



Enfermería Global
E-ISSN: 1695-6141
eglobal@um.es
Universidad de Murcia
España

Mosqueda Díaz, Angélica; Mendoza Parra, Sara; Jofré Aravena, Viviane; Barriga, Omar A.

Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente

Enfermería Global, vol. 14, núm. 3, julio, 2015, pp. 125-136

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841436006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente

Validity and reliability of a scale of perceived social support in adolescent population

*Mosqueda Díaz, Angélica **Mendoza Parra, Sara **Jofré Aravena, Viviane
***Barriga, Omar A.

*Doctoranda en Enfermería, Profesora Adjunta Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso. E-mail: angelica.mosqueda@uv.cl **Doctora en Enfermería, Profesora Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Concepción.*** PhD en Sociología, Profesor Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción. Chile.

Palabras clave: Validez de las pruebas; reproducibilidad de resultados; apoyo social; Adolescente

Keywords: Validity of Test; Reproducibility of Result; Social Support; Adolescent

RESUMEN

El apoyo social percibido por los/as adolescentes, puede influir positiva o negativamente en su salud, lo que hace necesario contar con instrumentos que permitan su medición. Esto podrá orientar el desarrollo de estrategias promotoras de salud más efectivas.

Objetivo: Determinar la confiabilidad y validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, en población adolescente chilena.

Material y Método: Estudio psicométrico, el instrumento fue aplicado a 247 estudiantes de educación secundaria, previo consentimiento informado de un adulto responsable y asentimiento de los adolescentes. Se estableció confiabilidad a través de evaluación de consistencia interna mediante alpha de Cronbach, validez de criterio concurrente a través de correlación con escala de autoeficacia y validez de constructo mediante análisis factorial.

Resultados: La confiabilidad es adecuada para la escala total ($\alpha=0,88$) y para cada subescala ($\alpha>0,76$), la estructura de la escala demostró ser tridimensional al igual que la escala original y positivamente relacionada con autoeficacia.

Conclusión: Este instrumento es confiable y válido para ser utilizado en población adolescente chilena.

ABSTRACT

The perceived social support in adolescents can have a positive or negative influence in their health; therefore it is necessary to have the instruments to measure it. This could guide the development of health promoter strategies.

Objective: To determine the reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Chilean adolescents.

Materials and Method: Psychometric study, the instrument was applied to 247 high school students, with previous informed consent of the duty-bearer adult and the adolescent approval. Reliability was established through internal consistency evaluation by Cronbach's alpha; concurrent criterion validity was established through the correlation with auto efficiency scale; and construct validity was established through factorial analysis.

Results: Reliability is adequate for the total scale ($\alpha=0,88$) and for each subscale ($\alpha= >0,76$). Scale structure showed to be tridimensional as the original scale and positively related with auto efficiency.

Conclusion: This instrument is reliable and valid to be used in the Chilean adolescent population.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa crítica del ciclo vital, que se caracteriza por repentinos cambios físicos y grandes desafíos evolutivos⁽¹⁾. En este periodo se espera que los/as adolescentes logren la madurez biológica, adquieran un pensamiento abstracto, alcancen la definición de su identidad, desarrollen un sistema de valores propios y que asuman la responsabilidad de la toma de decisiones^(2,3), todo esto les permitirá su integración efectiva a la sociedad.

Para la atención sanitaria, la adolescencia también es particularmente importante, ya que en esta etapa se consolidan los estilos de vida, ya sean saludables o problemáticos. Por otra parte, la baja autopercepción de vulnerabilidad entre los adolescentes hace que se expongan a diversos factores de riesgo o directamente desarrollen conductas riesgosas para su salud⁽⁴⁾.

En este contexto, es necesario considerar los recursos con que cuentan los adolescentes para afrontar estos cambios⁽³⁾. Uno de los recursos más importantes en esta etapa es el apoyo que el adolescente obtiene de su red social^(3,5).

El apoyo social hace referencia al conjunto de aportes que se reciben de las relaciones establecidas con otros (familia, amigos, pareja, vecinos, instituciones, comunidad, etc)^(2,6). Este concepto está constituido por tres dimensiones: a) *Apoyo instrumental*, referido al soporte material o de servicios; b) *Apoyo cognitivo*, relacionado con el intercambio de experiencias, consejos e información para generar estrategias de afrontamiento frente a diversas demandas del entorno; y c) *Apoyo emocional*, entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos, reconocimiento y escucha, estimulando la autoestima y el desempeño de las personas⁽⁷⁾.

