

VALIDACION DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL EN PERSONAS SEROPOSITIVAS AL VIH DEL NOROESTE DE MEXICO*

VALIDATION OF THE FUNCTIONAL SOCIAL SUPPORT QUESTIONNAIRE IN SEROPOSITIVE PERSONS TO THE HIV FROM THE NORTHWEST OF MEXICO

JULIO ALFONSO PIÑA LOPEZ** y BLANCA MARGARITA RIVERA ICEDO***

RESUMEN

Se describen los resultados de un estudio transversal cuyo objetivo fue el de validar el cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11) en una muestra de 67 personas seropositivas al VIH del noroeste de México. Para el análisis de los datos se utilizaron en orden consecutivo los siguientes procedimientos: la prueba T de comparación de medias para valorar la capacidad de comprensión de las preguntas; un análisis factorial exploratorio con rotación varimax para la validez conceptual y el coeficiente de Cronbach para estimar la confiabilidad de la medida. Con la prueba T todas las preguntas obtuvieron valores de $p = .000$; el análisis factorial exploratorio dio lugar a un único factor con valor propio de 6.48, que por sí solo explica 58.6% de la varianza total, mientras que el de Cronbach alcanzó un valor de .92. Se discute sobre los resultados que arrojó la estructura factorial en el presente estudio, comparándola con la reportada en otros estudios realizados en países de habla hispana.

Palabras claves: Apoyo social, VIH, confiabilidad, validez.

ABSTRACT

The main objective of this study was to validate the functional social support questionnaire (Duke-UNC-11) in a sample of 67 persons living with HIV from the northwest region of Mexico. Data analysis was carried out by the following procedures in a consecutive order: the T-test for means comparison to assess the comprehensibility of the questions; an exploratory factorial analysis with varimax rotation, to determine construct validity; the Cronbach's coefficient to estimate reliability. The T-test gave statistical significance values of $p = .000$ in the total of the questions; a one-factor structure was found with the exploratory factorial analysis with varimax rotation, with eigen value of 6.486, explaining 58.6% of the total variance; finally, an overall Cronbach's coefficient of .92 was obtained with the test of reliability. The results of the factorial structure of this study are compared with those reported in other studies realized in Hispanic countries.

Keywords: Social support, HIV, reliability, validity.

Fecha recepción: 19/06/07. Fecha aceptación: 24/10/07.

* El presente estudio se realizó con financiamiento propio de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, en el noroeste de México.

** Psicólogo y M. en C. (Psicología), médico y M. en Salud Pública Andrés Ernesto Corrales Rascón, Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/SIDA e ITS, Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora Hermosillo, México. ja_pina@hotmail.com

*** Enfermera, psicóloga y M. en C. (Ciencias Sociales), Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud N° 2 Instituto Mexicano del Seguro Social Hermosillo, México. blanca.rivera@imss.gob.mx

INTRODUCCION

Las personas seropositivas al VIH usualmente experimentan una diversidad de problemas que dificultan su ajuste psicológico y social en múltiples esferas de su vida cotidiana (Ammassari et al., 2004; Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín & Tovar, 2006; Piña & Sánchez-Sosa, 2007; Plattener & Meiring, 2006). Esos problemas incluyen, entre otros, la presencia de estados de estrés y depresión más o menos prolongados, aislamiento social, dificultades para la reinserción laboral, así como una carencia de habilidades o competencias conductuales que les permitan seguir estricta y puntualmente con las indicaciones prescritas por el personal de salud.

Sobre el respecto, hoy en día se sabe, por ejemplo, que aquellas personas que han sido capaces de aceptar su condición de seropositividad al VIH, de desarrollar estrategias de afrontamiento activas frente a la enfermedad –potenciación de los recursos personales, expresión de emociones, demanda de información y búsqueda de apoyo emocional, fundamentalmente–, logran mantener la infección por VIH asintomática en mayor medida que aquellas que no lo hacen, lo que se traduce en términos clínicos en una menor probabilidad de que se progrese hacia la etapa final del proceso de infección conocido como sida (Ickovics *et al.*, 2001; Leserman et al., 1999). Asimismo, se ha demostrado que tienden a mantener e inclusive a mejorar sus interacciones sociales en general (González et al., 2004; Walch, Roetzer & Minnett, 2006).

