

Resumen: El constructo "Apoyo Social" tiene gran relevancia en relación a las hipótesis explicativas de la vulnerabilidad al estrés. Fumar es una estrategia para afrontar el estrés para muchos fumadores, y el Apoyo Social ha mostrado también su relevancia en los procesos de deshabituación tabáquica. Su evaluación es por tanto crucial en estas situaciones. Presentamos las características psicométricas de un nuevo cuestionario para estudios epidemiológicos que aborda, en sus aspectos cuantitativos y cualitativos, las relaciones de pareja, familia, amistad, búsqueda de apoyo y soledad. En una muestra incidental de 200 personas, (67% mujeres) de edad media de 30,16 años, se obtuvieron tres factores ("Amistad", "Ausencia de Soledad" y "Familia y esfuerzo") con un 36,38 % de la varianza explicada, con una consistencia interna total de 0,81, y de 0,83, de 0,81 y 0,57 respectivamente en cada factor. En 140 personas se obtuvo una fiabilidad test-retest del 0,72, y correlaciones significativas con las escalas de "Apoyo Social del Mental Health de California" ($r_{30} = 0,286$) y "Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido" ($r_{30} = 0,560$).

Palabras Clave: Apoyo Social, Análisis Factorial, Fiabilidad, Validez.

Abstract: The "Social Support" construct has great relevancy in regard to the explanatory hypotheses of vulnerability to stress. Smoking is a strategy employed by many smokers in order to cope with stress, and the Social Support has shown its relevance also in the process of smoking cessation. Therefore its assessment is crucial in all these situations. We present the psychometric characteristics of a new questionnaire (Social Support Questionnaire, SSQ) for epidemiological studies that approaches in its quantitative and qualitative aspects the relationships of couple, family, friendship, search of support and loneliness. In an incidental sample of 200 people, 67% women, average age 30.16 years, three factors were obtained ("Friendship", "Absence of Loneliness" and "Family and effort") with a 36.38 % of the explained variance, with a total internal consistency of 0.81, and 0.83, 0.81 and 0.57 respectively in each factor. With 140 people the test-retest reliability was 0.72, there were meaningful correlations with the scales "California Mental Health Social Support" ($r = 0.286$) and "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" ($r = 0.560$).

Key words: Social Support, Factor Analysis, Reliability, Validity.

Title: *Validation of the Social Support Questionnaire (SSQ): preliminary study*

Introducción

El Apoyo Social es considerado como un elemento significativo del proceso salud-enfermedad (Costa, Morales y García, 1997). Hay evidencias que demuestran que

el pobre Apoyo Social puede afectar negativamente a la salud, (Breva, Palmero y Fernández-Abascal, 2001; Calvo, Díaz, Ojeda, Ramal y Alemán, 2001; Dopp, Miller, Myers y Fahey, 2000; Moral, Ortega, López y Pellicer, 2003; Tennant, 1999; Tsouna-Hadjis, Vemmos, Zakopoulos y Stamatelopoulos, 2000), y que, por el contrario, el adecuado Apoyo Social tiene un efecto positivo sobre la salud física y psí-

* Dirigir la correspondencia a Dr. Fernando Calvo Francés. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Facultad de Ciencias de la Salud. Dpto. de Enfermería, Aptdo de Correos 550, 35016 Las Palmas de Gran Canaria
E-mail: fcalvo@denfalpgc.es

quica (Barrón y Chacón, 1990; Barrón y Sánchez, 2001; Herrero y Musitu, 1998; Holzner, Kemmler, Meraner, Maislinger, Kopp, Bodner, Nguyen-Van-Tam, Zeimet, Fleischhacker y Sperner-Unterweger, 2003; Katz, Irish, Devins, Rodin y Gullane, 2003; Kors, 2000; Orth-Gomer, 2000; Parker, Baile, Moor y Cohen, 2003; Richard's y Giles, 2001; Steptoe, 2000). Fumar es percibido como una estrategia de afrontamiento por muchos fumadores (Calvo, Ramal, Díaz, Alonso, Peñate, y Ojeda, 2005), y especialmente relevante es el hecho de que los programas para dejar de fumar que ofrecen apoyo fuera del tratamiento (apoyo de los demás participantes y del terapeuta) aumentan el índice de cesación en un 16.2% cuando se comparan con programas que no ofrecen este tipo de apoyo (Fiore, Bailey, Cohen, Dorfman, Goldstein, Gritz, et al., 2000), y que uno de los factores principales que contribuyen a las recaídas es la falta de apoyo social (apoyo de amigos y familiares) (Cox, 1999).

