

Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social

Validation of the Colombian MOS social support survey



NORA HELENA LONDOÑO ARREDONDO^{*a}, HEATHER L. ROGERS^b, JOSÉ FILADELFO CASTILLA TANG^a, SARA L. POSADA GÓMEZ^a, NOHORA LUZ OCHOA ARIZAL^c, MIGUEL ÁNGEL JARAMILLO PÉREZ^c, MARTHA OLIVEROS TORRES^c, JORGE ENRIQUE PALACIO SAÑUDO^d, DANIEL CAMILO AGUIRRE-ACEVEDO^e.

^a Universidad San Buenaventura de Medellín, Colombia

^b Universidad de Deusto, Bilbao, España

^c Universidad de Buenaventura Cartagena, Colombia

^d Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

^e Universidad de Antioquia, Colombia

ABSTRACT

Perceived social support is considered to be a variable of great importance in the health – disease continuum. Perceived social support refers to one's confidence that social support or resources are available if needed. The objectives of this research study were to (1) translate and culturally adapt the Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991) for the Colombian population, and (2) validate the Colombian version of the MOS. The survey instrument measures perceived social support and was developed for a study of outcomes in patients with chronic disease. The sample consisted of 179 participants (36.7% men and 63.3% women), mean age 38.4 (SD =15.2, range 17 to 86 years) recruited from different cities in Colombia. The results indicated a favorable Cronbach's alpha between components ranging from .921 to .736. A confirmatory analysis was conducted, obtaining a favorable structure for both 4 and 3 factors.

Key Words: Social support, Medical Outcomes - Survey Social Support Survey (MOS), psychometric instruments, structural validity, Colombian population.

RESUMEN

El apoyo social percibido se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos de salud – enfermedad. Hace referencia a la confianza que tienen los individuos sobre el apoyo social disponible si se necesita. La presente investigación tuvo como propósitos (1) realizar la traducción y adaptación cultural en Colombia del cuestionario del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991) y (2) validarlo en población normal para Colombia. El cuestionario MOS es un instrumento que mide apoyo social percibido y fue desarrollado para un estudio de desenlaces de pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos. La muestra estuvo conformada por 179 participantes (36.7% hombres y 63.3% mujeres), edad media 38.4 (D.E. 15.2, rango 17 – 86 años), de diferentes ciudades de Colombia. Los resultados reportaron un alfa de Cronbach entre los componentes bastante favorable entre .921 y .736. Se validó la estructura factorial tanto para cuatro como para tres componentes.

Palabras Clave: Apoyo social percibido, MOS, instrumentos psicométricos, validez estructural, población colombiana.

Recibido/Received: Diciembre 6 de 2011

Revisado/Revised: Abril 9 de 2012

Aceptado/Accepted: Mayo 5 de 2012

*Correspondence / Correspondencia:

Nora Helena Londoño Arredondo, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Carrera 56C, 51-90. Medellín, Colombia. Mail: nora.londono@usmed.edu.co; nora_londono@yahoo.es

Indexing / indexaciones

International Journal of Psychological Research se encuentra incluida en: Scopus, EBSCO (Academic Search Complete), Dialnet, Imbiomed, Doaj, Scirus, New Jour, Ulrichsweb, Pserinfo, Journal Seek, Google scholar.

INTRODUCCIÓN

El apoyo social debe ser visto como un proceso complejo que implica una interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales (Heller y Swindle, 1983). Se refiere a la confianza de la disponibilidad del apoyo social en caso de ser requerido (Barrón, 1996). Es considerado como moderador de estrés (Lazarus y Folkman, 1986; Lin y Ensel, 1989; 1986), y como variable de gran relevancia en los procesos de salud-enfermedad que favorece los procesos de adaptación personal, familiar, escolar y social (Aranda, Pando y Aldrete, 2002; Jiménez, Musitu y Murgui, 2006; Martín y Dávila, 2008; Rodrigo y Byrne, 2011).

Las características más relevantes de una red que brinda apoyo social son el tamaño, la fuerza de los vínculos, la densidad, la homogeneidad y la dispersión (Lin, Dean y Ensel, 1986; Pérez, 1999; Rodríguez, 1995; Sarason y Sarason, 1996; Shinn, Lechmann y Wong, 1984; Thoits, 1982).

Como constructo, se le conceptualiza el apoyo social desde dos dimensiones: la estructural y la funcional (Gottlieb, 1983). La primera hace referencia al tamaño de la red social y la segunda a la utilidad que ésta tiene. El apoyo funcional, por su parte, se compone multifactorialmente por tres tipos de recursos: a) emocionales: donde el apoyo social se expresa a través de empatía, amor y confianza; b) instrumentales: en el cual se aporta a la solución de problemas; y c) informativos: a través del cual se obtiene información útil para afrontar un problema (Antonucci e Israel, 1986; Cobb, 1976; Gottlieb, 1983; House, 1981).

