicios médicos, cobertura de algunos gastos médicos, entre otros (Castro, Campero y Hernández, 1997).

En el presente estudio, los factores de interacción positiva y apoyo afectivo no formaron parte de la estructura factorial; sin embargo, el identificar sólo dos factores coincidió con otros estudios realizados con población mexicana VIH + (Campero, Kendall, Caballero, et al., 2010; Campero, Caballero, Kendall, Herrera et al., 2010) donde los participantes identificaron sólo dos tipos de apoyo social, el emocional (brindado principal-

Tabla 2.

Comparación de los factores obtenidos por De la Revilla et al. y Martínez-Basurto et al.

	Apoyo Emocional/Informativo		Apoyo Tangible		Apoyo Afectivo	
	De la Revilla	Martínez-Basurto	De la Revilla	Martínez-Basurto	De la Revilla	Martínez-Basurto
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	.572	.656				
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	.704	.618				
7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	.618	.730				
8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de usted mismo y sus preocupaciones	.794	.794				
10. Alguien con quien pueda relajarse	.583	.820				
12. Alguien cuyo consejo realmente desee	.792	.737				
13. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	.651	.804				
15. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	.704	.795				
16. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	.825	.789				
18. Alguien que comprenda sus problemas	.713	.811				
19. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido		.709			.677	
6. Alguien con quién pasar un buen rato		.737			.738	
9. Alguien que le abrace		.701			.698	
17. Alguien con quién divertirse		.784			.757	
5. Alguien que le muestre amor y afecto				.579	.678	
1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar enfermo en la cama			.795	.846		
4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita			.729	.860		
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo			.783	.657		
14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo			.803	.733		
Alfa de Cronbach	.94	.97	.85	.89	.87	

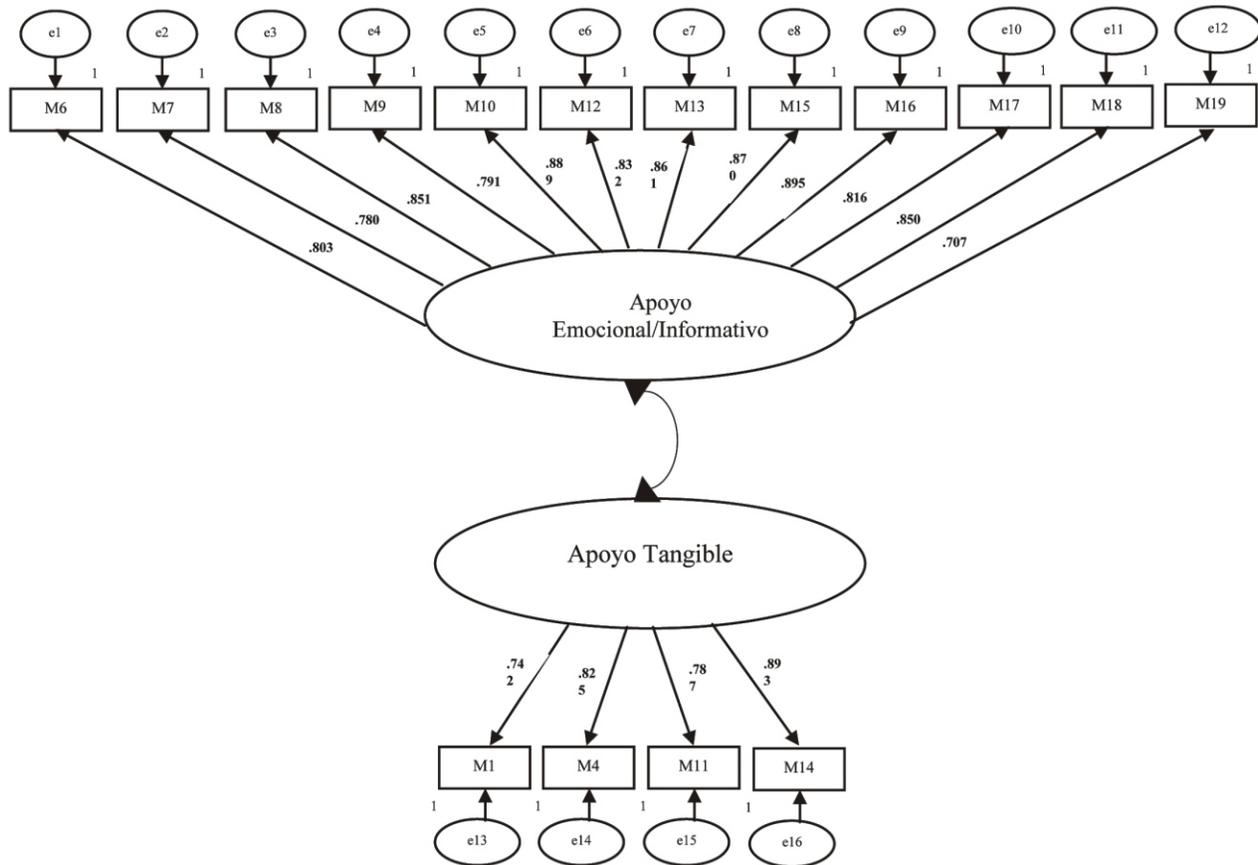


Figura 1. Modelo estructural de dos factores del Cuestionario MOS.

mente por mujeres) y el material (ofrecido regularmente por los hombres).

Ahora bien, de acuerdo a lo encontrado podemos concluir que debido a las diferencias culturales y sociodemográficas de los participantes, sólo se encontraron dos factores bien diferenciados explicados principalmente por las condiciones de género establecidas en esta muestra mexicana VIH+.

Por otro lado, es importante enfatizar y fortalecer las relaciones con el equipo médico para brindar información necesaria sobre la enfermedad, ya que la información aminora en el paciente la sensación de angustia y miedo ante la enfermedad (Delgadillo, 2007). También se pudo observar, que para nuestros participantes tanto la expresión verbal como conductual de las emociones forman parte del apoyo emocional, y no van separadas la una de la otra. Finalmente, podemos concluir que el cuestionario MOS es un instrumento válido y confiable que nos permitió evaluar diversas dimensiones del apoyo social en esta muestra mexicana VIH+.

Como limitaciones de este estudio encontramos que tanto el análisis exploratorio como el confirmatorio se llevaron a cabo con la misma población, por lo cual se recomienda en próximos estudios emplear muestras diferentes para dichos análisis. Y por último, se debe considerar que la mayoría de los participantes en este estudio fueron hombres, lo cual puede limitar la generalización a pacientes mujeres, sin embargo, en México

en particular la infección aún está concentrada en hombres que tienen sexo con hombres (CENSIDA, 2015).

REFERENCIAS

- Abramowitz, S., Koenig, L. J., Chandwani, S., Orban, L., Stein, R., Lagrange, R., & Barnes, W. (2009). Characterizing social support: Global and specific social support experiences of HIV-infected youth. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(5), 323-330. doi:10.1089/apc.2008.0194
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., DeGruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26(7), 709-23. doi:10.1097/00005650-198807000-00006
- Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., Herrera, C. y Zarco, Á. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud Mental*, 33(5), 409-417. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/sam105e.pdf>
- Campero, L., Herrera, C., Kendall, T. & Caballero, M. (2007). Bridging the gap between antiretroviral access and adherence in Mexico. *Qualitative Health Research*, 17(5), 599-611. doi:10.1177/1049732307301335

- Campero, L., Kendall, T., Caballero, M., Al, M. y Herrera, C. (2010). El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México. *Salud Publica Mex*, 52, 61–69. doi:10.1590/S0036-36342010000100010
- Cardona-Arias, J. L. y Higuaita-González, L. F. (2014). Impacto del VIH sobre la Calidad de Vida: Metaanálisis 2002-2012. *Rev Esp Salud Pública*, 88(1), 87–101. doi:10.4321/S1135-57272014000100006
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521–551. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705307>
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saude Pública*, 31, 425-35. doi:10.1590/S0034-89101997000400012
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, CENSIDA. (2015). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al cierre de 2014. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/>
- Costa, G., Salamero, M. y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18), 687–691. doi:10.1157/13102357
- De la Revilla, A. L., Luna del Castillo, J., Bailón, M. E. y Medina, M. I. (2005). Validación del cuestionario MOSS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)*, 6(1), 10–18. Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>
- Delgado, R. (2007). Análisis procesual del impacto del VIH/SIDA y su representación en personas seropositivas. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 30–37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=133915933005>
- Flores, F., Almanza, M. y Gómez, A. (2008). Análisis del Impacto del VIH / SIDA en la familia: Una aproximación a su representación social. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 6–13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328002.pdf>
- Guillemin, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol* 1995, 24(2), 61-3. doi:10.3109/03009749509099285
- Jorjoran, S. Z., Sajjadi, H., Setareh, F. A., Salimi, Y. & Dejmian, M. (2014). Disclosure of HIV status and social support among people living with HIV. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(8), 1–5. doi:10.5812/ircmj.11856
- Kumarasamy, N., Safren, S. A., Raminani, S. R., Pickard, R., James, R., Krishnan, A.S. & Mayer, K. H. (2005). Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among patients with HIV in Chennai, India: A qualitative study. *AIDS Patient Care and STDs*, 19(8), 526-537. doi:10.1089/apc.2005.19.526
- Londoño, A. N., Rogers, H. L., Castilla, T. J., Posada, G. S., Ochoa, A. N., Jaramillo, P. M. y Aguirre-Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142–150. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539016>
- López-García, N. y De Kejiser-Fokker, B. (2014). Redes sociales de apoyo de mujeres que viven con VIH en Veracruz, México. *Medicina Salud y Sociedad*, 4(3), 307–330. Recuperado de <http://www.medicinasaludysociedad.com>.
- Medellin, M., Rivera, M. E., López, J., Kanán, M. G. y R Rodríguez-Orozco, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35(2), 147–154. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223312008>
- Ncama, B. P., Mclnerney, P. A., Bhengu, B. R., Corless, I. B., Wantland, D. J., Nicholas, P. K. & Davis, S.M. (2008). Social support and medication adherence in HIV disease in KwaZulu-Natal, South Africa. *Int J Nurs Stud*, 45(2), 1757-1763. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.06.006
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. 3a. edición. Nueva York: Mc Graw Hill.
- Nurullah, A. (2012). Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173–188. Retrieved from <http://works.bepress.com/nurullah/3/>
- Oppong, K. (2012). Social support and the psychological well-being of people living with HIV/AIDS in Ghana. *African Journal of Psychiatry*, 15(5), 340–5. doi:10.4314/ajpsy.v15i5.42
- Piña, L. J. & Rivera, I. B. (2007). Validación del Cuestionario de Apoyo Social Funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Ciencia y Enfermería*, XIII(2), 53–63. doi: 10.4067/S0717-95532007000200007
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria*, 30(3), 143-149. doi:10.1016/S0212-6567(02)78993-2
- Remor, E. (2003). Intervención del psicólogo en una unidad de tratamiento de pacientes con infección por VIH y SIDA. En: Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 309-340). España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Rizo, G., Orozco, I. y Villaseñor, T. (2002). Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA. *Investigación en Salud*, IV(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14240208>
- Rodríguez, E. S. y Enrique, H. C. (2007). Validación argentina del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicod Debate: Psicología, Cultura Y Sociedad*, 7, 155–168. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico.10.pdf>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. doi:10.1016/0277-9536(91)90150-B
- Simoni, J. M., Frick, P.A., & Huang, B. (2006). A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretrovi-

- ral therapy. *Health Psychology*, 25(1), 74–81. doi:10.1037/0278-6133.25.1.74
- Taylor, S. E., Welch, W. T., Kim, H. S., & Sherman, D. K. (2007). Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. *Psychol Sci*, 18(9), 831–7. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01987.x
- Vera, P. V. y Estrada, A. A. (2004). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/ SIDA ante su diagnóstico y su manejo. *Revista del Hospital Juárez de México*, 71(1), 29–35. Recuperado de <http://bvssida.insp.mx/articulos/4303.pdf>
- Vervoort, S. C., Grypdonckb, M. H., Grauwec, A., Hoepelmana, A. I., & Borleffsd, J.C. (2009). Adherence to HAART: processes explaining adherence behavior in acceptors and non-acceptors. *AIDS Care*, 21(4), 431–438. doi:10.1080/09540120802290381
- Weaver, K. E., Llabre, M. M., Durán, R. E., Antoni, M. H., Ironson, G., Penedo, F. J., & Schneiderman, N. (2005). A stress and coping model of medication adherence and viral load in HIV-positive men and women on highly active antiretroviral therapy (HAART). *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(4), 385–392. doi:10.1037/0278-6133.24.4.385
- Wouters, E., Loon, F., Rensburg, D., & Meulemans, H. (2009). Community support and disclosure of HIV serostatus to family members by public-sector antiretroviral treatment patients in the Free State Province of South Africa. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(5), 357–364. doi:10.1089/apc.2008.0201