No existe actualmente una definición clara y consensuada del constructo Apoyo Social (Barrón y Sánchez, 2001), faltando articular de forma completa tanto las bases teóricas como sus aspectos metodológicos (Richard's y Giles, 2001). La continuidad de la investigación impone la clarificación conceptual para la construcción de instrumentos válidos de medida (Alemi, Stephens, Llorens, Schaefer, Nemes y Arendt 2003; Landeta y Calvete, 2002). Buscando indicios de acuerdo entre destacadas contribuciones teóricas (Cameron, 1990; Cobb, 1976; Dean, 1986; Gottlieb, 1983; House, 1981; Martine, Shultz y Newsom, 1999; Pérez, 1999; Wilcox y Vernberg, 1985), consideramos el Apoyo Social como un constructo bidimensional con una dimensión estructural (red social de lazos directos e indirectos) y otra funcional, esta última articulada en base a tres recursos principa-

les (emocionales, instrumentales e informativos), diferenciándose dos aspectos fundamentales en el concepto de Apoyo Social: a) la distinción entre el hecho objetivo de una interacción de apoyo y la de su percepción subjetiva; b) la existencia de tres ámbitos de apoyo (comunitario, laboral y personal).

En la literatura aparecen una gran variedad de instrumentos que intentan evaluar este constructo. Todos ellos han sido diseñados para determinadas poblaciones con unas características muy específicas por lo que nos encontramos un gran abanico de cuestionarios muy heterogéneos entre sí. No obstante, no existen actualmente en nuestro país en el marco de la distribución comercial (TEA, CEIS, Albor-Cohs, etc.) pruebas para la evaluación de este constructo, aunque si se han publicado adaptaciones de algunas de las existentes. En castellano encontramos las adaptaciones españolas de la Escala de Apoyo Social SS-B de Vaux, Riedel y Stewart realizada por Sandín y Chorot (1990), del "Inventario de Apoyo Familiar para Trabajadores" de King, Mattimore, King y Adams, realizada por Martínez Pérez y Osca (2002), y de la Escala para la Evaluación del Apoyo Social del California Department of Mental Health, realizada por Conde y Franch (1984). El primero, dada su extensión, parece más apropiado para contextos clínicos. El segundo limita su campo de aplicación al ámbito laboral. El tercero, más reducido y apropiado para estudios epidemiológicos, adolece, a nuestro juicio, de elementos esenciales al constructo, como la valoración de lo percibido o la diferencia entre el apoyo familiar y el de los amigos. Por el contrario, otras adaptaciones españolas, teniendo la brevedad necesaria para estudios epidemiológicos, como la del Apgar Familiar de Smilkenstein (Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996), el Duke-UNC 11 de

Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan de la North Carolina University (Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996; Revilla, Bailón, de Dios, Delgado, Prados y Fleitas, 1991), el MOS (Medical Outcomes Study), la Social Support Survey de Sherbourne y Stewart (Revilla y Bailón, 1994), y la Multidimensional Scale Perceived Social Support de Zimet (Landeta y Calvete, 2002; Arechabala y Miranda, 2002), evalúan el Apoyo Social exclusivamente desde un punto de vista percibido. Además el MOS y el DUKE-UNC-11 no diferencian ni identifican la fuente de apoyo, y el Apgar, como su nombre indica, evalúa exclusivamente el apoyo familiar.

Bajo una solución de compromiso entre la brevedad que necesitamos y la complejidad del constructo, nuestro grupo está interesado en un instrumento para población general, de aplicación en el ámbito comunitario, útil en estudios epidemiológicos, y que manteniendo un corto número de ítems y la mayor facilidad de aplicación posible, de cuenta del Apoyo Social prestado por familia y amigos diferencialmente, y que, además del apoyo percibido, integre indicadores más objetivos en la evaluación del mismo. Bajo estos presupuestos presentamos el Cuestionario de Apoyo Social CAS, con el objetivo de determinar sus características de fiabilidad, validez así como su estructura factorial. Este trabajo se integra dentro de una proyecto de investigación más amplio sobre diferentes vertientes del tabaquismo y su abordaje (Calvo, Peñate, Alemán, Díaz, Alonso, Martínez, Ramal, 2005).

Método

Diseño

Se trata de un estudio instrumental (Montero y León, 2005) de carácter preliminar, enca-

minado al desarrollo de un nuevo Cuestionario de Apoyo Social, en el que se va a realizar un Análisis Factorial Exploratorio para la determinación de su dimensionalidad, así como calcular la consistencia interna de sus factores, fiabilidad test-retest y validez convergente y divergente.

