

Apoyo Social Funcional en mujeres de la población general y en mujeres maltratadas chilenas. Propiedades psicométricas del Duke-UNC-11

Functional social support in the general population and Chilean battered women. Psychometric properties of the Duke-UNC-11

RIVAS-DIEZ, RAQUEL¹

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar la consistencia interna y la estructura factorial del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 en mujeres de la población general y en mujeres maltratadas chilenas. El primer grupo estuvo formado por 371 mujeres (rango de edad = 18-80 años) y el segundo por 97 mujeres víctimas de malos tratos (rango de edad = 20-69 años). Los resultados confirman la bidimensionalidad del instrumento y una consistencia interna, adecuadas para ambos grupos, por lo que el cuestionario DUKE-UNC-11 es fiable y válido. La validación del cuestionario en mujeres chilenas se considera importante por la utilidad del Duke-UNC-11 en distintos contextos y países, lo que permitirá la comparación de los resultados con datos encontrados en otras culturas.

¹ Licenciada, Master y Doctoranda en Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Investigadora, Facultad de Psicología UCM. Grupo de Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud. Campus de Somosaguas, C.P. 28223, Madrid. España, +34 616171645, rrivasdi@psi.ucm.es

Palabras clave: Apoyo social percibido. Población chilena. Fiabilidad. Consistencia interna. Estudio instrumental.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the internal consistency and factor structure of the Duke-UNC-11 functional social support questionnaire of women in the general population and Chilean battered women. The first group consisted of 371 women (range of ages = 18-80 years) and the second by 97 battered women (range of ages = 29-69 years). Results confirm the dimensionality of the instrument and an adequate internal consistency for both groups, so that the questionnaire Duke-UNC-11 is reliable and valid. The validation of the questionnaire in Chilean women is considered important for the usefulness of the Duke-UNC-11 in different contexts and countries, which allow comparison of results with data found in other countries.

Keywords: Functional social support. Chilean population. Reliability. Internal consistency. Instrumental study.

INTRODUCCIÓN

El apoyo social (AS) es un constructo importante que ha sido asociado significativamente al proceso salud/enfermedad, incluyendo salud mental (Barrera, 1986; Barrón y Sánchez, 2001; Cohen y Wills, 1985; Martínez, García y Maya, 2001; McInnis y White 2001) y salud física (Uchino, 2009). Existe evidencia empírica que demuestra que la escasa calidad de las relaciones sociales se asocia con problemas de salud y que las personas aisladas so-

cialmente tienen mayores tasas de mortalidad y morbilidad (Cohen y Syme, 1985; House y Kahn, 1985).

La percepción de apoyo por parte de familiares y amistades ha sido sistemáticamente vinculada a una buena salud mental, presentando menores tasas de depresión mayor (Lakey y Cronin, 2008), menores síntomas de trastorno de estrés postraumático (Brewin, Andrews y Valentine, 2000) y bajos niveles de angustia inespecífica (Barrera, 1986; Cohen y Wills, 1985; Procidano, 1992). La carencia o el carácter disfuncional de los apoyos sociales aumentan

la vulnerabilidad del sujeto hacia la enfermedad (Prince, 1997), patología cardiovascular (Tsouna-Hadjis, Vemmos, Zakopoulos y Stametelopoulos, 2000) y alteraciones inmunológicas. Además, se ha evidenciado su influencia sobre otros indicadores positivos de salud, como son el bienestar (Barnett y Gotlib, 1988), la salud percibida (Bisconti, 2002), la calidad de vida (Bukoy, 2002) y la autoestima (Krause, 2000).

Específicamente, la investigación en el ámbito de la violencia contra las mujeres ha resaltado que el aislamiento social constituye un factor de riesgo vinculado a la violencia de género (OPS/OMS, 2003), por ello el estudio del apoyo social es especialmente importante en estos casos.

El agresor intenta mantener a su pareja en un estado de control y dependencia, que lleva a la mujer maltratada a una situación de aislamiento de su entorno más cercano, con lo que el enfrentamiento de la situación de maltrato le será aún más estresante, ya que carece del efecto amortiguador del estrés que proporciona el apoyo social (Mitchel y Hodson, 1986). Además, por la misma dinámica de la violencia de género, la mujer se ve obligada a dejar de lado sus relaciones y ese aislamiento puede favorecer la aparición de la violencia y contribuir a perpetuarla en el tiempo.