El apoyo social, como ha quedado de manifiesto en diferentes estudios (Amico, Harman & Johnson, 2006; Turner-Cobb et al., 2002; Weaver et al., 2005), suele reportar beneficios para las personas seropositivas al VIH, ya sea porque facilita su ajuste psicosocial hacia la enfermedad o porque mejora su percepción

de la calidad de vida –mejor salud percibida, mejor funcionamiento físico, menores dificultades para emprender tareas diarias y menor estrés relacionado con la salud, principalmente (Simoni, Frick & Huang, 2006; Tucker et al., 2004). También, se ha demostrado que constituye un importante indicador de la práctica de comportamientos de adhesión al tratamiento antirretroviral (Ballester, Campos, García & Reinoso, 2001; Murphy, Marelich, Hoffman & Steers, 2004; Sun, Zhang & Fung, 2007; Remor, 2002a).

Evaluar las dificultades o necesidades de las personas que viven con el VIH, atendiendo las demandas planteadas por ellos desde su perspectiva personal, tan sólo representa el primer y obligado paso para contribuir, en estadios posteriores, al diseño e instrumentación de programas de intervención conductual dirigidos, básicamente, a mejorar su bienestar físico y psicológico, sus interacciones sociales, su calidad de vida y su adhesión al tratamiento (Piña, 2003a, b). En tal sentido, y de acuerdo con Cohen (1988), son los profesionales de la psicología quienes disponen de los recursos metodológicos y técnicos para proponer medidas, tanto de variables psicológicas como sociales –concretamente, del apoyo social– que se vinculan con una enfermedad.

En el caso de esta última variable, en los tiempos que corren se cuenta con diferentes instrumentos autoadministrados que se han diseñado y validado en el idioma inglés con el objeto de medir tanto su relación como su impacto sobre una diversidad de enfermedades (*i.e.*, Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1988; House & Khan, 1985; Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988), algunos de los cuales han sido inclusive adaptados y validados en poblaciones de habla hispana. Por ejemplo, el cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11 de Broadhead et al., (1988) ha sido validado en España tanto en

población general (Bellón, Delgado, Luna del Castillo & Lardelli, 1996; Saameño, Sánchez, Castillo & Claret, 1996) como con personas seropositivas al VIH (De la Revilla, Marcos-Ortega, Castro-Gómez, Aybar-Zurita, Marín-Sánchez & Mingorance-Pérez, 1994; Remor, 2002b).

En cuanto a los primeros, esto es, los estudios que tuvieron entre sus muestras a sectores de la población en general, en uno se obtuvo una estructura factorial similar a la versión en inglés –apoyo social de confianza y apoyo social afectivo– (Bellón et al., 1996), estableciéndose como criterio de corte de un bajo apoyo social si se obtenía una puntuación 32 puntos totales, de mínimos y máximos posibles de 11 y 55 puntos, respectivamente (véase Ruiz, de Labry, Delgado, Herrero, Muñoz, Pasquau et al., 2005). Por lo que hace a la adaptación y validación del mismo instrumento en personas seropositivas al VIH (De la Revilla et al., 1994; Remor, 2002b), en ambos casos se obtuvo una estructura factorial similar a la versión en inglés, con valores del α de Cronbach que oscilaron entre .93 y .90, respectivamente.

No obstante la importancia que reviste la mencionada variable en personas seropositivas al VIH, en México no se ha encontrado en la literatura ningún estudio en el que se haya reportado, o bien el diseño de un instrumento para la medición del apoyo social percibido, o bien su adaptación y validación. Por tal razón, y en aras de disponer de un instrumento que nos permita medir dicha variable, se planteó el presente trabajo, cuyo objetivo fue el de probar las propiedades psicométricas del cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11) en una muestra de personas seropositivas al VIH del noroeste de México.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio y selección de la muestra

En el presente estudio de corte transversal inicialmente se consideró un universo de 86 personas seropositivas al VIH que periódicamente acuden al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención al VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en Hermosillo, en el noroeste de México. En virtud de que se trata de un grupo de personas que acuden *ex profeso* cada seis meses para realizarse los estudios de laboratorio para la determinación de los niveles de carga viral y conteo de linfocitos T CD4+, 15 días antes de la fecha prevista se les hizo una invitación expresa –vía telefónica o por correo– para participar en este estudio. Considerando, adicionalmente, que una cantidad importante de los participantes viven fuera de la ciudad de Hermosillo y manifiestan problemas para acudir a su cita el día y la hora fijados, se trabajó con un muestreo por disponibilidad.

Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes: a) tener 18 años o más; b) encontrarse bajo un régimen de tratamiento con medicamentos antirretrovirales; c) saber leer y escribir; d) que no presentaran de manera evidente problemas físicos o psicológicos que impidieran responder al instrumento; e) que leyeran y firmaran el consentimiento informado. En virtud de que 19 personas seropositivas al VIH no cumplieron con algunos de esos criterios, la muestra definitiva quedó conformada por 67 participantes, de los cuales la mayoría era del sexo masculino (67.6%), con una edad promedio de 36.4 años (DT = 10.6); asimismo, poco más de la mitad de los participantes (54.4%) se mantenía soltera/o; en la Tabla 1 se describen las restantes características demográficas y clínicas de los participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes (N = 67).

| Variables | \bar{X} | DT | Rango | N | % |
|------------------------------|-----------|------|-------|----|------|
| Edad | 36.4 | 10.6 | 20-6 | | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | | | | 46 | 67.6 |
| Femenino | | | | 22 | 32.4 |
| Estado civil | | | | | |
| Solteras (os) | | | | 37 | 54.4 |
| Casadas (os) | | | | 9 | 13.2 |
| Unión libre | | | | 15 | 22 |
| Otros | | | | 7 | 10.2 |
| Estudios | | | | | |
| No estudios | | | | 2 | 2.9 |
| Primaria | | | | 24 | 35.9 |
| Secundaria | | | | 23 | 33.8 |
| Bachillerato | | | | 11 | 14.7 |
| Profesional | | | | 8 | 11.7 |
| Tiempo de infección en meses | 49.4 | 39.1 | 3-157 | | |
| CD4+ | | | | | |
| < 200 células/mL | | | | 45 | 66.1 |
| 200-400 células/mL | | | | 13 | 26.4 |
| > 400 células/mL | | | | 5 | 7.3 |
| Carga viral | | | | | |
| < 400 copias/mL | | | | 22 | 32.3 |
| 401-30 000 copias/mL | | | | 30 | 44.1 |
| > 30 000 copias/mL | | | | 16 | 23.5 |

Variables e instrumento

Las variables demográficas se evaluaron a través de una encuesta *ad hoc* diseñada para este estudio, que incluía preguntas sobre la edad de los participantes, sexo, escolaridad y nivel de escolaridad. El perfil clínico incluyó el tiempo de infección en meses, las cuentas de linfocitos T CD4+ y los niveles de carga viral, a partir de la revisión de los expedientes de

cada uno de los participantes, en este caso bajo la supervisión del médico especialista.

Apoyo social: esta variable se evaluó con la versión en español del Duke-UNC-11 Functional Social Support Questionnaire (Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1988). El instrumento consta de 11 preguntas que se miden en un formato tipo Lickert con cinco opciones de respuesta, que van de 1 (mucho menos de lo que deseo/quiero) a 5 (tanto

como deseo/quiero); en su versión original el instrumento se divide en dos subescalas (Tabla 2): de apoyo social *afectivo* (preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10) y apoyo social *de confianza* (preguntas 2, 3, 5, 9 y 11). Las puntuaciones mínima y máxima por subescala oscilan entre 6

y 30 para la primera, así como entre 5 y 25 para la segunda, estimándose que existe apoyo social afectivo si se obtiene un mínimo de 18 puntos y de confianza si se obtiene un mínimo de 15 puntos (Fernández et al., 2001).

Tabla 2. Estructura factorial inglés y español del cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11).

tionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11).

| Reactivos | Factor 1 | Factor 2 |
|---|-------------------------|-----------------------------|
| | (Apoyo social afectivo) | (Apoyo social de confianza) |
| 1. Recibo visitas de mis amigos y familiares | | |
| 2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con la casa | | |
| 3. Recibo elogios y reconocimiento por hacer las cosas bien en el trabajo | | |
| 4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me pasa | | |
| 5. Recibo amor y afecto | | |
| 6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas en el trabajo/casa | | |
| 7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas personales/familiares | √ | |
| 8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre mis problemas económicos | √ | |
| 9. Recibo invitaciones para socializar | | |
| 10. Recibo consejos útiles cuando se presenta un acontecimiento importante | | |
| 11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo/a y en cama | | |

* (F1/F2): denotan el factor al que pertenece la pregunta de acuerdo con Broadhead et al. (1988) y Remor (2002b).