Sujetos

Se trabajó con una muestra incidental de 200 personas, 67% mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 76 años, y una edad media de 30,16 (d.t.=13,21), el 25% estaban casados o convivían con alguien y el 32,1 % tenía pareja o compañero permanente, el 59,3% estaba cursando estudios universitarios (enfermería, medicina o fisioterapia), el 11,4% tenían estudios universitarios, y el resto estudios a nivel bachillerato o inferiores.

Algunos autores consideran que para determinar la validez de constructo de un instrumento debemos contar al menos con 10 casos por ítem, aunque "en general, puede decirse que una muestra que sobrepase los 200 sujetos puede considerarse adecuada" (García, Gil y Rodríguez, 2000, página 24), se ha afirmado que una muestra entre 100 y 300 medidas es correcta (Cattell, 1978), y en algunos casos tamaños muestrales del orden de 100 se consideran suficientes (Gardner, 2003). Por lo que consideramos que el tamaño de nuestra muestra cumple el criterio mínimo para la aplicación del Análisis Factorial Exploratorio, con un n=200 para un cuestionario de 20 ítems.

Instrumentos

El *Cuestionario de Apoyo Social* (CAS) consta de 20 ítems con cuatro opciones de respuesta. Los ítems se refieren a la calidad de la relación de pareja; la disponibilidad y frecuencia de contactos con familiares y amigos para actividades de ocio, confiarles algo íntimo, recibir cuidados por enfermedad o pedir dinero; la frecuencia y el es-

fuerzo personal que le supone buscar apoyo en otros; la calidad de las relaciones en con sus compañeros de trabajo o estudios; la frecuencia con la que asiste a algún tipo de agrupación humana en el que participe activamente; y, finalmente, aspectos referidos la percepción de soledad (ver anexo).

Se aplicaron también:

1) *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido* (Landeta y Calvete, 2002). Consta de 12 ítems, que se responden mediante una escala Likert con 6 alternativas posibles de respuesta (1 equivale a "completamente en desacuerdo" y 6 a "completamente de acuerdo"). Evalúa exclusivamente el apoyo percibido en tres áreas: familia, amigos y personas relevantes.

2) *Escala Autoaplicada para la Evaluación del Estrés-Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California* (Conde y Franch, 1984). Está formada por dos escalas: Estrés y Apoyo Social. La primera se compone de 3 subescalas (área personal, área de trabajo y economía y área familiar) con 6, 4 y 9 ítems respectivamente de dos alternativas de respuesta (sí/no); la segunda se compone de 6 ítems con cuatro alternativas de respuesta. Esta última intenta objetivar el apoyo existente cuantificando el número de personas disponibles y la frecuencia de contactos.

3) *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg* (Montón, Pérez-Echevarría, Campos, García Campayo, y Lobo, 1993). Consta de dos subescalas, una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias. Las alternativas de respuesta son "sí" y "no".

4) *Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estado de Ánimo IDDA-EA* (Tous y

Pueyo, 1991). Evalúa tres factores: "Activación", "Estrés" y "Arousal". El factor "Activación" nos indica el nivel de energía, el "Estrés" señala el estado de ánimo en términos negativos, y el "Arousal" la activación endógena ante demandas situacionales. Está compuesto por 28 pares de adjetivos antónimos, situados en los extremos de una escala de 7 puntos (-3 a +3) de tipo diferencial semántico.

Procedimiento

Para la captación de la muestra se utilizó el sistema de "bola de nieve". Se partió de alumnos universitarios voluntarios (pase colectivo controlado por los experimentadores), que a su vez, una vez formados, pasaron los cuestionarios a otros voluntarios de su entorno. El re-test se pasó a 140 personas de la muestra entre 30 y 45 días después de la primera aplicación. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS v.13 para Windows.

Resultados

Dimensiones del CAS

Con una puntuación KMO de adecuación muestral de 0,741 (de carácter medio), y siendo la prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($p=0,000$), concluimos que es oportuno llevar a cabo un análisis factorial. Se realizó un análisis exploratorio mediante el método de Máxima Verosimilitud, mediante el cual se identifica la solución factorial que mejor se ajusta a las correlaciones observadas, permaneciendo invariante ante el cambio de escala. Este método de extracción proporciona además un estadístico para determinar el grado de ajuste, lo que ayuda a determinar el número de factores a conservar. Se obtuvieron 7 factores con un autovalor superior a 1, y una varianza total explicada del 55,30 % (algo por