El apoyo social puede mitigar los efectos nocivos que dicho maltrato tiene sobre la salud mental y contribuir a

un mayor bienestar en las mujeres que lo sufren (Bosch y Bergen, 2006; Coker, Smith, Thompson, McKeown, Bethea y Davis, 2002; Coker, Watkins, Smith y Brandt, 2003; Kaslow et al., 1998; Kemp, Green, Hovanitz y Rawlings, 1995; Thompson et al., 2000). Del mismo modo, la presencia de redes de apoyo facilita la ayuda necesaria para salir del círculo de la violencia, proporciona apoyo emocional e informacional que puede llegar a protegerles de la violencia y de las amenazas de sus agresores (Bybee y Sullivan, 2002).

El apoyo social presenta implicaciones en el bienestar de las mujeres sin importar la severidad o la duración del abuso sufrido (Kemp et al. 1995); del mismo modo se ha comprobado que independientemente del tipo de abuso recibido, físico o psicológico, el apoyo social es un factor de protección. Se ha encontrado evidencia del efecto protector del apoyo social, presentando menos síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión, mayor autoestima y menor inadaptación en las mujeres con apoyo social frente a las que carecían de éste (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 2002).

Por todo ello, el maltrato puede tener un impacto diferencial en las mujeres, en función del nivel de percepción de apoyos sociales.

Debido al importante papel que desempeña la percepción de apoyo social en los procesos de salud-enfermedad, y en concreto en las mujeres

víctimas de violencia de género, parece necesario contar con instrumentos válidos y fiables que permitan identificar adecuadamente la presencia de esta valiosa variable.

Entre los instrumentos que se han propuesto para medir el AS subjetivo contamos con el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 modificado y validado por Broadhead (Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988). Este instrumento evalúa, junto al apoyo total percibido, el apoyo emocional o afectivo (demostración de cariño y empatía) y el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas con las que comunicarse), destaca por su brevedad y sencillez y tiene la ventaja de ser multidimensional. Este instrumento ha sido validado en población mexicana (Piña y Rivera, 2007) y colombiana (Alvarado, Zunzunegui y Delisle, 2005) también, fue adaptado a la población española (Bellón, Delgado, De Dios y Lardelli, 1996; Cuéllar-Flores y Dresch, 2012; De la Revilla, Bailón, De Dios, Delgado, Prados y Fleitas, 1991).

El objetivo central de este estudio es verificar si la escala de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 puede ser utilizada con mujeres chilenas y con mujeres víctimas de malos tratos. Para ello, se presentan los análisis de los dos estudios por separado y se analizan los resultados.

ESTUDIO 1. Mujeres de la población general chilena.

ESTUDIO 2. Mujeres chilenas víctimas de malos tratos.

MÉTODO

Instrumento

Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 (Broadhead et al. 1988). Es un instrumento autoadministrado que consta de 11 ítems. Se utiliza para detectar el grado de apoyo social en su dimensión afectiva (expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a un grupo) y confidencial (posibilidad de contar con personas con las que poder compartir preocupaciones y problemas y de las que pueden recibir información, consejo o guía). Utiliza una escala tipo Likert, puntuando de 1 (“mucho menos de los que deseo”) a 5 (“tanto como lo deseo”). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo social percibido. En el estudio de la validación española se describe un alfa de Cronbach para la escala total de 0,90, para la subescala de apoyo afectivo un alfa de 0,79 y de 0,88 para la subescala de apoyo confidencial (Bellón et al., 1996).

Análisis de datos

Para el análisis de datos general se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows y para el análisis factorial confirmatorio se hizo uso del programa LISREL 8.8.

Para la evaluación de la consistencia interna de la escala se realizaron análisis de fiabilidad, basados en el coeficiente alfa de Cronbach.

Se comprobó el grado de correlación del instrumento utilizando el test de esfericidad de Bartlett y el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adecuación de la muestra para comprobar que eran aplicables las técnicas de análisis factorial. La estructura factorial del Duke-UNC-11 en ambas muestras se obtuvo mediante un análisis factorial con extracción de factores por el método de componentes principales con rotación ortogonal varimax, para intentar minimizar el número de ítems que tienen un gran “peso” en un factor.