Procedimiento

Para las personas seropositivas al VIH la medición se condujo en las instalaciones del Centro Ambulatorio para la Prevención y Aten-

ción a VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) en el transcurso del mes de noviembre de 2005. A todos se les explicaron los motivos del presente estudio, solicitándoles su colaboración para participar

voluntariamente, y en caso de hacerlo, se les aclaró que sus respuestas serían anónimas y confidenciales, añadiendo que los resultados serían utilizados con fines de investigación. A quienes aceptaron colaborar se les hizo entrega del consentimiento informado, mismo que leyeron y firmaron. Enseguida se les hizo entrega del instrumento autoadministrado, cuya aplicación osciló entre los 15 y 25 minutos.

Análisis estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 12.0, con el cual inicialmente se extrajeron las frecuencias y porcentajes de las variables demográficas y clínicas. Con el objeto de probar la claridad y poder de comprensión de las preguntas se empleó la prueba T de comparación de medias, para lo cual se sumaron las puntuaciones obtenidas en las 11 preguntas, para posteriormente extraer los valores más bajos (percentil 25) y más altos (percentil 75), formándose así dos grupos. Los dos grupos, es decir, los participantes que obtuvieron las puntuaciones más bajas y más altas en cada una de las respuestas se compararon entre sí en cada una de las preguntas. Se estableció que cada pregunta fue comprendida si se rechazaba la hipótesis nula de la igualdad de medias, con una probabilidad de error de $p \leq .005$.

Enseguida, se procedió a evaluar la validez conceptual del instrumento mediante un análisis factorial exploratorio de componentes principales (rotación varimax, normalización con Kaiser), considerando en este procedimiento las preguntas que cumplieron con los siguientes criterios: a) que con el procedimiento anterior hubiesen alcanzado el nivel de significación estadística apuntado; b) que las preguntas hubiesen alcanzado pesos

factoriales individuales iguales o superiores a .40, y c) que no se repitieran en dos o más factores. Se trata de un procedimiento que permite identificar la manera en que las variables de interés se agrupan en uno o más factores, que se presume comparten determinadas premisas teóricas o conceptuales. Con relación al instrumento utilizado se esperaría la conformación de una estructura factorial doble que incluyera al apoyo social en sus modalidades de confianza y afectivo.

Finalmente, se empleó el coeficiente de Cronbach para estimar la confiabilidad de la medida, considerando al instrumento en su conjunto, así como su eventual estructura factorial.

RESULTADOS

En su conjunto, los resultados que arrojó la prueba T sugieren que todas las preguntas fueron claramente comprendidas por los participantes, es decir, que discriminaron de manera apropiada, pues en todas se alcanzaron altos niveles de significación estadística superiores a la indicada ($p = .000$). Tal y como se observa en la Tabla 3, los valores máximos de respuesta promedio para cada una de las preguntas oscilaron entre 3.84 (en la tres) y 5.00 (en las preguntas cinco, 10 y 11), lo que indica que para esta muestra, en general, se alcanzaron valores elevados de apoyo social percibido en la totalidad de las preguntas.

Con relación a la validez de constructo, los resultados se resumen en la Tabla 4. El análisis aportó una estructura factorial única, con valor propio superior a 1 y que por sí sola explica 58.6% de la varianza. La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin para determinar la adecuación de la muestra fue de .840, mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 [55] = 501.587; p = .000$).