debajo de un 60% mínimo ideal). Esta solución, como las de 6 y 5 factores, amén de confusas en su interpretación, no superaron la prueba de bondad de ajuste. Si mostraron una adecuada bondad de ajuste las soluciones con 4 (chi-cuadrado = 169,40, $p = 0,001$) y 3 factores (chi-cuadrado = 224,23, $p = 0,000$). Por ello, para aclarar el número posible de factores a retener se obtuvo el gráfico de sedimentación (gráfico 1). De acuerdo al criterio gráfico se retienen todas aquellas componentes previas a la "zona de sedimentación" formada por una meseta con una ligera inclinación donde termina el

descenso brusco de las raíces características de las componentes (Uriel y Aldás, 2005). En este caso la inflexión en el gráfico apoya la solución de tres factores. Amén de ello, en la solución de 4 factores, el último factor extraído obtuvo una consistencia interna ($\alpha = 0,24$) no aceptable (George y Mallery, 1995), amén de no aportar una mayor claridad interpretativa. La solución de 3 factores obtiene una bondad de ajuste significativa ($p=0,000$), aunque alcanza una varianza total explicada pequeña, de solo un 36,38 %.

Gráfico de sedimentación

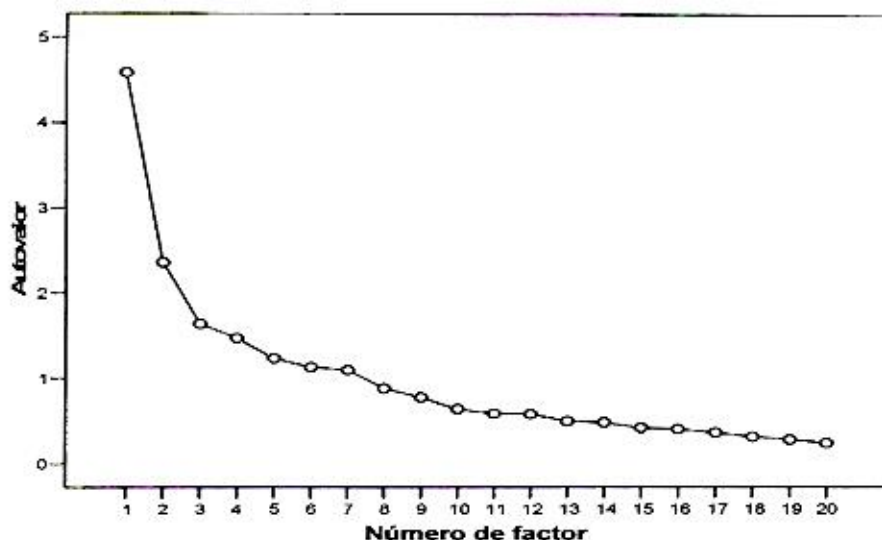


Figura 1.- Gráfico de sedimentación

Para la rotación hemos optado por la normalización equamax que combina las posibilidades dadas por los métodos varimax y quartimax, minimizando sus deficiencias. A la matriz rotada de tres factores es posible darle una interpretación psicológica relativamente clara. En la tabla 1 mos-

tramos esta solución, considerando como límite razonable no mencionar en la interpretación del factor ninguna variable con peso factorial ortogonal inferior a 0,40, aunque se acepten hasta pesos de 0,30 (Jiménez, Gil y Rodríguez, 2000).

Tabla 1. Matriz de factores rotados. Extracción por Máxima Verosimilitud y rotación mediante Normalización Equamax con Kaiser. Se han eliminado los ítems con pesos inferiores a 0,40. El ítem 9 satura en los factores 1 y 3, pero sólo se refleja la saturación más alta.

ÍTEMS	FACTOR		
	1	2	3
1. La relación con su pareja es			
2. En la última semana, ¿cuántas veces estuvo con un Familiar con el que no conviva?			
3. <i>En la última semana, ¿cuántas veces estuvo con un Amigo con el que no conviva?</i>	0,619		
4. En la última semana, ¿cuántas veces ha hablado por teléfono con un Familiar?			
5. <i>En la última semana, ¿cuántas veces ha hablado por teléfono con un Amigo?</i>	0,815		
6. ¿Con qué frecuencia sale al cine, a cenar, o a cualquier otra actividad de ocio con Familiares?			
7. <i>¿Con qué frecuencia sale al cine, a cenar, o a cualquier otra actividad de ocio con Amistades?</i>	0,669		
8. ¿Cuenta con algún Familiar al que le contaría algo íntimo?			0,614
9. <i>¿Cuenta con algún Amigo al que le contaría algo íntimo?</i>	0,423		
10. ¿Cuenta con algún Familiar que le cuidaría durante un tiempo en caso de estar enfermo o incapacitado?			0,458
11. <i>¿Cuenta con algún Amigo que le cuidaría durante un tiempo en caso de estar enfermo o incapacitado?</i>	0,692		
12. Si tiene algún problema económico y necesita cierta cantidad de dinero, ¿cuenta con Familiares que se lo prestarían?			0,474
13. Si tiene algún problema económico y necesita cierta cantidad de dinero, ¿cuenta con Amigos que se lo prestarían?	0,664		
14. Cuando se encuentra con dificultades, ¿tiende a buscar apoyo en otros?			
15. Cuando busca el apoyo de otras personas			0,465
16. En su trabajo (o estudios), respecto a sus compañeros, en general:			
17. ¿Asiste a alguna asociación o grupo cultural, recreativo, religioso, o de otra índole en la que participe activamente?			
18. Cuando está en dificultades ¿tiende a sentirse solo?			0,566
19. Se siente solo			0,948
20. Su sensación de soledad es			0,655