Un aspecto importante a considerar es que el tamaño de la muestra debe ser suficiente para que los resultados sean estables. El efecto de la variabilidad muestral puede aumentar conforme se incrementa el número de variables o ítems. Por ello, algunos de los criterios de recomendación se han basado en la ratio de personas por variable. Un número de observaciones 10 veces mayor al número de ítems de la escala reduciría el error típico de los coeficientes de correlación (en nuestro caso serían 110 personas). Otras recomendaciones se han centrado en el tamaño de las comunalidades de las variables y el número de variables por factor. Si las comunalidades están en torno a 0,5 y el número de variables por factor es adecuado (por ejemplo, 6), muestras

de 100 ó 200 personas pueden ser suficientes (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011). En nuestro caso, teniendo en cuenta cualquiera de las dos recomendaciones tendríamos un tamaño de muestra lo suficientemente grande ($N=396$) para poder realizar el análisis factorial confirmatorio en el estudio 1 y aproximándose a ese tamaño muestral en el estudio 2 ($N=97$).

En el desarrollo del análisis factorial confirmatorio, se ha evaluado el modelo bidimensional para determinar la estructura factorial del cuestionario. Se evaluaron diferentes estadísticos de bondad de ajuste (χ^2 , RMSEA, GFI, AGFI, NFI, CFI, ECVI).

ESTUDIO 1. Mujeres de la población general chilena.

Participantes

Participaron 396 mujeres chilenas con edades comprendidas entre 18 y 80 años, con una edad media de 37,6 años ($D.T. = 13,1$). La gran mayoría de ellas (97%) vivían en la capital, Santiago de Chile, y una minoría de las participantes eran de Arica (2,5%) (ciudad-puerto al norte de Chile) y Rancagua (0,5%) (Ciudad a 87 km. al sur de Santiago, con una importante tradición campesina). El 45,5% de las mujeres poseían o estaban realizando estudios universitarios, el 45,7% formación profesional o educación media, el 5,3% había terminado la educación básica y tan sólo un

3,5% no habían terminado la educación básica o no poseía estudios. La mayoría de las mujeres manifestaron tener un nivel socioeconómico medio-bajo (39,1%) o medio-alto (47,0%), un 5,6% indicaron un nivel bajo y un 8,3% refirieron un nivel alto.

TABLA 1. Estudio 1. Características sociodemográficas.

(N=396)	%
Nivel educativo	
Sin estudios	0,5
Básica incompleta	3,0
Básica completos	5,3
Educación media o formación profesional	45,7
Estudios universitarios	45,5
Nivel socioeconómico	
Bajo	5,6
Medio-bajo	39,1
Medio-alto	47,0
Alto	8,3
	Media
Edad (Rango de 18 a 80 años)	37.63

Procedimiento

Se procedió a aplicar el instrumento a un grupo de mujeres chilenas. En Santiago de Chile se accedió a la muestra a través de dos Universidades (Universidad Mayor y Universidad Pontificia Católica de Chile), se proporcionaron instrumentos a varios profesionales y se utilizó el método “bola de nieve” (teniendo en cuenta las limitaciones que este procedimiento conlleva); la recogida de datos en Arica y en Rancagua se hizo a través de este mismo procedimiento. En todos los casos el instrumento

fue autoadministrado de forma individual, se entregó con una hoja inicial indicando las instrucciones para su aplicación. Todas las participantes dieron su consentimiento después de que se explicara el propósito de la investigación y la opción de participar, garantizando su libertad para retirarse en cualquier momento del estudio sin ningún tipo de consecuencia y garantizando el anonimato de sus datos. En total, se entregaron 550 cuestionarios, de ellos no fueron devueltos aproximadamente 100 y el resto han sido descartados por no haber completado totalmente el instrumento.

Resultados

Estadísticos descriptivos

La puntuación media del Duke-UNC-11 fue de 42,50 (D.T.

= 9,60; rango = 13-55) para la muestra de mujeres chilenas. En la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems del instrumento.

TABLA 2. Estudio 1. Estadísticos descriptivos del Duke-UNC-11.