Por sus características, el apoyo social es reconocido como un factor determinante en la salud de los individuos⁽⁸⁾. Se han documentado los efectos protectores directos que tendría sobre la salud y el bienestar de las personas, así también sus alcances como amortiguador de procesos patológicos o malestar⁽⁹⁾. Ahora bien, en la adolescencia las estructuras de apoyo social experimentan cambios significativos, donde la

importancia se mueve desde la familia hacia los pares y amigos; cuando estas dos fuentes de soporte tienen visiones contrapuestas, se puede producir inestabilidad en las percepciones de apoyo y en su influencia sobre la salud de los/as adolescentes (2,10).

Estas diferencias en las percepciones de apoyo social por parte de los/as adolescentes han sido documentadas en distintas investigaciones. Así por ejemplo, la importancia otorgada al apoyo familiar versus el apoyo de los pares, presenta inclinaciones diferenciadas dependiendo de la cultura en que viva el/la adolescente⁽¹¹⁾. También la edad es un factor que influye en esta percepción. En general, al avanzar la adolescencia disminuye la valoración del apoyo otorgado por los padres y se incrementa la relevancia otorgada a las relaciones con los iguales⁽³⁾.

Otro aspecto importante a destacar es el efecto que tienen las diferentes redes de apoyo sobre la salud de los/as adolescentes. Al respecto, los estudios muestran que altas percepciones de apoyo familiar actúan como factor protector frente a conductas de riesgo como inicio temprano de la actividad sexual⁽⁴⁾, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas^(3,4,12,13), también ha demostrado efectos positivos sobre síntomas depresivos^(3,14) e intentos suicidas⁽¹⁴⁾. Además, aportaría mayores competencias sociales para que los/as adolescentes establezcan relaciones con otros y puedan enfrentar mejor las presiones del entorno⁽³⁾.

Por su parte, el apoyo social percibido del grupo de amigos ha mostrado influencias divergentes para los adolescentes. En algunos casos, ha demostrado ser factor de riesgo, por ejemplo para la iniciación y mantención de las conductas de riesgo antes descritas^(2-4,6). En otras ocasiones, se ha documentado su actuación como factor protector, frente al hábito de actividad física⁽¹⁵⁾, síntomas depresivos^(16,17) y violencia escolar⁽¹⁸⁾. Esto indica que las características del grupo determinan el comportamiento positivo o negativo de este factor, aunque deja clara la influencia que ejerce sobre los/as adolescentes.

Dentro del grupo de amigos, los/as adolescentes establecen una relación más estrecha con uno o dos de ellos, estos representan sus mejores amigos, algunos/as de los cuales se transforman en relaciones de pareja. El mejor amigo/a o novia/a es considerado/a por el/la adolescente como la persona más significativa en la entrega de apoyo emocional⁽²⁾. Este apoyo ha sido relacionado, por algunas investigaciones, con el consumo de alcohol, drogas y la presencia de ánimo depresivo⁽³⁾.

La relación entre el apoyo social y la salud de los adolescentes es evidente y exige un especial interés por parte de los profesionales de la salud. Desde enfermería, se ha considerado esta variable para desarrollar intervenciones en adolescentes con enfermedades crónicas complejas⁽⁵⁾, sin embargo, y según lo planteado, se hace necesario ampliar su estudio hacia otras situaciones de salud que involucren al adolescente, especialmente en estrategias de promoción y prevención.

Lo anterior describe la relevancia de contar con instrumentos que midan efectivamente el apoyo social percibido por los/as adolescentes, y que permitan discriminar entre las fuentes de apoyo más significativas. Uno de los instrumentos más utilizados es la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS, por sus siglas en Inglés), diseñada en 1988 por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley⁽¹⁹⁾, esta fue desarrollada inicialmente para ser usada en adultos, aunque posteriormente sus

autores han mostrado que su utilización es válida en distintos grupos, incluyendo los adolescentes^(20,21).

En el año 2002, esta escala fue traducida al español y adaptada para su aplicación en población chilena⁽²²⁾, estudios psicométricos han informado que sus características son muy similares al instrumento original⁽²³⁾, lo que ha llevado a su utilización en investigaciones nacionales con adolescentes⁽²⁴⁾, aunque carece de estudios de confiabilidad y validez específicos para este grupo etario.