Como se puede apreciar, de los iniciales 20 ítems propuestos, el cuestionario se reduce a 13, quedando fuera los ítems 1, 2, 4,

6, 14, 16 y 17. Como vemos, los ítems que conforman cada factor guardan una gran coherencia aparente de contenido entre sí,

si exceptuamos el ítem 15 del tercer factor, cuyo encaje resulta más complejo. Hemos denominado a estos tres factores resultantes: "Amistad" (factor 1), "Ausencia de Soledad" (factor 2) y "Familia y esfuerzo" (factor 3).

Tabla 2. Varianza total explicada tras la rotación

F.	Total	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación	
		% de la varianza	% acumulado
1	2,896	14,479	14,479
2	2,372	11,858	26,337
3	2,009	10,046	36,383

Fiabilidad

Las consistencias internas del cuestionario total y por factores y figuran en la tabla 3.

Tabla 3. Consistencia interna (alpha de Cronbach) como estadísticos de fiabilidad. Factor 1: Amistad; Factor 2: Ausencia de soledad; Factor 3: Familia y esfuerzo.

Factor / cuestionario	α		N° elementos
	α	elementos tipificados	
Factor 1	0,836	0,838	6
Factor 2	0,811	0,814	3
Factor 3	0,549	0,575	4
Cuestionario	0,814	0,818	13

Cuanto más cercano esté el valor del α de Cronbach a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems que componen el instrumento de medida. Siguiendo a George y Mallery (1995), vemos que los valores α de la escala total y los factores 1 y 2 se sitúan en el intervalo que los permite calificar como "buenos", no así para el factor 3, cuya α se sitúa en el intervalo denominado

"débil", cercano a la franja de no aceptabilidad.

Los resultados de la fiabilidad test-retest se muestran en la tabla 4. Aunque las significaciones fueron muy elevadas en todos los casos ($p = 0,000$), la magnitud de las correlaciones, entre buenas y aceptables, tanto para el cuestionario completo como para los factores 1 y 2, resultaron más pobres para el factor 3.

Tabla 4. Fiabilidad test-retest (Pearson) de la escala total y los tres factores que la componen. Factor 1: Amistad; Factor 2: Ausencia de soledad; Factor 3: Familia y esfuerzo.

F.	Factor			Total
	1	2	3	
1	0,737**			
2		0,695**		
3			0,574**	
Total				0,729**

(**) Significativas al nivel 0,01 (bilateral).

Validez

Validez convergente y divergente

En primer lugar, de cara a determinar la validez convergente, se correlacionó el Cuestionario de Apoyo Social (CAS) con otros dos cuestionarios que concurren teóricamente en el mismo constructo: la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (con sus tres subescalas), y la subescala de Apoyo Social de la Escala Autoaplicada para la Evaluación del Estrés-Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California (tablas 5 y 6). Como vemos, en ambos casos las correlaciones son altamente significativas, pero, sobre todo con la segunda prueba, pequeñas.

Lo mismo podemos comentar para las correlaciones entre los factores del CAS y los de la Escala Multidimensional de Apo-

yo Social Percibido (EMASP), significativas, pero de magnitud discreta.

Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre el CAS y sus factores y otras medidas de Apoyo Social. (Test 1 = Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido; Test 2 = Escala Autoaplicada del Departamento de Salud Mental de California).