Ítems (N=396)	Media	D.T.
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	3,36	1,33
2. Recibo ayuda en asuntos de mi casa	3,36	1,36
3. Recibo elogios y reconocimiento de mi trabajo	3,61	1,24
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	4,18	1,13
5. Recibo amor y afecto	4,24	1,14
6. Posibilidad de hablar de mis problemas en el trabajo o en casa	4,03	1,20
7. Posibilidad de hablar de mis problemas personales y familiares	4,07	1,20
8. Posibilidad de hablar de mis problemas económicos	3,88	1,32
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	3,74	1,32
10. Recibo consejos útiles cuando ocurre un acontecimiento importante	4,03	1,11
11. Recibo ayuda cuando estoy enferma en cama	3,99	1,26
Escala total	42,50	9,60

Fiabilidad

Se llevó a cabo el análisis de la fiabilidad utilizando el alfa de Cronbach. Se encontró un valor alfa de 0,90 para el total de la escala, y de 0,86 y 0,78

para las subescalas apoyo afectivo y confidencial, respectivamente. En la Tabla 3 se presentan los análisis ítem-escala para el Duke-UNC-11 y el coeficiente alfa de Cronbach si cada ítem de la escala fuera excluido.

TABLA 3. Estudio 1. Análisis de la correlación ítem-escala del Duke-UNC-11.

Ítems del Duke-UNC-11	Correlación ítem-escala α	Coefficiente Alfa si se elimina el ítem
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	0,49	0,90
2. Recibo ayuda en asuntos de mi casa	0,49	0,90
3. Recibo elogios y reconocimiento de mi trabajo	0,51	0,90
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	0,74	0,88
5. Recibo amor y afecto	0,64	0,89
6. Posibilidad de hablar de mis problemas en el trabajo o en casa	0,74	0,88
7. Posibilidad de hablar de mis problemas personales y familiares	0,75	0,88
8. Posibilidad de hablar de mis problemas económicos	0,70	0,89
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	0,60	0,89
10. Recibo consejos útiles cuando ocurre un acontecimiento importante	0,72	0,89
11. Recibo ayuda cuando estoy enferma en cama	0,60	0,89

Consistencia interna del DUKE-UNC-11 Alfa = 0,90

Análisis factorial exploratorio

Los resultados del test de esfericidad de Bartlett y el test de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mostraron valores de 0,895 y 2339,8 ($p=0,000$) respectivamente, con lo que se verificó la idoneidad de la estructura de la matriz de correlaciones y, en consecuencia, la viabilidad de la realización del análisis factorial.

El análisis factorial reveló la exis-

tencia de dos factores en la escala que explican el 60,7% de la varianza total del apoyo social percibido. El primer factor estaría formado por los ítems 4, 5, 6, 7, 8, 10 y 11 y explicaría el 51,1% de la variabilidad del modelo, se correspondería con el apoyo confidencial; el segundo factor formado por los ítems 1, 2, 3 y 9 se correspondería con el apoyo afectivo. Estos resultados se corresponden clínicamente con lo esperado.

TABLA 4. Estudio 1. Matriz de componentes principales. Análisis factorial exploratorio.

Ítems del Duke-UNK-11	Factor 1	Factor 2
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares		0,76
2. Recibo ayuda en asuntos de mi casa		0,70
3. Recibo elogios y reconocimiento de mi trabajo		0,71
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	0,77	
5. Recibo amor y afecto	0,71	
6. Posibilidad de hablar de mis problemas en el trabajo o en casa	0,90	
7. Posibilidad de hablar de mis problemas personales y familiares	0,90	
8. Posibilidad de hablar de mis problemas económicos	0,84	
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas		0,65
10. Recibo consejos útiles cuando ocurre un acontecimiento importante	0,75	
11. Recibo ayuda cuando estoy enferma en cama	0,63	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Ortogonal varimax.

Análisis factorial confirmatorio

Se ha confirmado la estructura bidimensional de la escala atendiendo a las dimensiones teóricas de la misma. Aunque el modelo converge, los estadísticos de bondad de ajuste no llegan a presentar valores óptimos. En el caso del índice χ^2 debería ser un valor bajo con un p-valor mayor de 0,05 (385,70

($p = 0,0$)), el valor del NFI debería ser superior a 0,95 (NFI=0,93) muy próximo en los resultados presentados y además el valor de RMSEA debería ser más bajo de lo obtenido con un límite de 0,10 (RMSEA = 0,143). Por todo ello, atendiendo estrictamente a los datos no podemos hablar de ajuste óptimo aunque sí muy próximo a llegar a serlo.

TABLA 5. Medidas de ajuste para el modelo. Estudio 1 y 2.