Tabla 3. Análisis de discriminación de las preguntas con base en la prueba T de comparación de medias.

| Preguntas | Grupos | \bar{X} | DE | <i>t</i> | Gl | P |
|---|--------|--------------|-------------|----------|----|------|
| 1. Recibo visitas de amigos y familiares | 1 2 | 1.40 4.95 | .91 .22 | -16.402 | 32 | .000 |
| 2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con la casa | 1 2 | 1.73 4.83 | 1.28 .37 | -10.091 | 32 | .000 |
| 3. Recibo elogios o reconocimiento por hacer las cosas bien en el trabajo | 1 2 | 1.87 3.84 | 1.30 .50 | -9.167 | 32 | .000 |
| 4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me pasa | 1 2 | 2.73 4.95 | 1.83 .22 | -5.240 | 32 | .000 |
| 5. Recibo amor y afecto | 1 2 | 2.60 5.00 | 1.68 .00 | -6.246 | 32 | .000 |
| 6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas en el trabajo/casa | 1 2 | 2.20 4.95 | 1.61 .22 | -7.363 | 32 | .000 |
| 7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas personales/familiares | 1 2 | 1.87 4.95 | 1.24 .22 | -10.594 | 32 | .000 |
| 8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre mis problemas económicos | 1 2 | 1.73 4.95 | .96 .22 | -14.129 | 32 | .000 |
| 9. Recibo invitaciones para socializar | 1 2 | 1.40 4.68 | .57 1.00 | -11.545 | 32 | .000 |
| 10. Recibo consejos útiles cuando se presenta un acontecimiento importante | 1 2 | 1.93 5.00 | 1.28 .00 | -10.488 | 32 | .000 |
| 11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo/a y en cama | 1 2 | 2.67 5.00 | 1.67 .00 | -6.093 | 32 | .000 |

Tabla 4. Análisis factorial exploratorio, con el método de componentes y rotación varimax (normalización con Kaiser) y valores del α de Cronbac.

| Reactivos | Factor 1 (pesos factoriales) | α de Cronbach (por pregunta) |
|---|---------------------------------|--|
| 1. Recibo visitas de mis amigos y familiares | .84 | .91 |
| 2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con la casa | .79 | .92 |
| 3. Recibo elogios y reconocimiento por hacer las cosas bien en el trabajo | .78 | .92 |
| 4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me pasa | .68 | .92 |
| 5. Recibo amor y afecto | .73 | .91 |
| 6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas en el trabajo/casa | .76 | .92 |
| 7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas personales/familiares | .83 | .91 |
| 8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre mis problemas económicos | .80 | .90 |
| 9. Recibo invitaciones para socializar | .69 | .92 |
| 10. Recibo consejos útiles cuando se presenta un acontecimiento importante | .79 | .92 |
| 11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo/a y en cama | .66 | .92 |

Iteraciones: 6
 Valores propios: 1
 Varianza explicada total: 58.6%
 de Cronbach acumulada: .92

Finalmente, en la misma Tabla 4 se muestran los resultados obtenidos con el coeficiente de Cronbach, en lo que hace a cada una de las preguntas como para el instrumento en su conjunto, que fue de .92; en virtud de este resultado, se puede concluir que el instrumento es confiable.

DISCUSION

La puntuación media de apoyo social de las personas seropositivas al VIH mexicanos en este estudio fue de 39.9, ligeramente por debajo de la media obtenida en el estudio realizado en España por Remor (2002b), que as-

cendió a 40.8. La mediana del estudio con personas seropositivas al VIH que eran usuarios de droga por vía parenteral (UDVP) de De la Revilla et al. (1994) fue de 33.0, muy inferior a la del presente estudio, que fue de 42.0. Las diferencias entre medias y medianas bien podrían deberse a las características sociodemográficas y culturales de las poblaciones estudiadas, y eventualmente, a que los participantes en el presente estudio se encontraban recibiendo atención y apoyo psicológico al momento del estudio, lo que se reflejaría en mejores puntuaciones del apoyo percibido e informado. Sobre el respecto, habría de tenerse en cuenta que únicamente en el estudio de Remor (2002b) se hace mención

de que los participantes se encontraban formando parte de un programa de intervención psicológica, lo que explicaría eventualmente por qué en ambos estudios no se encontraron diferencias importantes en la forma en que se percibió mayor apoyo social.

Por lo que toca a la prueba de validez conceptual, no obstante que el cuestionario arrojó en nuestro estudio una estructura factorial diferente a la planteada originalmente por Broadhead et al. (1988), así como en la de los dos trabajos conducidos en España, consideramos conveniente interpretar los resultados aquí obtenidos con cautela, hasta no incluir una muestra más amplia de personas seropositivas al VIH y poder estar en condiciones de concluir en definitiva si dicha estructura pudiera deberse al tamaño y a las características de la muestra elegida (personas que viven con el VIH o el sida), o bien a la influencia de determinadas variables socioculturales no analizadas en esta ocasión, como por ejemplo la importancia que los participantes de esta región de nuestro país le confieren a las relaciones y los lazos sociales en general.