		Test1	Test2
CAS Total	r	0,560**	0,286**
	p	0,000	0,001
Amistad	r	0,451**	0,228**
	p	0,000	0,008
Ausencia de soledad	r	0,462**	0,263**
	p	0,000	0,002
Familia y esfuerzo	r	0,497**	0,187*
	p	0,000	0,030

(**) Significativa al nivel 0,01 (bilateral), (*) significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Destacamos que el factor "Familia y esfuerzo" obtiene la mayor correlación con el factor "Familia" del EMASP; que el factor "Amistad" del CAS obtiene su mayor correlación con "Amigos" del EMASP, y no correlaciona con su factor "Familia"; y, por último, la mayor magnitud de la correlación del factor "Ausencia de soledad" con el factor "Personas relevantes" del EMASP. Subrayamos que en el factor "Personas relevantes" del EMASP no existe mención expresa al origen del apoyo, ya que en los ítems que lo componen se habla de "persona" de manera indeterminada, y los ítems de nuestro factor "Ausencia de soledad" hacen mención solo al sentimiento, sin referencia siquiera a la persona, pero su relación nos hace pensar que están implícitas también de modo general asociadas al sentimiento, sin diferenciar entre familia y amigos, como percepción global.

En segundo lugar, de cara a determinar la validez divergente, utilizamos la subescala

de Nivel de Estrés de la Escala Autoaplicada del Departamento de Salud Mental de California, las escalas de Ansiedad y Depresión del Goldberg y el Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estado de Ánimo (IDDA-EA).

Tabla 6. Correlaciones de Pearson entre los factores del CAS y las subescalas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP).

CAS / EMASP		Familia	Amigos	Personas relevantes
Amistad	r	0,118	0,588**	0,261**
	p	0,168	0,000	0,002
Ausencia de soledad	r	0,387**	0,213*	0,421**
	p	0,000	0,012	0,000
Familia y esfuerzo	r	0,414**	0,284**	0,355**
	p	0,000	0,000	0,000

(**) Significativa al nivel 0,01 (bilateral), (*) significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se aprecia en la tabla 7, el factor 2 "Ausencia de soledad" correlaciona negativa y significativamente, aunque en pequeña magnitud, con la ansiedad y la depresión medidas por el Goldberg. Y el factor "Amistad" correlaciona negativa y significativamente, también en una magnitud reducida, con el estrés en el área laboral, tal y como lo mide la subescala Nivel de Estrés de la Escala Autoaplicada del Departamento de Salud Mental de California. La correlación positiva y significativa entre la activación medida por el IDDA-EA y la "Ausencia de soledad" no debe resultar extraña si consideramos que dicho factor mide lo que podríamos denominar eustrés o buen estrés, y una puntuación alta en este factor nos indica un elevado nivel de energía, determinado por un gran interés y atención. Por tanto a menor soledad, mayor sensación de energía y vigor.

Tabla 7. Resultados de las Correlaciones de Pearson entre los factores del CAS y las subescalas Nivel de Estrés de la Escala Autoaplicada del Departamento de Salud Mental de California, las escalas de Ansiedad y Depresión del Goldberg y el Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estado de Ánimo (IDDA-EA). Sólo se muestran las correlaciones significativas.

		Total área trabajo	Goldberg Ansiedad	Goldberg Depresión	Total Goldberg	Activación IDDA-EA
Amistad	r	-0,241**				
	p	0,005				
Ausencia de Soledad	r		-0,306**	-0,291**	-0,331**	0,277**
	p		0,000	0,001	0,000	0,001
CAS	r	-0,198*				
	p	0,022				

Discusión y Conclusiones

El CAS se perfila como un instrumento de características psicométricas aceptables. Factorialmente el CAS se estructura en tres ejes, que denominamos: "Amistad" (factor 1), "Ausencia de soledad" (factor 2) y "Familia y esfuerzo" (factor 3). El factor "Amistad" queda compuesto por 6 ítems y atiende a la disponibilidad, cercanía y frecuencia de los amigos para prestar apoyo instrumental y confianza. El factor "Ausencia de Soledad" (factor 2), constituido por 3 ítems, refiere el sentimiento asociado a la carencia o presencia de Apoyo Social, y tiene un carácter claramente percibido. El factor 3 "Familia y esfuerzo" está integrado por 4 ítems, que evalúan disponibilidad, cercanía y frecuencia de los familiares para prestar apoyo instrumental y confianza. Pero este último factor, amén de menos consistente, integra un ítem, el número 15, de más difícil encaje, pero que de manera estable se confirmó en todas las soluciones factoriales exploradas. La varianza total explicada (36,38%) no es elevada, pero la estructura encontrada es psicológicamente coherente y posee una buena consistencia en dos de sus factores (factor 1, $\alpha=0,838$;

factor 2, $\alpha=0,814$; y factor 3, $\alpha=0,575$). La fiabilidad del cuestionario total como consistencia interna fue de 0,818, y la fiabilidad test-retest de 0,729, valorándolas como adecuadas.