Modelo	χ^2	GFI	AGFI	NFI	CFI	RMSEA (90% CL)	ECVI (90%CL)
Bidimensional							
Población general	385,7	0,85	0,77	0,93	0,94	0,143 (0,13;0,16)	1,10 (0,95; 1,27)
Mujeres maltratadas	84,09	0,86	0,79	0,91	0,96	0,100 (0,06;0,13)	1,36 (1,12;1,67)

GFI: Índice de bondad de ajuste
AGFI: Índice ajustado de bondad de ajuste
NFI: Índice de ajuste normalizado
CFI: Índice de ajuste comparado
RMSEA (90% CL): Error de aproximación cuadrático medio
ECVI (90% CV): Índice esperado de validación cruzada

ESTUDIO 2. Mujeres chilenas víctimas de malos tratos.

Participantes

El grupo de estudio estuvo formado por 97 mujeres chilenas víctimas de malos tratos, con edades comprendidas entre 20 y 69 años, con una edad media de 41,9 años (D.T. = 10,0). Las mujeres acudieron a distintos Centros de atención a la Mujer, en diferentes regiones de la capital Santiago de Chile. El 20,6% poseían o estaban realizando estudios universitarios, el 49,5% formación profesional o educación media,

el 22,7% había terminado la educación básica y un 7,2% no habían terminado la educación básica. Se trata, en general, de mujeres jóvenes que cuentan con una larga historia de maltrato; en su mayoría casadas, aunque un porcentaje importante se ha separado o divorciado (25,8%) o está en trámites de hacerlo (9,3%); en su mayor parte, pertenecen a un nivel socioeconómico medio-bajo (58,8%). Asimismo, la mayoría de ellas, o bien no trabaja fuera de casa o bien tienen un empleo que suele ser poco cualificado. En la Tabla 6 aparecen descritas las características de la muestra.

TABLA 6. Estudio 2. Características sociodemográficas.

(N=97)	%
Estado civil	
Solteras	16,5
Casadas	36,1
Convive en pareja	12,4
En trámites de separación o divorcio	9,3
Separada o divorciada	25,8
Nivel educativo	
Sin estudios	0
Básica incompletos	7,2
Básica completos	22,7
Técnico profesional	49,5
Estudios universitarios	20,6
Situación laboral	
Ama de casa	22,7
Trabajo informal	36,1
Trabajo fijo	35,1
En paro	3,1
Jubilada	2,1
Estudiante	1,0
Nivel socioeconómico	
Bajo	18,6
Medio-bajo	58,8
Medio-alto	20,6
Alto	2,1
Media	
Edad (Rango de 20 a 69 años)	41,86

Procedimiento

Las mujeres de esta investigación fueron contactadas a través de varios recursos de atención a mujeres: Centros de Atención a la Mujer del SER-NAM, Municipalidad de Las Condes (Programa de Buen Trato a la Mujer), ONG Valórate, Centro de la Familia (CENFA) y Centro de Salud Mental (COSAM), todos ellos en la capital

Santiago de Chile. Todas las mujeres participaron de forma completamente voluntaria, previo consentimiento informado escrito acerca de la investigación y la confidencialidad de sus datos. La aplicación de los instrumentos se realizó de forma individual, en una única sesión, por una psicóloga clínica (autora de este trabajo), con formación y experiencia en la intervención y ratamiento con mujeres

maltratadas. El protocolo de evaluación estaba formado por una batería de test para un estudio más amplio en el que se van a estudiar distintas características de salud y personalidad en mujeres maltratadas chilenas (Rivas-Diez, 2011). La duración de la entrevista osciló entre 1 hora y media y 2 horas y media. A cada mujer se le ofreció el tiempo que necesitara según su historia personal y las necesidades que presentaba en el momento de la evaluación (estado emocional, nivel educativo, etc.). Cada una de las preguntas de la entrevista y de los cuestionarios las fue realizando

la profesional y marcando ella misma la opción que le indicaba la mujer, de esta forma se aseguraba la comprensión de cada uno de los ítems.

Resultados

Estadísticos descriptivos

La puntuación media del Duke-UNC-11 fue de 31,22 (D.T. = 10,77; rango = 11-55) para la muestra de mujeres víctimas de malos tratos. En la Tabla 7 se presentan los estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems del instrumento.