El vínculo entre apoyo social y mejorías en la salud física está siendo reconocido ampliamente. Los hallazgos en investigaciones sustentan los efectos benéficos del apoyo social sobre la salud y el bienestar de las personas (Bajunirwe, Tisch, King, Arts, Debanney Sethi, 2009; Barrera, 1981; Berkman, 1985; Charyton, Elliott, Lu y Moore, 2009; Evon, Esserman, Ramcharran, Bonner y Fried, 2011; López-Navas, 2011; Queenan, Feldman-Stewart, Brundage y Groome, 2010; Rook, 1985; Schultz y Saklofsker, 1983; Surkan, O'Donnell, Berkman y Peterson, 2009).

Cohen (1988) ha propuesto tres modelos de mecanismos para explicar el impacto del apoyo social en la salud y han sido validados por diferentes investigaciones. (1) Modelos genéricos, los cuales plantean la influencia del apoyo social en los estilos de vida y los procesos biológicos (Cohen y Syme, 1985; Cohen, Mermelstein, Kamarck y Hoberman, 1985; Holahan y Moss, 1981; House, Landis y Umberson, 1988; Witmer, 1986). (2) Modelos psicosociales, los cuales exponen el efecto del apoyo social ante el estrés, neutralizándolo, moderándolo, redefiniéndolo, eliminándolo, aliviándolo o incluso agravando sus efectos

(House, 1981; Lakey y Heller, 1988; Rook, 1985). (3) Modelos de especificidad del apoyo o de congruencia ecológica, los cuales describen la influencia del apoyo social en las conductas de afrontamiento a través de la valoración cognitiva de las personas (Goodhart y Zautra, 1981; Krantz, Grunberg y Baum, 1985; Schultz y Saklofske, 1983; Shinn, Lechmann y Wong, 1984; Wills, 1983; Witmer, 1986).

Teniendo en cuenta los aportes psicométricos de algunos instrumentos utilizados para evaluar el apoyo social, el cuestionario de afrontamiento al estrés (CASPE; Calvo y Díaz, 2004; Díaz-Veiga, 1987) y el cuestionario de estrategias de afrontamiento *coping* modificado (EEC-M; Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre-Acebedo, 2006) incluyen dentro de sus componentes el apoyo social y el apoyo profesional como una de las estrategias de mejor nivel de explicación de la varianza.

Por su parte, el cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), diseñado como un cuestionario breve y auto-administrado en personas con enfermedades crónicas en los Estados Unidos, ha mostrado una adecuada variabilidad de los ítems. El instrumento evalúa los siguientes componentes: a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares); b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos; c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.

A través del análisis factorial, los autores del instrumento reportaron una matriz correlacional con ítems superpuestos entre las escalas Apoyo afectivo y Apoyo informacional, lo que condujo a la combinación de los ítems en un factor denominado apoyo emocional/informacional. El análisis factorial confirmatorio produjo resultados similares. Los componentes principales soportaron los 19 ítems para las 4 subescalas: apoyo emocional/informacional ($k = 8$, $\alpha .96$), apoyo instrumental ($k = 4$, $\alpha .92$), interacción positiva ($k = 3$, $\alpha .94$), apoyo afectivo ($k = 3$, $\alpha .91$) (Sherbourne y Stewart, 1991).

Una de las investigaciones sobre la validación de la prueba MOS fue realizada en España por Costa y Gil (2007) en personas con cáncer. La muestra estuvo conformada por 400 pacientes ambulatorios. Se realizó el análisis unifactorial y se compararon las medias de las dimensiones del cuestionario con otras variables, tal como tamaño de la red social, sexo y edad. Del análisis factorial extrajeron 3 factores: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental. La cuarta dimensión propuesta en la versión original del instrumento,

interacción social positiva, la incluyeron dentro de la dimensión de apoyo emocional/informacional. En la comparación de medias de las dimensiones de la escala con el tamaño de la red social, sexo y edad, se concluyó que cuanto mayor es el tamaño de la red social mayor es la percepción de apoyo social que se recibe. Por otra parte, los hombres tenían la percepción de recibir más apoyo instrumental y emocional/informacional que las mujeres. Además, en el estudio la edad no aportó diferencias respecto a la percepción del tipo de apoyo social que recibían. Por último, la investigación determinó que el cuestionario MOS de apoyo social es un instrumento válido para medir gran parte de la multidimensionalidad del constructo.

Un segundo estudio fue realizado en Argentina por Rodríguez y Enrique (2007), quienes validaron el instrumento con 375 participantes. En el estudio se implementó el análisis factorial exploratorio para determinar la validez y confiabilidad del instrumento, y se determinó que la totalidad de los ítems presentaban una distribución en tres factores. El primer factor fue denominado como consejo y confianza, el cual incluía el apoyo informacional/emocional y la interacción social positiva. El segundo factor fue el apoyo afectivo y el tercer factor fue el apoyo instrumental, tal cual como la versión original. El estudio consideró que el cuestionario MOS era un instrumento válido y confiable para tener una visión multidimensional del apoyo social y que tenía aplicabilidad para detectar situaciones de riesgo social.