Considerando las favorables características teóricas y empíricas que ha mostrado este instrumento, el presente estudio se ha planteado como objetivo determinar la confiabilidad y validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, en población adolescente chilena.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de diseño

Estudio psicométrico, realizado a través de determinación de indicadores de confiabilidad, validez de criterio concurrente y validez de constructo⁽²⁵⁾.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 247 adolescentes que asisten a educación secundaria, en un Liceo Municipalizado de la ciudad de Valparaíso (Chile), durante los meses de junio y julio del año 2013.

Instrumento

La MSPSS tiene por finalidad medir el apoyo percibido desde tres fuentes: la familia, amigos y pareja u otras personas significativas. Se trata de una escala compuesta por 12 reactivos, con respuestas tipo likert entre 1 y 7 puntos, donde los puntajes más altos señalan mayor apoyo social percibido⁽¹⁹⁾.

La evaluación factorial en estudios con adolescentes confirmó que se trata de una escala con tres dimensiones, el análisis de confiabilidad arrojó un alfa de Cronbach mayor a 0,85 tanto para las subescalas como en la escala total^(20,21).

Fue traducida y adaptada para su uso en Chile por Arechavala y Miranda, donde la principal adaptación realizada consistió en reducir la escala de frecuencia a 4 niveles, desde 1 que indica casi nunca, hasta 4 que señala casi siempre o siempre, así la escala va desde un puntaje mínimo de 12 a un máximo de 48⁽²²⁾. Los análisis métricos han evidenciado que, en población chilena, la escala replica las tres dimensiones originales con niveles de fiabilidad óptimos⁽²³⁾.

El constructo de apoyo social ha mostrado, en el caso de los adolescentes, consistente relación positiva con autoeficacia^(10,24,26), por lo que se utilizó como Escala de Autoeficacia General Percibida para determinar la validez de criterio concurrente. Este instrumento fue creado y traducido al español por Jerusalem y Schwarzer, su finalidad es medir la sensación de competencia total de la persona para enfrentar nuevas tareas y situaciones difíciles, consta de 10 ítems con respuestas tipo likert entre 1 y 4, donde los valores más altos indican una mayor

percepción de autoeficacia⁽²⁷⁾. En el año 2010, Cid, Orellana, y Barriga realizaron la validación, de la versión en español, para su uso en Chile⁽²⁸⁾.

Aplicación del instrumento y análisis estadístico

Los/as adolescentes contestaron los instrumentos por autoreporte, los instrumentos fueron aplicados en el establecimiento educacional al que asisten, al finalizar el procedimiento fueron revisados por los investigadores evitando la pérdida de respuestas, su tiempo de respuesta no superó los 10 minutos.

La organización, procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el software Microsoft Office Excel 2007 y el paquete estadístico SPSS 15.0 respectivamente.

La confiabilidad de la escala se estudió por medio de la consistencia interna, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, considerando que la medición es óptima cuando los valores fluctúan entre 0,7 y 0,9⁽²⁹⁾. La validez de criterio se estableció mediante coeficiente de correlación de Spearman entre las escalas de Apoyo Social y Autoeficacia. La validez de constructo se evaluó mediante Análisis de Componentes Principales (ACP) con rotación ortogonal Varimax, cuyo propósito es determinar si las medidas de resumen de la presente investigación concuerdan con las del instrumento original⁽³⁰⁾, para finalmente analizar las correlaciones entre las subescalas de cada componente.

Consideraciones éticas

El presente estudio forma parte de los procedimientos de control de calidad de los datos, propuestos en la Tesis Doctoral: “Efecto de una consejería de apoyo decisional en salud en adolescentes con malnutrición por exceso”, del Programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción, el cual fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de dicha Universidad.

Los investigadores explicaron a los participantes de forma verbal y escrita los objetivos, procedimientos, riesgos–beneficios, autonomía para continuar o retirarse del estudio sin que existieran consecuencias por ello y se les aseguró la confidencialidad de la información entregada, posteriormente se les solicitó firmar el consentimiento informado. Además, por tratarse de menores de 18 años, se solicitó firmar consentimiento a uno de los padres o adulto responsable, para lo cual les fue enviado información por escrito y se contestaron sus dudas vía telefónica.