TABLA 7. Estudio 2. Estadísticos descriptivos del Duke-UNC-11.

Ítems (N=97)	Media	D.T.
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	2,03	1,30
2. Recibo ayuda en asuntos de mi casa	2,07	1,30
3. Recibo elogios y reconocimiento de mi trabajo	3,12	1,45
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	3,31	1,50
5. Recibo amor y afecto	3,35	1,44
6. Posibilidad de hablar de mis problemas en el trabajo o en casa	2,90	1,51
7. Posibilidad de hablar de mis problemas personales y familiares	3,18	1,58
8. Posibilidad de hablar de mis problemas económicos	2,87	1,51
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	2,54	1,49
10. Recibo consejos útiles cuando ocurre un acontecimiento importante	3,19	1,42
11. Recibo ayuda cuando estoy enferma en cama	2,67	1,52
Escala total	31,22	10,77

Fiabilidad

Se obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,88 para el total de la escala, y de 0,83 y 0,77 para las subescalas apoyo afectivo y confidencial, respectivamente.

TABLA 8. Estudio 2. Análisis de la correlación ítem-escala del Duke-UNC-11.

Ítems del Duke-UNC-11	Correlación ítem-escala α	Coefficiente Alfa si se elimina el ítem
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	0,42	0,88
2. Recibo ayuda en asuntos de mi casa	0,46	0,88
3. Recibo elogios y reconocimiento de mi trabajo	0,44	0,88
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	0,69	0,86
5. Recibo amor y afecto	0,70	0,86
6. Posibilidad de hablar de mis problemas en el trabajo o en casa	0,68	0,86
7. Posibilidad de hablar de mis problemas personales y familiares	0,77	0,85
8. Posibilidad de hablar de mis problemas económicos	0,63	0,87
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	0,54	0,87
10. Recibo consejos útiles cuando ocurre un acontecimiento importante	0,60	0,87
11. Recibo ayuda cuando estoy enferma en cama	0,51	0,87

Análisis factorial exploratorio

Los resultados del test de esfericidad de Bartlett y el test de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mostraron valores de 0,864 y 477,16 ($p=0.000$) respectivamente, con lo que se verificó la idoneidad de la es-

tructura de la matriz de correlaciones.

El análisis factorial señala la existencia de dos factores, el primero de ellos explica un 45,7% de la variabilidad del modelo (ítems 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10). Con el segundo factor se explica un 57,2% (ítems 1, 2, 4 y 11). Ver Tabla 9.

TABLA 9. Estudio 2. Matriz de componentes principales. Análisis factorial exploratorio.

Ítems del Duke-UNK-11	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares		0,73
2. Recibo ayuda en asuntos de mi casa		0,73
3. Recibo elogios y reconocimiento de mi trabajo	0,47	
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede		0,70
5. Recibo amor y afecto	0,70	
6. Posibilidad de hablar de mis problemas en el trabajo o en casa	0,82	
7. Posibilidad de hablar de mis problemas personales y familiares	0,91	
8. Posibilidad de hablar de mis problemas económicos	0,80	
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	0,69	
10. Recibo consejos útiles cuando ocurre un acontecimiento importante	0,70	
11. Recibo ayuda cuando estoy enferma en cama		0,76

Análisis factorial confirmatorio

El análisis factorial confirmatorio en el grupo de mujeres maltratadas muestra un mejor ajuste del modelo bidimensional que en la población general con valores de χ^2 de 84,09 y RMSEA de 0,10; en el mismo sentido se encuentran el GFI= 0,86, AGFI= 0,79, NFI= 0,91 y CFI= 0,96. Ver Tabla 5.

Discusión

El análisis descriptivo de la puntuación obtenida tanto para la escala total como para cada ítem muestra resultados muy diferentes en los dos grupos estudiados. Las mujeres de la población general dan cuenta un desplazamiento hacia la parte positiva de las preguntas, es decir, la que expresa un mayor apoyo social (media total = 42,50); mientras

que las mujeres maltratadas muestran un claro desplazamiento hacia la parte negativa de las preguntas, menor apoyo social (media total = 31,22). No obstante, en ambos grupos se obtuvieron las puntuaciones más bajas en los ítems 1 (recibo visitas de mis amigos y familiares) y 2 (recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa) y la puntuación más alta en el ítem 5 (recibo amor y afecto), por lo que en ambos grupos las mujeres no tenían cubiertas sus necesidades en las mismas áreas y estaban satisfechas en mayor grado con el amor y afecto recibidos.