Los datos de validez convergente no son contundentes, pero parecen satisfactorios. El CAS muestra correlaciones significativas con otras medidas de Apoyo Social, especialmente con Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, tanto a nivel de escala total, como de factores, destacando la coherencia en la relación entre los factores de ambos instrumentos. El hecho de que la relación sea menor con la Escala Autoaplicada de Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California no debe resultar tan extraña si consideramos que este instrumento evalúa el Apoyo Social de una manera estrictamente cuantitativa, no considerando para nada la vertiente percibida del Apoyo, amén de las mayores diferencias de contenido entre ambas.

Las correlaciones negativas entre estrés, ansiedad y depresión, coherentes con la literatura consultada, de los factores "Amistad" y "Ausencia de soledad", aportan validez al CAS (Barrón y Sánchez, 2001; Kors,

2000; Orth-Gomer, 2000; Parker, Baile, Moor y Cohen, 2003; Richard's y Giles, 2001; Steptoe, 2000). Concretamente vemos al factor "Amistad" como modulador del estrés laboral, y al factor "Ausencia de soledad" como modulador de la ansiedad y la depresión.

Por tanto creemos que el CAS, comparado a otros instrumentos similares, posee una bondad psicométrica aceptable, (Billings y Moss, 1982; Cohen, Mermelstein y Karmack, 1985; Henderson, 1981; Henderson, Duncan Jones y Byrne, 1980; Proci-dano y Heller, 1983; Russell, 1982; Russell, Peplau y Cutrona, 1980; Sandler y Barrera, 1984; Sarason, Levine y Basham,

1983; Vaux, Riedel, y Stewart, 1987), pero mejorable.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por FEDER y CICYT TS12005-07764-C02-02 (MEC). Agradecemos también los pertinentes comentarios realizados por los revisores a la versión previa de este artículo.

Artículo recibido: 10-01-2006

aceptado: 16-04-2006

Referencias bibliográficas

- Alemi, F.; Stephens, R.; Llorens, S.; Schaefer, D.; Nemes, S. y Arndt, R. (2003). The Orientation of Social Support measure. *Addictive Behaviors*, 28, 1285-1298.
- Arechavala, M.C. y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8 (1), 49-55.
- Barrón, A. y Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*, 8, 197-206.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J., y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-163.
- Billings, A.G. y Moss, R.H. (1982). Social Support and functioning among community and clinical groups: a panel model. *Journal of Behavioural Medicine*, 5, 295-311.
- Breva, A., Palmero, F., & Fernández-Abascal, E. G. (2001). Hostilidad, apoyo social y reactividad cardiaca en una situación de estrés. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 123-138.
- Calvo, F., Díaz, M.D., Ojeda, B., Ramal, J., y Alemán, S. (2001). Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos y normotensos. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 203-213.
- Calvo, F., Peñate, M., Alemán, J.M., Díaz, M.D., Alonso, J., Martínez, B., Ramal, J. (2005). Programa de deshabitación tabáquica AIRE (Aprendizaje Integrado de Recursos Estratégicos). *Hojas Informativas del Istmo Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas*, II (75), 19-27.
- Calvo, F., Ramal, J., Díaz, M.D., Alonso, J., Peñate, M., y Ojeda, B. (2005) ¿Por qué fuma un fumador? *Hojas Informativas del Istmo Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas*, II (79-80), 36-39.
- Cameron, G. (1990). The potential of informal social support strategies in child welfare. En M. Rothery y G. Cameron (Eds.), *Child maltreatment: Expanding our concept of helping*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cattell, R.B. (1978). *The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences*. New York: Plenum Press..
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S.; Mermelstein, R. y Karmack, T. (1985). Measuring the functional components of social support. En I.S. Saranson y B.R. Saranson (Eds.), *Social Support: Theory, Research and Applications*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Conde, V. y Franch, J.L. (1984). *Escala de evaluación comportamental para la cuantificación de*