La validación en Portugal fue realizada por Alonso, Montes, Menéndez y Graça (2007), con una muestra de 101 pacientes con enfermedades crónicas de un centro de salud rural. El alfa de Cronbach pretest estuvo entre .87 y .967, y posttest entre .862 y .972. Se realizó análisis exploratorio y confirmatorio, validando el modelo de los cuatro componentes. En la investigación se concluyó que el cuestionario MOS versión Portuguesa contaba con buenas propiedades psicométricas para medir y evaluar los aspectos multidimensionales del apoyo social en población portuguesa.

En China, se realizó la validación del instrumento por Yu, Lee y Woo (2004) con 110 pacientes. El análisis factorial confirmatorio demostró que los cuatro factores del MOS miden los aspectos funcionales del apoyo social percibido. El alfa de Cronbach de las subescalas estuvo entre 0.93 y 0.96. A las dos semanas se realizó un test-retest del MOS para medir la confiabilidad, el cual reportó un coeficiente de correlación intraclases de 0.84. El estudio concluyó que el MOS es psicométrica y multidimensionalmente sólido en la medición y evaluación de los aspectos funcionales del apoyo social percibido en población China con enfermedad crónica.

En California, Ashing-Giwa y Rosales (2012) realizaron un estudio transcultural con una muestra de pacientes mujeres sobrevivientes de cáncer de mama

compuesto de 88 Afroamericanas y 232 Latinoamericanas (95 con altos niveles del inglés y 137 con bajos niveles del inglés). Administraron la prueba en inglés o en español. El análisis estructural de la prueba MOS confirmó el modelo de 4 factores, con una explicación de la varianza de 84%. Encontraron que el componente de apoyo emocional explicó un porcentaje más grande de la varianza, mientras el componente de apoyo afectivo explicó un porcentaje menor. Cuando hicieron el análisis estructural en cada grupo, no había diferencias importantes en los resultados entre grupos, aunque los 4 factores explicaron menos varianza en el grupo de latinoamericanas con bajos niveles del inglés (81% vs. 89% en el grupo de latinoamericanas con altos niveles de inglés y 87% en el grupo de Afroamericanas).

Los antecedentes investigativos sobre la validación del instrumento en otros países soportan y afianzan la calidad del instrumento con buenas propiedades psicométricas y estructurales. Sin embargo, los estudios en gran medida han analizado la prueba en población enferma. Dado que existen pocos instrumentos validados en Colombia para medir el apoyo social, disponer de un instrumento como la prueba MOS adaptada y validada para Colombia en población normal se consideró de gran relevancia. Una validación en población normal de un rango de regiones, edades, y nivel educativos podía favorecer su uso en diferentes líneas de investigación, y no solo la aplicada a la psicología de la salud, si no la psicología social y comunitaria, la psicología educativa y del desarrollo, entre otras. Los investigadores requieren de instrumentos validados para Colombia sobre el apoyo social percibido, dado que las únicas condiciones que limitan al individuo y lo hacen vulnerable no son exclusivas a las referentes a las enfermedades, mucho más en países como Colombia donde por ejemplo las condiciones económicas, el desempleo, la violencia y la desintegración familiar afectan la población y la llevan a evaluar su red de apoyo social y a recurrir a ésta para sobrepasar condiciones de crisis o para adaptarse a las condiciones de la vida.

Como hipótesis previa se consideró que el instrumento podría mantener las dimensiones estructurales reportadas en otros estudios, pero con propiedades psicométricas diferentes, partiendo del supuesto que las redes sociales en países latinoamericanos son superiores, y en especial en diferentes regiones de Colombia donde el número de integrantes de una familia pueden ser superiores a las de otros países.

METODOLOGÍA

Participantes

Participaron 179 personas, 66 (37%) hombres y 113 (63%) mujeres, de cuatro ciudades capitales en Colombia (Barranquilla, Cartagena, Medellín y Riohacha). La edad media de los participantes fue de 38.4 años de

edad (DE 15.2; rango de edad: 17 - 86 años). El tipo de muestreo utilizado fue el incidental para lograr que la muestra fuera heterogénea en cuanto a las variables sexo, estrato, estado civil y nivel educativo, de un diverso grupo de participantes de varias regiones de Colombia. La Tabla 1 presenta los datos descriptivos de las variables socio-demográficas de la muestra.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra de estudio