RESULTADOS

Desde el punto de vista sociodemográfico los estudiantes de la muestra tienen entre 14 y 19 años de edad con una media de 15,8 años (D.E: 1,29); el 57,5% corresponden a mujeres; el 49% pertenece a una familia biparental, el 46% a una familia uniparental y un 5% vive sin sus padres; un 47% son de nivel socioeconómico bajo, 47% son de nivel medio y un 6% de nivel alto.

El análisis univariado de la escala general mostró un sesgo negativo moderado con una asimetría de -0,82 y una curtosis prácticamente mesocurtica (0,03). Estos valores no son demasiado elevados como para generar alguna dificultad en el análisis estadístico. Sin embargo, se realizó transformación de raíz cuadrada para normalizar los datos. Los resultados obtenidos no difieren significativamente de los indicadores

transformados, por lo que, para facilitar la interpretación, se trabajó con los indicadores no transformados.

La desviación a izquierda de la curva se produce por la alta percepción de apoyo social de la muestra, tanto en la escala general (Media= 38,7; DS= 7,5), como en las subescalas: apoyo familiar (Media=12,6; DS= 3,35), apoyo de amigos (Media=12,93; DS= 3,19) y apoyo de una persona significativa (Media=13,19; DS= 2,78).

Análisis de confiabilidad

Se calculó α de Cronbach para las tres subescalas y la escala total (ver tabla1). Los resultados para las subescalas apoyo de la familia y de amigos reflejan una alta consistencia interna ($\alpha > 0,8$), la subescala apoyo de otro significativo mostró un alfa considerada adecuada (0,78). La escala total también mostró valores considerados óptimos ($\alpha = 0,88$), esto indica que el 88% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas en ella representan diferencias verdaderas entre los adolescentes.

Tabla 1. Estadísticos de Fiabilidad de Escala Total y Subescalas

Escala	Alfa de Cronbach
Subescala Apoyo Familia (preguntas 3,4,8,11)	0,850
Subescala Apoyo Amigos (preguntas 6,7,9,12)	0,887
Subescala Apoyo PersonaSignificativa (preguntas 1,2,5,10)	0,786
Escala Apoyo Social	0,886

Como muestra la tabla 2, todos los elementos correlacionaron positivamente con el total, con valores superiores a 0,5. Además, se observó la contribución de cada elemento a la escala total, ya que al eliminar cualquiera de ellos el alfa de Cronbach disminuía.

Tabla 2. Estadísticos Totales – Elemento escala de Apoyo Social

	Correlación Elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Pregunta 1	0,550	0,377	0,879
Pregunta 2	0,633	0,585	0,874
Pregunta 3	0,558	0,546	0,878
Pregunta 4	0,630	0,583	0,874
Pregunta 5	0,627	0,586	0,874
Pregunta 6	0,614	0,619	0,875
Pregunta 7	0,610	0,678	0,875
Pregunta 8	0,545	0,506	0,880
Pregunta 9	0,591	0,618	0,876
Pregunta 10	0,554	0,359	0,878
Pregunta 11	0,578	0,513	0,878
Pregunta 12	0,597	0,607	0,876

Validez de Criterio

Se estableció validez de criterio concurrente por medio de la relación entre la MSPSS y sus tres subescalas con la escala de autoeficacia general percibida (ver tabla 3). Los resultados muestran una correlación moderada y positiva con la escala total y las subescalas de apoyo de los amigos y apoyo de otro significativo, para la subescala apoyo familiar la correlación presenta una magnitud baja e igualmente positiva. En todo caso, todas las correlaciones muestran el mismo nivel de significancia ($p \leq 0,01$).

Tabla 3. Correlaciones entre Escala y Subescalas de Apoyo Social y Escala de Autoeficacia

Rho de Spearman	Apoyo Familia	Apoyo Amigos	Apoyo Persona Significativa	Apoyo Total
Autoeficacia	0,250(*)	0,336(*)	0,336(*)	0,365(*)

* La correlación es significativa a nivel 0,01 (bilateral)

Validez Factorial

Para confirmar la hipótesis de una estructura tridimensional de la escala original, al igual que los autores, se realizó ACP⁽¹⁹⁾. Previamente se aplicó la prueba de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) cuyo resultado fue 0,857. La prueba de esfericidad de Barlett resultó significativa ($\chi^2=669,575$; $p<0,000$) y la matriz de anti-imagen presenta menos del 25% de elementos $> 0,90$, lo que garantiza la pertinencia de la aplicación del ACP⁽³⁰⁾.