- la sintomatología en los trastornos angustiosos y depresivos. Upjohn Farmoquímica: Madrid.
- Costa, M.; Morales, J.M. y García, M. (1997). Child abuse prevention. *Psychology in Spain*, 1(1), 104-118.
- Cox, L. S. (1999). *Developing individualized treatment plans*. In Nicotine Dependency Conference Proceedings, Rochester, MN: Mayo Clinic.
- Dean, A. (1986). Social support, epidemiological perspective. En N. Lin (ed), *Social Support, Life Events and Depression*. Nueva York: Academic Press.
- Dopp, J.M.; Miller, G.E.; Myers, H.F. y Fahey, J.L. (2000). Increased Natural Killer-Cell Mobilization and Cytotoxicity during Marital Conflict. *Brain, Behavior and Immunity*, 14(1), 10-26.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., Heyman, R. B., Jaén, C. R., Kottke, T. E., Lando, H. A., Mecklenburg, R. E., Dolan Mullen, P., Nett, L. M., Robinson, L., Stitzer, M. L., Tommasello, A. C., Villejo, L., & Wewers, M. E. (2000). *Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline*. Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services.
- García, E., Gil, J., y Rodríguez (2000). *Análisis factorial*. Madrid: La Muralla.
- Gardner, R.C. (2003). *Estadística para psicología usando SPSS para Windows*. México: Prentice Hall.
- George, D. y Mallery, P. (1995). *SPSS/PC + Step by: A Simple Guide and Reference*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Henderson, S.; Duncan Jones, P. y Byrne, D.G. (1980). Measuring social relationships: the Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10, 723-734.
- Herrero, J. y Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: Un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.
- Holzner, B.; Kemmler, G.; Meraner, V.; Maislinger, A.; Kopp, M.; Bodner, T.; Nguyen-Van-Tam, D.; Zimet, A.G.; Fleischhacker, W.W. y Sperner-Unterwieser, B. (2003). Fatigue in ovarian carcinoma patients: a neglected issue? *Cancer*, 97(6), 1564-1572.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA, Addison-Wesley.
- Katz, M.R.; Irish, J.C.; Devins, G.M.; Rodin, G.M. y Gullane, P.J. (2003). Psychosocial adjustment in head and neck cancer: the impact of disfigurement, gender and social support. *Head & neck*, 25(2), 103-112.
- Kors, D.J. (2000). Does social support reduce cardiovascular stress reactivity? Only if you want support. A test of a match/mismatched hypothesis. (cardiovascular reactivity). *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60 (7-B), 3619.
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8 (2-3), 173-182.
- Martínez-Pérez, M.D., y Osca, A. (2002). Análisis psicométrico del Inventario de Apoyo Familiar para Trabajadores. *Psicothema*, 14(2), 310-316.
- Martinc, L.; Schultz, M.; Newsom, J. (1999). Stability and change in older adults' social contact and social support: the cardiovascular health study. *Journal of Gerontology, B Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(5), 302-311.
- Montero, I y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127
- Montón, C.; Pérez-Echevarría, M.J.; Campos, R.; García Campayo, J.; Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12, 345-349.
- Moral, M.S.; Ortega, J.; López, M.J. y Pellicer, P. (2003). Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención primaria*, 32(2), 77-83.
- Pérez-García, A.M. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Madrid: UNED-FUE.
- Parker, P.A.; Baile, W.F.; Moor, C. y Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12, 183-193.
- Procidano, M.E. y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Revilla, L., Bailón, E., Dios, J., Delgado, A., Prados, M.A., y Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8(9), 48-54.
- Revilla L., Bailón E. (1994). Recursos Familiares. En: L. Revilla, *Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar*. (1ª ed). Barcelona: Doyma.
- Richard's, M. y Giles, M.V. (2001). Vinculación entre estrés, personalidad y apoyo social en las enfermedades cardiovasculares. *Estrés y salud*, 1(5), marzo-abril.

- [en red]. Disponible en: www.samcs.org.ar
- Russell, D. (1982). The measurement of loneliness. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley.
- Russell, D., Peplau, L.A. y Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Sandin, B., y Chorot, P. (1990). Escala de Apoyo Social SS-B de Vaux, Riedel y Stewart. Madrid: UNED.
- Sandler, I.N. y Barrera, N. (1984). Towards a multimethod approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12, 37-52.
- Sarason, I.G.; Levine, H.M. y Basham, R.B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Steptoe, A. (2000). Stress, social support and cardiovascular activity over the working day. *International Journal of Psychophysiology*, 37(3), 299-308.
- Tennant, C. (1999) Life stress, social support and coronary heart disease. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 636-641.
- Tous, J.M. y Pucyo, A.A. (1991). *Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estado de Ánimo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Tsoua-Hadjis, E.; Vemmos, K.N., Zakopoulos, N. y Stamatelopoulos, S. (2000). First-stroke recovery process: the role of family social support. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 (7), 881-887.
- Wilcox, B.L. y Vernberg, E.M. (1985). Conceptual and theoretical dilemmas facing social support research. En I.G. Sarason y B.R. Sarason (Eds), *Social Support: Theory, research and applications*. Dordrech, Holland: Martines Nijhoff.
- Uriel, E. y Aldás, J. (2005). *Análisis Multivariante Aplicado*. Madrid: Thomson.