| | Hombres n=66 | Mujeres n=113 | Total N=179 |
|-------------------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Edad | | | |
| Edad Media | 40.3 | 37.2 | 38.4 |
| Desviación E. | 15.2 | 15.0 | 15.2 |
| Rango edad | 18 - 77 | 17 - 86 | 17 - 86 |
| Estado civil | | | |
| Soltero | 25 (38%) | 59 (52%) | 84 (47%) |
| Casado | 30 (45%) | 37 (33%) | 67 (37%) |
| Separado | 8 (12%) | 11 (10%) | 19 (11%) |
| Viudo | 1(1%) | 4 (3%) | 5 (3%) |
| Estrato socioeconómico | | | |
| Alto | 21(32%) | 28 (25%) | 49 (27%) |
| Medio | 28 (42%) | 53 (47%) | 81 (45%) |
| Bajo | 14 (21%) | 33 (29%) | 47 (26%) |
| Ciudad | | | |
| Barranquilla | 13 (7%) | 17 (9%) | 30 (16%) |
| Cartagena | 10 (6%) | 20 (11%) | 30 (15%) |
| Medellín | 36 (20%) | 66 (37%) | 102 (57%) |
| Riohacha | 7 (4%) | 10 (6%) | 17 (10%) |

Instrumento

El cuestionario *Medical Outcomes Study- Social Support Survey* (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), es uno de los varios instrumentos desarrollados para el *Medical Outcomes Study*, un estudio de desenlaces médicos durante dos años en pacientes con enfermedades crónicas. Este cuestionario cuenta con un total de 20 ítems, y más que evaluar las condiciones relacionadas con la salud evalúa el apoyo social percibido por las personas. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre).

La distribución factorial original de los ítems se presenta de la siguiente manera: apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20).

Procedimiento

Si bien se contaba con diferentes versiones en castellano del cuestionario MOS, se consideró por parte del equipo de investigadores necesaria su traducción y adaptación dado que algunos ítems mostraban un sentido semánticamente diferente para Colombia. Se realizó la traducción, re-traducción y adaptación del instrumento. La traducción estuvo a cargo de tres expertos (dos psicólogos bilingües y un traductor no psicólogo) quienes de manera independiente hicieron la traducción del instrumento. Se elaboró un formato para elegir la mejor de las traducciones por cada ítem, el cual fue contestado por tres jurados: dos psicólogos bilingües y una persona de nacionalidad norteamericana con dominio del español, no psicóloga. Los investigadores, junto con un especialista en traducción, organizaron un comité para evaluar la apreciación de los jurados y en aquellos ítems que no se presentó preferencia por la misma respuesta, se tomó una decisión considerando su mejor comprensión. Posterior a determinar la traducción final, se realizó la re-traducción del instrumento por otra persona especialista en traducción tal como lo sugieren Gómez y Ospina (2001); la comparación del cuestionario original con la re-traducción permitió concluir que el proceso de traducción y la adaptación del instrumento fue adecuado para la población colombiana.

Se realizó una prueba piloto con 20 participantes. El tiempo promedio utilizado por los participantes para responder el cuestionario fue de 10 minutos. Posteriormente se dedicó alrededor de 10 minutos para sondear dificultades en la comprensión de las instrucciones y las preguntas. Posteriormente se aplicó el instrumento de manera individual por diferentes investigadores luego de presentarle a cada uno de los participantes las condiciones éticas del estudio y el consentimiento informado.

Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE), validando previamente la estructura de la matriz de correlaciones con la prueba de esfericidad de Bartlett y se calculó el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) como medidas de adecuación de la muestra, al comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con los coeficientes de correlación parcial. Se asumió que se puede aceptar un KMO $>.7$. La prueba de esfericidad de Bartlett debe permitir el rechazo de la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones es igual a la matriz identidad, es decir correlación entre las variables nula o muy baja cercana a cero lo que invalida el AFE; en otras palabras, para aceptar el AFE, esta prueba debe producir un valor $p <.05$. Sólo se consideraron en la interpretación de cada factor los ítems con cargas factoriales $>.4$. Se realizaron rotaciones ortogonales (Varimax) y no ortogonales (oblicua), con el objetivo de mejorar la interpretación de los factores. Los valores con una $p <.05$ se consideraron estadísticamente significativos. Para estos procedimientos se usó el paquete estadístico SPSS v.15.0

en español.

Se realizaron los análisis factorial confirmatorios (AFC) comprobando las estructuras factoriales halladas por el AFE y la estructura propuesta Sherbourne y Stewart (1991); para esto se construyeron los modelos para dichas estructuras mediante la estimación de modelos de ecuaciones estructurales, utilizando el programa AMOS 16.0. La bondad de ajuste para cada modelo se analizó mediante el índice de bondad de ajuste comparativo (GFI) y el índice de bondad de ajuste corregido (AGFI), ambos basados en la comparación entre la matriz muestral observada y la matriz reproducida. El GFI y el AGFI pueden variar entre 0 y 1 (el 0 indica ausencia de ajuste, y el 1, ajuste óptimo) y el índice del valor de aproximación cuadrático medio (RMSEA) debe ser <.08 para un buen ajuste de la estructura. Además se muestran los índices de parsimonia AIC y BIC para comparar ambos modelos. Aquel modelo con menor índice de parsimonia sugiere un mejor ajuste a los datos (Hoyle, 1995; HuyBentler, 1999).