Dicho en otras palabras, es necesario recordar que, en el proceso de adaptación y validación de cualesquiera instrumentos –en particular cuando se está haciendo referencia de unos que provienen de culturas diferentes– no necesariamente la estructura factorial se “acomodará” en los mismos términos que en la versión original. De un lado, por las características socioculturales de los participantes; del otro, por otros elementos que se inscriben en el contexto metodológico, que incluyen la traducción fiel y correcta de las preguntas de un idioma al otro, así como la administración del instrumento a una muestra alta y representativa, básicamente (Balluerka, Gorostiza, Alfonso-Arbiol & Haramburu, 2007).

Adicionalmente, no se puede pasar por alto el tipo de enfermedad en la que se utilizan los instrumentos y otros aspectos relacionados con éstas –para el caso que nos ocupa, el tiempo que se tiene viviendo con la enfermedad

desde el momento mismo del diagnóstico, la evolución clínica, la presencia o ausencia de infecciones oportunistas, entre otras–. En efecto, aun cuando en este estudio, al igual que en el de De la Revilla et al. (1994) y el de Remor (2002b) se trabajó con muestras de personas seropositivas al VIH, en el nuestro se encontró que el tiempo de infección en meses desde el momento del diagnóstico fue de tan sólo 49.4 meses, muy por debajo del reportado, por ejemplo, por Remor, que ascendió a 80.9 meses. En el mismo tenor se podría comentar con relación al estadio clínico de infección en el que se encontraban los participantes una vez realizado el estudio, pues en el nuestro la mayoría (poco más del 62%) se encontraba en el estadio A, mientras que en la muestra de Remor poco más de dos terceras partes lo estaban en los estadios B y C.

Es posible, por tanto, que las características socioculturales de la muestra y el que los participantes de nuestro estudio se encontraran bajo un permanente programa de intervención psicológica, sean dos elementos que contribuyeron a una elevada percepción del apoyo social y, en consecuencia, a que se haya conformado una estructura factorial única con la que se explica un elevado porcentaje de la varianza.

Respecto de la confiabilidad del instrumento, en el presente estudio se obtuvo un α de Cronbach de .92, muy similar a la obtenida con la muestra española (véase Remor, 2002b), que fue de .91; esto es, en términos generales se observan resultados parecidos en los valores del α de Cronbach para el instrumento en su conjunto. Por razones obvias y considerando lo comentado en el párrafo anterior, no se puede hacer una comparación con los valores del α de Cronbach para las subescalas originales.

Ahora bien, no obstante que los resultados obtenidos en este estudio nos permiten asegurar que el instrumento es confiable y válido, hay que reconocer dos limitaciones. Primera, que se trabajó con una muestra de personas seropositivas al VIH de una región

del país, por lo que en posteriores estudios será necesario conducir otros en los que se incluyan a grupos de personas con el mismo diagnóstico de otras regiones –norte, centro y sur–, en las cuales eventualmente podríamos identificar patrones diferenciales en lo tocante a la percepción del apoyo social. Segunda, el hecho de que se trabajó con una muestra por disponibilidad, limitó nuestra posibilidad de llevar a cabo una segunda medición, a efecto de probar las propiedades psicométricas del instrumento en lo que se conoce como test-retest. Tercero, será conveniente evaluar, también, la sensibilidad del instrumento previo, durante y posterior a las intervenciones psicológicas a las que son expuestas las personas seropositivas al VIH.

Una vez superadas tales limitaciones, lo que se pretende es, finalmente, obtener la mayor cantidad posible de información sobre cómo y en qué dirección diferentes variables psicológicas y sociales, caso del apoyo social percibido, afectan de manera especial a los pacientes que viven con el VIH o el sida. En la medida en que se disponga de dicha información, sin lugar a dudas se estará en una inmejorable posición para evaluar y, en su defecto, sugerir modificaciones a los programas de intervención médica y psicológica que actualmente son instrumentados en las instituciones del sector salud de nuestro estado.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Dr. Eduardo Augusto Remor, de la Universidad Autónoma de Madrid, por la revisión crítica que hizo a una primera versión de este trabajo.