La consistencia interna de la escala y subescalas es bastante buena en ambos grupos. El alfa de la escala para el grupo de mujeres de la población general es superior ($\alpha = 0,90$) al obtenido en el grupo de mujeres maltratadas ($\alpha = 0,88$), de igual forma ocurre en las subescalas de apoyo confidencial (0,86 vs. 0,83) y apoyo afectivo (0,78 vs. 0,77). Las correlaciones ítem-escala son todas aceptables, lo que señala que todos los ítems evalúan aspectos que están relacionados.

Como resultado del análisis factorial se identificaron los dos factores propuestos por Broadhead en la escala original, el apoyo confidencial y el apoyo afectivo. En el caso de las mujeres de la población general, el primer factor estaría formado por los ítems 4, 5, 6, 7, 8, 10 y 11 y se correspondería con el apoyo confidencial; el segundo factor formado por los ítems 1, 2, 3 y 9 se corresponderían con el apoyo afectivo.

En las mujeres maltratadas, el primer factor estaría formado por los ítems 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 (apoyo confidencial) y el segundo por los ítems 1, 2, 4 y 11 (apoyo afectivo).

En cuanto a los ítems 4 y 11, en el grupo de mujeres de la población general se incorpora como parte del apoyo confidencial, mientras que en el grupo de mujeres maltratadas lo hace en el apoyo afectivo, esto puede deberse a que las mujeres maltratadas consideran que “contar con personas que se preocupan de lo que me sucede” y “recibir ayuda cuando estoy enferma en la cama” tiene una mayor relación con el soporte emocional.

Para las mujeres de la población general el “recibir elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo” (ítem 3) y el “recibir invitaciones para distraerse y salir con otras personas” (ítem 9) son considerados como parte del soporte afectivo, por lo que entienden que estas conductas forman parte de expresar afecto.

Respecto a las limitaciones de este estudio, cabe destacar que el método de muestreo utilizado “bola de nieve” proporciona muestras no representativas, por lo que nuestro objetivo (evaluar la validez de las puntuaciones del cuestionario DUKE-UNC-11 en mujeres chilenas) no puede cubrirse en su totalidad con esta muestra.

La adecuada consistencia interna y los resultados obtenidos en torno a la bidimensionalidad del instrumento, per

miten afirmar que el DUKE-UNC-11 es fiable y válido para conocer el grado de apoyo social para las dos muestras analizadas: Mujeres de la población general chilena y mujeres maltratadas chilenas. Además, el reducido tiempo de aplicación y el sencillo manejo aumenta la eficiencia del instrumento. La validación del cuestionario en mujeres chilenas se considera importante por la utilidad del DUKE-UNC-11 en distintos contextos y países. Este estudio evalúa por primera vez con una población chilena la dimensionalidad del instrumento mediante el análisis factorial confirmatorio. La evaluación de la estructura factorial y de las propiedades psicométricas de las medidas de evaluación en diferentes contextos culturales, no sólo permite la confirmación de su validez de constructo en

un contexto cultural nuevo, sino que también permite analizar si el apoyo afectivo y confidencial se agrupan de la misma manera en diferentes entornos culturales.

Con los resultados aportados, se dará continuidad al proceso de adaptación del DUKE-UNC-11, se aplicará el instrumento a varones y se aumentará la diversidad de las mujeres participantes para dar mayor representatividad a la muestra.

AGRADECIMIENTOS

Consejería de Educación, Cultura y Turismo de la Comunidad Autónoma de La Rioja, España. Plan Riojano I+D+I.

A Aitor Pérez de la Haza por sus aportaciones y asesoría metodológica.

REFERENCIAS

Abad, F.J., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Síntesis.

Alvarado, B. E., Zunzunegui, M. V. y Delisle, H. (2005). *Validación de escalas de seguridad alimentaria y de apoyo social en una población afro-colombiana: aplicación en el estudio de prevalencia del estado nutricional en niños de 6 a 18 meses*. Cad. Saúde Pública, 21(3), 724-736.

Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (2002). *Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en función de las circunstancias del maltrato*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 2, 227-246.