Para la extracción de componentes principales se consideraron los valores propios superiores a 1⁽³⁰⁾. No obstante, como el tercer componente mostró un valor propio tan cercano a 1 (0,998), se optó por forzar el análisis a tres componentes. En conjunto, los tres componentes explican el 69,3% de la varianza total y, al realizar la rotación se observa una distribución más equitativa de esta varianza. Así, el aporte de cada componente principal es 26,05%, 23,87% y 19,39% respectivamente (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de Componentes Principales: Varianza Total Explicada

Componentes	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,383	44,854	44,854	3,127	26,059	26,059
2	1,940	16,163	61,018	2,865	23,877	49,936
3	,998	8,317	69,335	2,328	19,399	69,335
4	,686					
5	,658					
6	,504					
7	,436					
8	,380					
9	,293					
10	,269					
11	,237					
12	,216					

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Para lograr un patrón de distribución de los reactivos en cada componente principal se utilizó rotación Varimax, para seleccionar la distribución se utilizaron los pesos superiores a 0,4. Como resultado (ver tabla 5), se obtuvo una clara agrupación de los ítems en las tres subescalas propuestas por los autores.

Así, el primer componente agrupa los ítems correspondientes a la subescala apoyo de los amigos, el segundo da cuenta del apoyo de la familia y el tercero el apoyo de una persona significativa.

Tabla 5. Matriz de Componentes Rotados(as)

	Componente		
	1 Amigos	2 Familia	3 Persona Significativa
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	,788	,133	,260
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	,871	,112	,184
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	,838	,139	,159
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	,817	,123	,210
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	,149	,845	,089
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	,150	,789	,279
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia	,108	,799	,176
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	,093	,768	,281
1. Cuando necesito algo, sé que alguien me puede ayudar	,222	,338	,553
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	,195	,250	,815
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	,220	,189	,843
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	,322	,156	,530

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

DISCUSIÓN

La MSPSS es un instrumento de aplicación breve y simple de responder, validado a nivel nacional para su uso en adultos mayores^(22,23), y a nivel internacional ha demostrado características psicométricas adecuadas para ser utilizada en población adolescente. Sin embargo, como es un instrumento creado hace más de 20 años y sin una evaluación formal en adolescentes chilenos/as, es importante determinar su comportamiento en este contexto.

Los hallazgos del presente estudio indican que, en relación a la consistencia interna de la escala, se observan valores adecuados tanto para la escala total como para cada una de sus dimensiones. Es así como la escala total, los factores de percepción de apoyo de la familia y del grupo de pares muestran alfa de Cronbach $>0,85$, similar a lo observado en adolescentes estadounidenses^(21,31), europeos⁽²⁰⁾, mexicanos⁽³²⁾, sudafricanos⁽³³⁾ y tailandeses⁽³⁴⁾. Para la percepción de apoyo de otros significativos, los valores son algo más bajos, aunque aceptables ($>0,75$), esto solo fue observado con los adolescentes tailandeses⁽³⁴⁾ y mexicanos⁽³²⁾, el resto de los estudios mostraron niveles de confiabilidad muy similares en todas las subescalas^(20,21,31,33), situación que podría atribuirse a aspectos culturales propios de sociedades subdesarrolladas. En todo caso, estos resultados permiten establecer que la escala de Apoyo Social Total y sus subescalas miden con adecuada fiabilidad las características para las cuales fueron elaboradas.

Las correlaciones positivas entre Apoyo Social y Autoeficacia General apoyan la validez de criterio concurrente en este estudio, esta relación refleja que a medida que aumenta el apoyo social de los/as adolescentes, también aumenta su autoeficacia. Relaciones en la misma dirección se reflejan en estudios sobre autoeficacia y apoyo social en adolescentes con enfermedades crónicas^(10,26,35), y en un estudio de predictores de suicidalidad⁽²⁴⁾. La correlación obtenida entre los constructos de apoyo social y autoeficacia reafirma las líneas teóricas que indican cómo el apoyo social aporta competencias a los/as adolescentes, otorgándoles una mayor capacidad de adaptación a las demandas que implican las transiciones evolutivas, resistencia al estrés, y también una mayor capacidad de ajuste a nuevas experiencias⁽³⁾.