RESULTADOS

Consistencia interna

Se empleó el coeficiente del alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala y en cada uno de los 4 factores se obtuvieron valores cercanos a 1, lo que corroboró la consistencia de la prueba. La escala tuvo un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de .941 para el total de la misma. Para los componentes, el alfa se reportó entre .921 y .736 (Tabla 2).

Tabla 2. Consistencia interna del cuestionario MOS

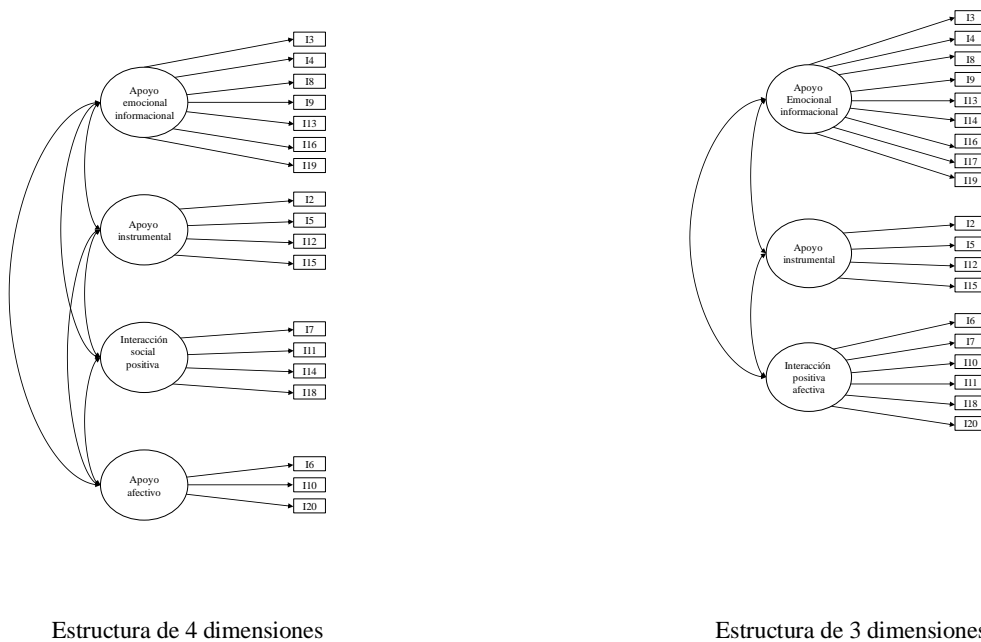
| Dimensión | Ítems | Alfa de Cronbach | IC95% | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------|-------|-----|
| | | | Li | Ls |
| Apoyo emocional/informacional | 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19 | .92 | .90 | .94 |
| Apoyo instrumental | 2, 5, 12 y 15 | .79 | .73 | .83 |
| Interacción social positiva | 7, 11, 14 y 18 | .83 | .78 | .86 |
| Apoyo afectivo | 6, 10 y 20 | .74 | .66 | .77 |
| Total Escala | | .94 | .93 | .95 |

Li-Ls: Límite inferior y superior del intervalo de confianza para el alfa de Cronbach

Estructura factorial

La estructura factorial de cuatro dimensiones compuesta por Apoyo social emocional/informacional (ítems en la escala que lo miden: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19); el apoyo instrumental (ítems en la escala que lo miden: 2, 5, 12 y 15) la interacción social positiva (ítems en la escala que lo miden: 7, 11, 14 y 18); y el apoyo afectivo (ítems en la escala que lo miden: 6, 10 y 20) caracterizado por las expresiones de amor y afecto (Figura 1), fue validada mediante análisis factorial confirmatorio, el cual mostró índices de bondad de ajuste: GFI=.780, AGFI=.713, RMSEA=.113, AIC=566,98, BIC=707,22

Figura 1. Estructura factorial del MOS de tres y cuatro factores



Ajuste a tres dimensiones en población colombiana

Teniendo en cuenta que la estructura de cuatro factores no mostró índices de bondad de ajuste suficientemente altos, se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio, el cual mostró una estructura de tres dimensiones con un porcentaje de explicación de la varianza del 64.10%. Tabla 3. La prueba de esfericidad de Barlett y el test de adecuación de la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvieron valores de 2143.58 ($p < .001$) y 0.918, respectivamente, lo cual valida la aplicación del análisis factorial exploratorio (AFE) a partir de la estructura de la matriz de correlaciones. El criterio

de elección de los factores fue de seleccionar aquellos con valor propio mayor que 1. Los ítems que cargaban a cada dimensión fueron tenidos en cuenta si su carga factorial era superior a .40. Se empleó finalmente una rotación oblicua, ya que la rotación varimax mantenía ítems con cargas factoriales a dos factores lo que no facilitaba su interpretación. Tabla 3. Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio, la cual mostró índices de bondad de ajuste GFI=.805, AGFI=.752, RMSEA= .097, AIC=481,89, BIC=612,57. La tabla 3 muestra además los índices de consistencia interna medidos por el alfa de Cronbach.

Tabla 3. Estructura Factorial de tres dimensiones del cuestionario MOS

| | Dimensión | | |
|------------------------|--------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| | 1 Apoyo emocional/ informativo | 2 Apoyo instrumental | 3 Interacción positiva/afectiva |
| MOS-4 | .88 | | |
| MOS-9 | .80 | | |
| MOS-13 | .80 | | |
| MOS-17 | .80 | | |
| MOS-3 | .77 | | |
| MOS-16 | .70 | | |
| MOS-8 | .70 | | |
| MOS-14 | .58 | | |
| MOS-19 | .51 | | |
| MOS-12 | | .88 | |
| MOS-15 | | .80 | |
| MOS-5 | | .50 | |
| MOS-2 | | .49 | |
| MOS-7 | | | .82 |
| MOS-6 | | | .76 |
| MOS-18 | | | .70 |
| MOS-20 | | | .65 |
| MOS-10 | | | .63 |
| MOS-11 | | | .47 |
| % Varianza explicada | 49,7 | 8,7 | 5,7 |
| Alfa de Cronbach | .93 | .79 | .86 |
| IC95% alfa de Cronbach | .91-.94 | .73-.83 | .83-.89 |

Relación entre Apoyo social y género

Se realizó el análisis comparativo de las variables funcionales con relación al sexo, con la estructura de 3 y cuatro dimensiones respectivamente, a través de la prueba U de Mann-Whitney con aproximación asintótica, dado que no se cumplió el criterio de normalidad en ninguna de

las variables. Los resultados reportan puntuaciones muy similares entre los hombres y las mujeres, sin diferencias significativas (Tabla 4).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos y comparación con relación a la variable sexo

| | Hombres <i>n =66</i> | Mujeres <i>n =113</i> | Global <i>N=179</i> | Z | P |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------|------|
| | <i>Media (DE)</i> | <i>Media (DE)</i> | <i>Media (DE)</i> | | |
| Estructura 4 dimensiones | | | | | |
| Emocional/informacional | 31.6 (7.5) | 33.4 (6.0) | 32.8 (6.6) | 1.56 | .120 |
| Instrumental | 16.9 (3.6) | 16.4 (3.3) | 16.6 (3.4) | 1.39 | .165 |
| Interacción social positiva | 16.5 (3.7) | 16.5 (3.3) | 16.5 (3.3) | .06 | .955 |
| Apoyo afectivo | 12.7 (2.8) | 12.7 (2.3) | 12.7 (2.5) | .59 | .555 |
| Estructura de 3 dimensiones | | | | | |
| Emocional/informacional | 35.4 (6.8) | 37.4 (6.9) | 36.6 (7.5) | 1.54 | .122 |
| Instrumental | 16.9 (3.6) | 16.4 (3.3) | 16.6 (3.4) | 1.39 | .165 |
| Interacción positiva/afectiva | 25.4 (5.1) | 25.3 (4.4) | 25.3 (4.6) | .57 | .569 |

DE: Desviación estándar; Z: Estadístico Z de la prueba U de Mann-Whitney con aproximación asintótica para la comparación entre hombres y mujeres.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito del estudio fue traducir y adaptar el cuestionario del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social, conocido como el *Medical Outcomes Study- Social Support Survey* (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991) de apoyo social percibido, y validarlo para la población normal colombiana. La prueba mide el apoyo social tanto en su dimensión estructural como funcional, con énfasis en el apoyo funcional percibido, aspecto que ha sido considerado por Gottlieb (1983) de suma importancia para medir apoyo social. El instrumento ha sido validado en diferentes países y al ser un instrumento comprensible, de poco tiempo en su aplicación, y con altos índices de confiabilidad y validez, se considera una herramienta eficaz para evaluar el riesgo psicosocial en diversos ámbitos (Alonso, 2007; Costa y Gil, 2007; Rodríguez, 2007; Ruiz, 2005; Yu, 2004).

El apoyo social es un factor esencial en el bienestar de los individuos, asociado a la salud (Aranda, 2002; Berkman, 1985; Barrón, 1996; Holahan, 1981; House, 1981; Jiménez, 2006; Martín y Dávila, 2008; Rodrigo y Byrne, 2011). Este genera un efecto directo o amortiguador del estrés y de los acontecimientos vitales estresantes. Su falencia o decremento puede ser un agente estresor en sí mismo (Cohen, 1985; House, 1981; Lazarus, 1986).

A través del análisis factorial confirmatorio, se obtuvieron valores significativos que validaron la estructura factorial original de los cuatro componentes de la prueba, así como también la estructura factorial de tres componentes.