Barnett, P.A. y Gotlib, I.H. (1988). *Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences*. Psychological Bulletin, 104, 97-126.

Barrera, M. (1986). *Distinctions between social support concepts, measures, and models*. American Journal of Community Psychology, 14, 413-445.

Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). *Estructura social, apoyo social y salud mental*. Psicothema, 13(1), 17-23.

Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. y Lardelli, P. (1996). *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. Atención Primaria, 18, 153-163.

Bisconti, T.L. y Bergeman, C.S. (2002). *Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological wellbeing and perceived health*. Journals of Gerontology, B Psychological Sciences and Social Sciences, 57, 387-395.

Bosch, K. y Bergen, M. B. (2006). *The influence of supportive and nonsupportive persons in helping rural women in abusive partner relationships become free from abuse*. Journal of Family Violence, 21, 311-320.

Brewin, C.R., Andrews, B. y Valentine, J.D. (2000). *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 748-766.

Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). *The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients*. Medicine Care, 26, 709-723.

Bukov, A., Maas, I. y Lampert, T. (2002). *Social participation in very old age*. Journals of Gerontology, B Psychological Sciences and Social Sciences, 57, 510-517.

Bybee, D. y Sullivan, C. M. (2002). *The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time*. American Journal of Community Psychology, 30, 103–132.

Cohen, S. y Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.

Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). *Stress, social support and the buffering hypothesis*. Psychological Bulletin, 98, 310–357.

Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L. y Davis, K. E. (2002). *Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health*. Journal of Women's Health and Gender Based Medicine, 11, 465–476.

Cuéllar-Flores, I. y Dresch, V. (2012). *Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 33.

Coker, A. L., Watkins, K. W., Smith, P. H. y Brandt, H. M. (2003). *Social support reduces the impact of partner violence on health: Application of structural equation models*. Preventive Medicine, 37, 259–267.

De la Revilla, L., Bailón, E., De 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, 688–692.

House, J.S. y Kahn, R. L. (1985). *Measures and concepts of social support*. En S. Cohen y S. L. Syme (eds.), *Social support and health* (pp. 83–108). Nueva York: Academia Press.

Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Meadows, L. A., Jacobs, D., Chance, S., Gibb, B., et al. (1998). *Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 533–540.

Kemp, A., Green, B. L., Hovanitz, C. y Rawlings, E. I. (1995). *Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women: Shelter and community samples*. Journal of Interpersonal Violence, 10, 43–55.

Krause, N. y Shaw, B. (2000). *Giving social support to others, socio-economic status and changes in self-esteem in late life*. Journals of Gerontology, B Psychological Sciences and Social Sciences, 55, 323–333.

Lakey, B. y Cronin A. (2008). *Low social support and major depression: research, theory and methodological issues*. In K. S. Dobson & D. Dozois (Eds.) *Risk factors for depression*. (pp. 385 – 408). Academic Press.

Martínez, F.M., García, M. y Maya, I. (2001). *El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes*. Psicothema, 13(4), 605–610.

McInnis, G.J. y White, J.H. (2001). *A phenomenological exploration of loneliness in the older adult*. Archives of Psychiatric Nursing, 15(3), 128-139.

Mitchel, R.E. y Hodson, C.A. (1986). *Coping and social support between battered women: An ecological perspective*. En S. E. Hobfoll (ed.), Stress, social support and women (pp. 153-169). Nueva York: Hemisphere.

OPS/OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Pub. Científica y Técnica n° 588. Washington DC: OPS/OMS, 2003.

Piña, A. y Rivera, B. M. (2007). Validación del Cuestionario de Apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. Ciencia y enfermería, 13(2), 53-63.

Procidano, M. E. (1992). *The nature of perceived social support: Findings of meta-analytic studies*. In C. D. Spielberger y J. N. Butcher (Eds.), Advances in personality assessment, Volume 9 (1-26). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Rivas-Diez, R. (2011). *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) en mujeres chilenas*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 1(31), 177-191.

Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Kingree, J. B., Rashid, A., Puett, R., Jacobs, D. y Matthews, A. (2000). *Partner violence, social support, and distress among inner-city African American women*. American Journal of Community Psychology, 28, 127-143.

Tsouna-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.

Uchino, B.N. (2009). *Understanding the links between social support and physical health: A lifespan perspective with emphasis on the separability of perceived and received support*. Perspectives in Psychological Science, 4, 236-255.