La estructura factorial arrojada por el ACP confirma la tridimensionalidad propuesta por los autores de la escala original, además de la distribución de los ítems en las variables latentes: apoyo de la familia, amigos y otros significativos⁽¹⁹⁾. Esta situación es coincidente con la mayoría de las investigaciones en población adolescente^(20,21,31-34). Sin embargo, también se encontraron dos investigaciones, realizadas en China, que difieren de esta propuesta, donde la escala presentó una distribución bidimensional dando cuenta del apoyo social percibido de la familia y de los amigos, en estos casos los ítems de la tercera subescala se distribuyeron equitativamente entre las dos anteriores^(36,37). Sin duda, los contextos en los que se desarrollaron estos dos grupos de investigaciones son diferentes, lo que potencia la argumentación de analizar este constructo de acuerdo a la cultura y población en que se realice el estudio.

Los tres factores obtenidos en esta investigación representan el 69% del total de la varianza, muy similar a lo mostrado por los adolescentes mexicanos (71,4%)⁽³²⁾, aunque algo por debajo de lo observado por los autores originales en adolescentes norteamericanos (83,9%)⁽³¹⁾ y europeos (79,3%)⁽²⁰⁾.

Al rotar la matriz, se puede observar que el primero de los factores está constituido por los cuatro reactivos correspondientes a la subescala "Apoyo percibido de Amigos", el segundo componente agrupa los cuatro ítems de la subescala "Apoyo percibido de la Familia", en ambos casos las cargas factoriales de cada ítem son altas y directas ($> 0,75$). En el caso del tercer componente, que para este estudio fue forzado, encontramos dos ítem con cargas también altas y directas ($> 0,8$), pero los reactivos 1 y 10 muestran cargas menores aunque aceptables ($> 0,5$).

Esta distribución de componentes podría explicarse por las características de la muestra, constituida mayoritariamente por adolescentes de etapa media, en los que se ha demostrado que la principal fuente de apoyo percibido son sus pares, con una disminución de la percepción de apoyo paterno, en este periodo además surgen las primeras relaciones de pareja^(2,3), por lo que el apoyo del otro significativo podría mostrar una influencia menor.

Si bien, este instrumento es consistente con el marco teórico que respalda el apoyo social percibido por los/as adolescentes, e incorpora las tres principales fuentes de apoyo reconocidas, existe un 30% de varianza no explicada por ellas, lo que hace necesario buscar otros elementos que puedan complementarlas. Dos de los aspectos que podrían responder en este sentido son: la presencia de profesionales del área de la salud o educación que el/la adolescente pueda considerar fuente de soporte, pero no clasificar necesariamente en alguno de los grupos descritos y, por otra parte, la existencia de las redes sociales donde exponen su problemáticas y reciben opiniones,

que pueden servir de apoyo, aunque no provengan necesariamente de fuentes cercanas habituales.

Esta investigación evidencia que la MSPSS es un instrumento confiable y válido, que puede ser utilizado como una herramienta de evaluación por los profesionales de la salud, especialmente por enfermeras/os, con la finalidad de mejorar intervenciones de promoción y prevención en población adolescente chilena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodzik M, Sherer S, Neistein L. Psychosocial development in normal adolescents. In: Adolescents health care. A practical guide. 5 ed. Baltimore USA: Williams & Williams; 2007. p 27-31.
2. Orcasita L, Uribe A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. Psychol Av Discip. 2010; 4(2): 69-82.
3. Misuti G, Cava MJ. El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. Intervención Psicosocial. 2003; 12(2): 179-92
4. Díaz C, González M. Conductas problemas en adolescentes en la ciudad de Monterrey, México. Enfer Glob. [en línea] 2014; 13 (1) [fecha acceso 02 de abril 2014]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.184861/156691>
5. Schütz A, Mara de Melo C. La importancia del apoyo socio-emocional en adolescentes y adultos jóvenes portadores de enfermedad crónica: una revisión de literatura. Enfer Glob. [en línea] 2013; 12(2) [fecha acceso 15 de marzo 2014]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.2.143251/146951>
6. Orcasita L, Uribe A. Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescents del municipio de Lebrija-Santander. Revista de psicología. 2012; 30(2). 371-406.
7. Médez P, Barra E. Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. Psykhe. 2008; 17(1): 59-64.
8. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health. The solid facts. 2003.
9. Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfer Glob. [en línea] 2009; 8(2) [fecha acceso 15 de marzo 2014]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351/63971>
10. Avendaño M, Barra E. Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedad crónica. Ter Psicol. 2008; 26 (2): 165-72
11. Ekbäck M, Benzein E, Lindberg M, Årestedt K. The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) – a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. Health Qual Life Outcomes. 2013; 11:168.
12. Faler C, Câmara S, Aerts D, Alves G, Béria J. Family psychosocial characteristics, tobacco, alcohol and other drug use, and teenage pregnancy. Cad Saúde Pública. 2013; 29(8): 1654-63.
13. Reis D, Almeida T, Miranda M, Alves R, Medeira A. Health vulnerabilities in adolescence: socioeconomic conditions, social networks, drugs and violence. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013; 21(2): 586-94.
14. Ulate D. Biopsychosocial risk and perception of the functionality of the family amongst adolescents from sixth grade in de Jesús Jiménez School. Acta méd costarric. 2013; 55(1): 18-23.
15. Fermino R, Rech C, Ferreira A, Rodriguez C, Siqueira R. Atividade física e fatores associados em adolescentes do ensino médio de Curitiba, Brasil. Rev Saúde