Las ventajas de contar con sus cuatro componentes es que no se fusionan en uno solo Interacción social positiva y Apoyo afectivo. Por otro lado, algunos investigadores como Alonso (2007) y Lin (1986), han considerado relevante que los estudios sobre

apoyo social incluyan componentes instrumentales y/o expresivos, recibidos o percibidos, aportados por la comunidad como las redes sociales y amigos íntimos. Por otro lado, el estudio transcultural realizado por Ashing-Giwa y Rosales (2012) en el que se estudió población Afroamericana y Latinoamericana, identificaron los cuatro componentes que propone la prueba origina y encontraron que el componente emocional era el que tenía mayor explicación de la varianza y el componente afectivo el que menor explicación de la varianza tenía. Además, se considera que mantener la estructura afectiva por separado de la que evalúa la interacción social positiva es importante y daría la posibilidad de evaluar el componente amoroso/afectivo que no es usualmente evaluado en otras pruebas de manera independiente, y no necesariamente está representado en una interacción social positiva.

Sin embargo, la estructura factorial con tres componentes tuvo mejor valor estadístico, ha sido citada por algunos investigadores como las fundamentales dado que presentan como básico el componente emocional (empatía, amor y confianza), el instrumental (conductas para la solución de problemas) y el informativo (información útil para afrontar un problema) (Cobb, 1976; Gottlieb, 1983; House, 1981), y la estructura ha sido igualmente encontrada y validada en otros estudios de personas de habla hispana, por ejemplo en España (Costa, 2007) y Argentina (Rodríguez, 2007).

El valor obtenido en el alfa de Cronbach en cada uno de los 4 factores confirma que la prueba presenta una adecuada consistencia interna. Estos valores son frecuentemente encontrados, con similar distribución factorial y altos valores en el alfa de Cronbach, en los antecedentes reseñados como las validaciones de la escala (Alonso, 2007; Costa y Gil, 2007; Yu, 2004).

Con relación a las diferencias de género, en el estudio no se revelaron diferencias significativas entre hombres y mujeres, como sí lo demuestra el estudio de

Costa y Gil (2007) en España al concluir que los hombres perciben mayor apoyo instrumental y emocional/informacional que las mujeres. Es posible que una muestra Colombia más grande y/o más homogénea podría tener suficiente poder estadístico de encontrar diferencias significativas basado esta variable.

Para finalizar, se concluye que el cuestionario MOS en población normal es una escala válida y confiable para evaluar la multidimensionalidad del constructo apoyo social percibido en población colombiana. Como limitaciones del estudio se consideran los siguientes aspectos: en primer lugar, si bien en el estudio se hizo selección de la muestra con el fin de conseguir que fuera representativa a edades y estratos sociales, ésta no es representativa a áreas urbanas y rurales. La muestra incluye personas de diferentes regiones de Colombia (Atlántica y Andina), tanto de áreas urbanas como rurales, pero este estudio no contó con el poder estadístico para hacer análisis con estos sub-grupos. En segundo lugar, el instrumento de la versión colombiana del MOS es válido para la población general, y sería importante estudiar la validez de este instrumento en grupos de personas con enfermedades crónicas específicas (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, cáncer, EPOC, enfermedades renales, etc.) tal como lo estudiaron para validar la prueba original en inglés, y comparar la estructura con la población normal.

REFERENCIAS

- Alonso, A., Montes A., Menendez, V. y Graça, M. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 525-533.
- Antonucci, T.C. e Israel, B.A. (1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and network member's responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 432-437.
- Aranda, C., Pando, M. y Aldrete, M^a G. (2002). Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado de Guadalajara, Jal. México. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29, 169-174.
- Ashing-Giwa, K. y Rosales, M. (2012). A cross-cultural validation of patient-reported outcomes measures: a study of breast cancer survivors. *Qual Life Res.* DOI 10.1007/s11136-012-0140-8
- Bajunirwe, F., Tisch, D.J., King, C.H., Arts, E.J., Debanne, S.M. y Sethi, A.K. (2009). Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in Western Uganda. *AIDS Care*, 21(3), 271-279.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents. En B.H. Gottlieb, *Social networks and social support* (pp. 69-96). Beverly Hills, EE.UU.: Sage.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, España: Siglo Veintiuno, España Editores, S.A.
- Berkman, L.S. y Syme, S.L. (1979). Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berkman, L.F. (1985). The Relationship on Social Networks and Social Support to Morbidity and Mortality. En S. Cohen y S.L. Syme, *Social Support and Health* (pp. 241-259). Nueva York, EE.UU.: Academic Press.
- Calvo, F. y Díaz M. D. (2004). Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 16, 570-575.
- Charyton, C., Elliott, J.O., Lu, B. y Moore J.L. (2009). The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 16, 640-645
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical diseases. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. y Syme S. L. (1985). *Social Support and Health*. Nueva York, EE.UU.: Academic Press.
- Cohen S., Mermelstein R., Kamarck T. y Hoberman (1985). Measuring the functional components of social support. En I. Sarason y B. Sarason, *Social Support: Theory, Research and Applications*. Amsterdam, Holland: Martines Nijhoff.
- Costa, S. M. y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 128, 687-691.
- Díaz-Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández-Ballesteros, *El Ambiente: Análisis psicológico* (pp. 125-149). Madrid, España: Pirámide.
- Evon, D. M., Esserman, D.A., Ramcharan, D., Bonner, J. E., Fried, M.W. (2011). Social support and clinical outcomes during antiviral therapy for chronic hepatitis C. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 349-356
- Gómez, C. y Ospina, M.B. (2001). Adaptación y validación de escalas. En: A. Ruiz, C. Gómez y D. Londoño, *Investigación clínica: Epidemiología clínica aplicada*, pp. 69-84. Bogotá, Colombia: Centro Editorial Javeriano.
- Goodhart, D.E. y Zautra, A. (1981). Assessing quality of life in the community: An ecological approach. En W.A. Oconnor y B. Lubin, *Ecological approaches to Clinical and Community Psychology*. Nueva York, EE.UU.: John Wiley.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Beverly Hills, EE.UU.: Sage Publications.

- Heller, K. y Swindle, R. W. (1983). Social networks, perceived social support, and coping with stress. En: R. D. Felner, L. A. Jason, F. N. Moritsugu y S. S. Farber, *Preventive psychology: Theory, research and practice* (pp. 87-103). New York, EE.UU.: Pergamon.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Chicago, EE.UU.: Addison-Wesley.
- Holahan, C.J. y Moos, R. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 365-370.
- Hoyle, R.H. (1995). *Structural equation modeling, concepts, issues and applications*. Thousand Oaks, EE.UU.: Sage Publications.
- Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.
- Jiménez, T.I., Musitu, G. y Murgui, S. (2006). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del apoyo social. *Revista de Psicología Social, 21*(1), 21-34.
- Lahey, B. y Heller, K. (1988). Social support from a friend, perceived support and social problem solving. *American Journal of Community Psychology, 16*, 811-824.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lin, N. y Ensel, W. M. (1989). Life Stress and Health: Stressors and Resources. *American Sociological Review, 54*, 382-399.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. Londres: Academic Press.
- Londoño, N. H., Henao, G.C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D. y Aguirre-Acevedo, D.C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Revista Universitas psicológicas, 5*(2), 27-349.
- López-Navas, A., Ríos, A., Riquelme, A., Martínez-Alarcón, L., Pons, J.A., Miras, M., Sanmartín, A., Febrero, B., Ramírez, P. y Parrilla, P. (2011). Psychological Care: Social and Family Support for Patients Awaiting a Liver Transplant. *Transplantation Proceedings, 43*, 701-704.
- Martín, E. y Dávila, L.M. (2008). Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema, 20*(2), 229-235.
- Pérez-García, A.M. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Madrid: UNED-FUE.
- Queenan, J.A., Feldman-Stewart, D., Brundage, M. y Groome, P.A. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care, 19*, 251-259.
- Rodrigo, M.J. y Byrne, S. (2011). Social support and Personal agency in At-Risk Mothers. *Psychosocial Intervention, 20*(1), 13-24.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, S. y Enrique, H. C. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate, 7*, 155-168.
- Rook, K. S. (1985). The function of social bonds: Perspectives from research on social support, loneliness and social isolation. En: I.G. Sarason, B.R. Sarason. *Social support: Theory, research and applications*. Boston, EE.UU.: Martinus Nijhoff.
- Ruiz, L., De Labry, A.O., Delgado, C.J., Herrera, M.M., Muñoz, N. y Pasquau, J. (2005). Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. *Psicothema, 17*, 245-249.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (1996). *Social support: Theory, research and applications*. Boston, EE.UU.: Martinus Nijhoff.
- Schill, T., Toves, C. y Ramanaiah, N. (1981). UCLA Loneliness Scale and effects of stress. *Psychological Reports, 49*, 257-258.
- Schultz, B. y Saklofsker, D. H. (1983). Relationship between social support and selected measures of psychological well-being. *Psychological Review, 53*, 847-850.
- Sherbourne, C.D. y Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine, 32* (6), 705-14.
- Shinn, M., Lechmann, S. y Wong, N. W. (1984). Social interaction and social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues, 40*, 4, 11-36.
- Surkan, P.J., O'Donnell, E.M., Berkman, L.F. y Peterson, K.E. (2009). Social Ties in Relation to Health Status of Low-Income Brazilian Women. *Journal Of Women's Health, 18* (12), 2049-56.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 2*, 45-59.
- Witmer, J.M. (1986). Stress coping: Further considerations. *The Counseling Psychologist, 14*, 562-566.
- Yu, D., Lee, D. y Woo, J. (2004). Psychometric testing of Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). *Research in Nursing Health, 2*, 135-43.