REFERENCIAS

- Ammassari, A., Antinori, A., Aloisi, M.S., Trotta, M.P., Murri, R., Bartoli, L. *et al.* (2004). Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics*, 45, 394-402.
- Amico, K.R., Harman, J.J. & Johnson, B.T. (2006). Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions. A research synthesis of trials, 1996 to 2004. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41, 285-297.
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L. & Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida: un estudio correlacional. *Universitas Psychologica*, 5, 659-667.
- Ballester, R., Campos, A., García, S. & Reinoso, I. (2001). Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con infección por VIH. *Psicología Conductual*, 9, 299-322.
- Balluerka, N., Gorostiza, A., Alfonso-Arbiol, I. & Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19, 124-133.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna del Castillo, J.D. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. & Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-273.
- De la Revilla, L., Marcos-Ortega, B., Castro-Gómez, J.A., Aybar-Zurita, R., Marín-Sánchez, I. & Mingorance-Pérez, I. (1994). Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. *Atención Primaria*, 13, 21-26.
- Fernández, A.M., Bujalance, M.J., Leiva, F., Martos, F., García, J. & Sánchez, F. (2001). Salud auto-percibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *MEDIFAM*, 11, 530-539.
- González, J.S., Penedo, F.J., Antoni, M.H., Durán, R.E., Fernández, M.I., McPherson-Baker, S. *et al.* (2004). Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23, 413-418.
- House, J.S. & Khan, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. En: S. Cohen & S.L.

- Shyne, eds. *Social support and health*. San Diego, CA; pp. 83-108.
- Ickovics, J.R., Hamburger, M.E., Vlahov, D., Schoenbaum, E.E., Schuman, P., Boland, R.J. & Moore, J. (2001). Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1466-1474.
- Leserman, J., Jackson, E.D., Pettito, J.M., Golden, R.N., Silva, S.G., Perkins, D.O. et al. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, 61, 397-406.
- Murphy, D.A., Marelich, W.D., Hoffman, D. & Steers, W.N. (2004). Predictors of antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 16, 471-484.
- Piña, J.A. (2003a). Construcción y validación de un instrumento para medir competencias conductuales en personas VIH+. *Salud Pública de México*, 45, 293-297.
- Piña, J.A. (2003b). Psicología y VIH/SIDA: Aportaciones y asignaturas pendientes en México. *Higiene*, 5, 184-189.
- Piña, J.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psicológica*, 6, 399-407.
- Plattener, I.E. & Meiring, N. (2006). Living with HIV: The psychological relevance of meaning making. *AIDS Care*, 18, 241-245.
- Remor, E.A. & Carrobes, J.A. (2001). Versión española de la escala de estrés percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Remor, E.A. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicología Conductual*, 14, 262-267.
- Remor, E.A. (2002b). Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH. *Atención Primaria*, 30, 143-148.
- Ruiz, I., De Labry, A.O., Delgado, C.J., Herrero, M.M., Muñoz, N., Pasquau, J. et al. (2005). Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. *Psicothema*, 17, 245-249.
- Saameño, J.A.B., Sánchez, A.D., Castillo, J.D.L. & Claret, P.I. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- 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 antiretroviral therapy. *Health Psychology*, 25, 74-81.
- Sun, H.M., Zhang, J. & Fung, X.D. (2007). Psychological status, coping, and social support of people living with HIV/AIDS in central China. *Public Health Nursing*, 24, 132-140.
- Tucker, J.S., Orlando, M., Burnam, M.A., Sherbourne, C.D., Kung, F.-Y. & Gifford, A.L. (2004). Psychosocial mediators of antiretroviral nonadherence in HIV-positive adults with substance use and mental health problems. *Health Psychology*, 23, 363-370.
- Turner-Cobb, J.M., Gore-Felton, C., Marouf, F., Koopman, C., Kim, P., Israelski, D. et al. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 337-353.
- Walch, S.E., Roetzer, L.M. & Minnett, T.A. (2006). Support group participation among persons with HIV: Demographic characteristics and perceived barriers. *AIDS Care*, 18, 284-289.
- Weaver, K.E., Llabre, M.M., Durán, R.E., Antoni, M.H., Ironson, G., Penedo, F.J. et al. (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*, 24, 385-392.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.