- Pública. 2010; 44(6): 986-95.
16. Vega C, Martínez L, Nava C, Soria R. Calidad de red como variable moduladora de depresión en adolescentes estudiantes de nivel medio. *Liberabit*: Lima (Perú). 2010; 16(1): 105-12.
 17. Martínez M, García M, Maya I. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*. 2001; 13(4): 605-10.
 18. Manga D, Abella V, Barrio S, Álvarez A. Tipos de Adolescentes según la Soledad y el Acoso Escolar Percibido: diferencias en personalidad y apoyo social. *TIPICA, Boletín Electrónico de Salud Escolar*. en línea] 2007; 13(1)[fecha acceso 02 de abril 2014]. Disponible en: http://www.tipica.org/pdf/manga_tipos_de_adolescentes_según_la_soledad_y_el_acoso_escolar.pdf
 19. Zimet G, Dahlem, Zimet S, Farley G. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988; 52(1): 30-41
 20. Cauty-Mitchell J, Zimet G, Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban Adolescents. *Am J Community Psychol*. 2000; 28 (3): 391-400.
 21. Zimet G, Powell S, Farley G, Werkman S, Berkoff K. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived. *J Pers Assess*. 1990; 55(3-4): 610-7.
 22. Arechavala MC, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Cienc enferm*. 2002; 8(1): 49-55.
 23. Ortiz M, Baeza MJ. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Univ Psicol*. 2011; 10(1): 189-96.
 24. Salvo L, Melipillán R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2008; 46(2): 115-23.
 25. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Recolección de los datos cuantitativos. En: *Metodología de la Investigación*. 4ª ed. México: McGraw Hill; 2006. p. 273-405.
 26. Ortiz M. Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psyke*. 2004; 13(1): 21-31.
 27. Schwarzer R, Bähler J, Kwiatak P, Schröder K, Zhang J. The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale. *J. Appl. Psychol*. 1997; 46 (1): 69-88.
 28. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev med Chile* 2010; 138: 551-7
 29. Campo A. Usos del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colombiana Psiquiatr* 2006; 26(4):585-8.
 30. Moral J. Análisis Factorial y su aplicación al desarrollo de escalas. En: Landeros R, González M. Editores. *Estadística con SPSS y Metodología de la Investigación*. Monterrey, México: Ediciones Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Nuevo León; 2005. p. 438-505.
 31. Dahlem N, Zimet G, Walker R. The multidimensional scale of perceived social support: a confirmation study. *J Clin Psychol*. 1991; 47(6): 756-61
 32. Edwards L. Measuring perceived social support in mexican american youth: psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. *Hisp J Behav Sci*. 2004; 26 (2): 187-94
 33. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in youth. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49:195–201
 34. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Clin*

Pract Epidemiol Ment Health, 2011; 7:161-6

35. Skinner T, John M, Hampson S. Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: A longitudinal study of adolescents with diabetes. J Pediatr Psicol. 2000; 25 (4), 257-67.
36. Cheng ST, Chan A. The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. Pers Individ Dif. 2004; 37(7): 1359-69.
37. Chou KL. Assessing Chinese adolescents' social support: the multidimensional scale of perceived social support. Pers Individ Dif. 2000; 28 (2): 299–307.

Recibido: 16 de junio 2014; Aceptado 18 de agosto 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia