

# Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual

Elena Soler\*, Pilar Barreto y Remedios González

Universitat de València y \* Centro Mujer 24 horas. Dirección General de la Mujer de Valencia

La violencia doméstica y sexual contra la mujer repercute de forma negativa en su salud. La depresión, la ansiedad y el trastorno por estrés postraumático son las consecuencias psicológicas más frecuentes. El objetivo de este trabajo se centra en el desarrollo de un instrumento que permita identificar el nivel de estrés emocional en situaciones de crisis. La muestra (N= 861) está formada por mujeres, entre 18 y 70 años, víctimas de violencia doméstica (n= 769) y violencia sexual (n= 92). El Cuestionario de Respuesta Emocional a la Violencia (REV) está formado por cuatro escalas que a través de 22 ítems informa sobre depresión, ansiedad, ajuste psicosocial y humor irritable. Los buenos índices de ajuste del modelo propuesto a priori para el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) determinan que es un instrumento adecuado de evaluación psicológica en situaciones críticas para ser utilizado en mujeres víctimas de violencia doméstica y/o sexual.

*Emotional response questionnaire to domestic and sexual violence.* Domestic and sexual violence against women has a negative impact on their health. The most frequent psychological consequences are depression, anxiety and post-traumatic stress disorder. The aim of this research was to develop an instrument to identify the level of emotional distress in a crisis situation. The sample (N= 861) includes women, between 18 and 70 years old, who had been victims of domestic (n= 769) and sexual violence (n= 92). The questionnaire Emotional Response to Violence Questionnaire (REV) was composed by 22 items that provide information on Depression, Anxiety, Psychological Adjustment and Irritability scales. The close fit of the model proposed a priori for Confirmatory Factor Analysis (CFA), showed that it constitute a suitable instrument for psychological evaluation in critical situations to be used with women who have been victims of domestic and/or sexual violence.

La elevada incidencia de la violencia contra las mujeres y las consecuencias negativas que ocasiona en su salud física y psicológica ponen de manifiesto el grave problema social y de salud que la sociedad se enfrenta (World Health Organization, 1998). En los protocolos de evaluación para la detección del problema de la violencia contra la mujer, se consideran como indicadores tanto las lesiones producto directo de la violencia (Kramer, 2002) como las enfermedades físicas asociadas (Campbell, 2002; Coker, Pope, Smith, Sanderson y Hussey, 2001) y el impacto emocional (Campbell, 2002; Kazantzis, Flett, Long, MacDonald y Millar, 2000; Kramer, 2002).

Respecto a las enfermedades físicas, las mujeres víctimas de malos tratos físicos y/o psicológicos por la pareja y las mujeres con experiencias de abuso o agresión sexual, presentan un incremento en los problemas médicos (Kazantzis et al., 2000; Matud, 2004), peor salud (Leserman, Li, Drossman, Toomey, Nachman y Glogau, 1997) y mayor ingesta de medicación (Matud, 2004; Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez y Martínez-Velez, 2001) que en las mujeres sin estas experiencias. Como consecuencia de ello utilizan con mayor frecuencia

las consultas de los servicios de salud (Hathaway, Mucci, Silverman, Brooks, Mathews y Pavlos, 2000).

Los problemas médicos más frecuentes se refieren a dolor crónico cervical, lumbar y pélvico entre otros (Coker, Smith, Bethea, King y McKeown, 2000), y a enfermedades de naturaleza digestiva (Leserman et al., 1997) como úlcera de estómago (Coker et al., 2000), síndrome de colon irritable y enfermedad inflamatoria intestinal (Salmon, Skaife y Rhodes, 2003).

En cuanto a la salud mental, las mujeres víctimas de estas formas de violencia de género presentan diferencias individuales en el impacto psicológico a corto y a largo plazo. Señalándose que las variables que modulan y explican las diferencias individuales de la respuesta emocional y su recuperación pueden estar asociadas a las propias características de la violencia, a variables personales, familiares y sociales (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999; Kamphuis, Emmelkamp y Bartak, 2003). Las consecuencias psicológicas asociadas están bien documentadas, observándose que la depresión, la ansiedad y el trastorno por estrés postraumático son las alteraciones más frecuentes en las mujeres víctimas de maltrato físico y/o psicológico (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Matud, 2004; Walker, 2000), de abuso sexual (Brown, Cohen, Johnson y Smailes, 1999) y de agresión sexual (Feeny y Foa, 2000; Petrak y Campbell, 1999). Respecto a los malos tratos por la pareja, Amor et al. (2002) observaron que las alteraciones psicopatológicas se agrupan habitualmente en dos factores: uno referido al estrés postraumático, y otro al malestar emocional en el que predomina sinto-

---

Fecha recepción: 1-7-04 • Fecha aceptación: 16-11-04

Correspondencia: Remedios González

Facultad de Psicología

Universitat de València

46010 Valencia (Spain)

E-mail: gonzalrb@uv.es

matología ansioso-depresiva, baja autoestima e inadaptación a la vida cotidiana. La intensidad de estas manifestaciones determinaría el estado emocional.

Se ha observado que para identificar y establecer el nivel de gravedad de estos trastornos se utilizan tanto entrevistas semiestructuradas, basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (American Psychiatry Association, 2002), como escalas y cuestionarios específicos para dichos trastornos, independientemente de dónde provengan las muestras de mujeres objeto de estudio. Los instrumentos que más se utilizan para estudiar la depresión en los servicios de ayuda a la mujer víctima de maltrato por la pareja (Amor et al., 2002; Arias y Pape, 1999; Stein y Kennedy, 2001) son el Symptom Checklist-90- Revisado (SCL-90-R, Derogatis, 1977), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977) o el Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). En contextos sanitarios (Cocker et al., 2001; Petrak y Campbell, 1999; Leserman et al., 1997; Ramos-Lira et al., 2001; Stein y Kennedy, 2001), además de los cuestionarios descritos anteriormente, el nivel de depresión de la víctima de malos tratos por la pareja y/o violencia sexual se evalúa a través del Cuestionario General de Salud (GHQ, Goldberg y Hillier, 1979) o con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, Zigmond y Snaith, 1983). En este mismo contexto (Coker et al., 2001; Petrak y Campbell 1999), para valorar la ansiedad también se utiliza el HADS o el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), siendo este último utilizado, además, en el estudio de la ansiedad en mujeres usuarias de los servicios de asistencia a la mujer maltratada (Amor et al., 2002). Respecto al trastorno por estrés postraumático, la Escala del Impacto del Evento (IES, Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979) o esta misma escala revisada (IES-R, Weiss y Marmar, 1997) son los instrumentos que más se utilizan en el ámbito sanitario y asistencial a la mujer con experiencias tanto de maltrato por la pareja (Stein y Kennedy, 2001) como de agresión sexual por otras personas (Petrak y Campbell, 1999).

Aunque no siempre están presentes estos trastornos, en la bibliografía consultada se señala una amplia gama de síntomas que ponen de manifiesto el elevado estrés psicológico que presentan las mujeres con estas problemáticas de violencia de género (Kazantzis et al., 2000). También se ha observado la presencia de niveles bajos de autoestima (Amor et al., 2002) y respuestas cognitivas de autoculpabilidad (Arata, 1999) e ira (Feeny y Foa, 2000) que pueden modular el desarrollo de trastornos psicopatológicos a largo plazo (Ullman, 1997). En este sentido, la literatura señala la importancia de considerar las atribuciones internas y las estrategias de afrontamiento empleadas por las víctimas, por el papel que juegan como variables mediadoras de ajuste psicológico (Arata, 1999; Walker, 2000). Asimismo, se indica la importancia del nivel de adaptación en las actividades de la vida diaria (Amor et al., 2002; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000; Walker, 2000) como variables a considerar en la elaboración del plan de tratamiento psicológico en las mujeres con experiencias de malos tratos por la pareja.

La bibliografía consultada pone de manifiesto la amplitud de la respuesta psicológica, así como la diversidad de instrumentos utilizados para su evaluación. No se ha encontrado aún un instrumento que valore el estado emocional de manera global de las mujeres que padecen violencia de género, concretamente malos tratos físicos y/o psicológicos, abuso sexual y agresión sexual, en situaciones críticas y en el primer contacto, utilizándose mayoritaria-

mente la entrevista para este fin. Por esta razón, disponer de un instrumento que permita realizar un «screening» en dichas situaciones puede ser de gran utilidad clínica.

En este marco, el presente trabajo tiene como objetivo proponer un instrumento que, de forma sencilla y breve, permita evaluar el malestar emocional de las mujeres que sufren violencia de género en las formas descritas.

## Método

### Muestra

La muestra está formada por 861 mujeres víctimas de violencia doméstica por la pareja con la que tenían o habían tenido una relación afectiva, y por mujeres con experiencia de violencia sexual en el ámbito familiar o fuera de él. Para la violencia doméstica, se tuvieron en cuenta los casos de maltrato físico y psicológico (n= 455, media de edad= 35 años) y maltrato psicológico (n= 414, media de edad= 40,4 años). La violencia sexual hace referencia a problemáticas de abuso sexual (n= 41, media de edad= 24,15 años) y agresión sexual (n= 51, media de edad= 25,47 años). Todas las mujeres de la muestra habían sido atendidas en el Centro Mujer 24 Horas de Valencia. Las edades están comprendidas entre los 18 y 70 años (media de edad 35,8 años). Predominan las mujeres que conviven con su pareja (72,2%), tienen hijos/as (79,1%), con estudios primarios (59,1%), dependen económicamente de su pareja o de sus padres (50,6%) y viven en la ciudad (53,5%). Si bien el perfil sociodemográfico de la mujer víctima de maltrato físico y/o psicológico es similar, no es así respecto a la violencia sexual, que está formado por mujeres más jóvenes, solteras y sin descendencia.

### Instrumentos

Las variables sociodemográficas y las de maltrato físico y/o psicológico, abuso y agresión sexual, fueron valoradas a través de cuestionarios estructurados creados a tal efecto (Centro Mujer 24 Horas. Dirección General de la Mujer, 1999).

El estado emocional fue evaluado con el Protocolo de Evaluación Psicológica (Centro Mujer 24 Horas. Dirección General de la Mujer, 1999). Dicho instrumento fue elaborado en base a 592 historias clínicas de mujeres atendidas por malos tratos por la pareja/ex pareja, o por problemáticas de violencia sexual. De dichas historias se extrajeron las respuestas psicológicas más frecuentes, relacionadas al estado emocional y psicosocial que presentaban, dando como resultado el listado de síntomas formado por 63 ítems, que valora la ausencia/presencia de síntomas a través de cuatro alternativas de respuesta (0= nada, 1= algo, 2= bastante, 3= mucho). El contenido de los ítems hace referencia a respuestas conductuales, cognitivas y fisiológicas asociadas a la depresión, ansiedad, al trastorno por estrés postraumático y al ajuste psicosocial, que son las reacciones emocionales más comunes (Amor et al., 2002; Feeny y Foa, 2000) en la mujer víctima de violencia de género según las formas anteriormente descritas.

### Procedimiento

La evaluación de las mujeres que forman parte del presente estudio se realizó en el Centro Mujer 24 Horas (Dirección General de la Mujer de Valencia) que atiende problemáticas de violencia de

género. La información relativa a los datos sociodemográficos, a las formas de violencia y al estado emocional de cada una de las mujeres que componen el total de la muestra se obtuvo en la entrevista de acogida, antes de comenzar cualquier tipo de intervención social, psicológica o jurídica. La evaluación psicológica fue realizada por psicólogas especializadas en violencia contra la mujer, en la entrevista inicial.

Los criterios de inclusión en el estudio fue el de mujeres con experiencias de malos tratos físicos y/o psicológicos, producidos por personas con las que tenían o habían tenido un vínculo afectivo de pareja, y mujeres con experiencias de abuso sexual o de agresión sexual por personas del entorno familiar y fuera de él. Además debían tener cumplimentado el Protocolo de Evaluación Psicológica en su totalidad en la primera entrevista. En el marco de la situación en crisis, donde la intervención es prioritaria, se presentan dificultades en completar los 63 ítems, por lo que se realiza en una entrevista posterior. Por ello los instrumentos que fueron cumplimentados en entrevistas posteriores a la inicial no fueron tenidos en cuenta en este estudio.

#### Análisis de datos

Para el desarrollo del cuestionario breve se tuvo en cuenta el estudio de la estructura factorial del *Protocolo de Evaluación Psicológica* (Centro Mujer 24 Horas. Dirección General de la Mujer, 1999). La estrategia analítica que se siguió fue doble. En primer lugar, un análisis de componentes principales sobre una mitad de la muestra ( $n=430$ ), elegida aleatoriamente de la muestra total ( $N=861$ ) a través del programa informático SPSS 11.5. Posteriormente, un análisis factorial confirmatorio (AFC), proponiendo como modelo «a priori» la estructura factorial obtenida del análisis exploratorio y sometiendo a comprobación sobre la otra mitad de la muestra ( $n=431$ ).

Para el análisis de componentes principales se propusieron la totalidad de ítems del *Protocolo de Evaluación Psicológica* relacionados con depresión, ansiedad y trastorno por estrés posttraumático, siguiendo los criterios de la DSM-IV-TR (American Psychiatry Association, 2002) para estos trastornos. Ocho de los ítems no relacionados con los criterios fueron excluidos, así como el ítem «disminución de la actividad laboral», dado que cerca de la mitad de la muestra no tiene ocupación fuera del hogar. Del total de los 63 ítems quedaron 54 que fueron los utilizados en el análisis factorial de componentes principales. Se hipotetizó que los factores estarían correlacionados, por lo que fueron sometidos a rotación oblicua (PROMAX).

Para la selección de los factores del modelo a proponer posteriormente con AFC, se tuvo en cuenta la matriz de configuración del análisis de componentes principales, así como los componentes con autovalores superiores o muy cercanos a 2, aplicando la prueba de Scree test y las variables de los mismos con saturaciones  $\geq 0.40$ .

El análisis factorial confirmatorio (AFC) fue realizado con LISREL 8 (Jöreskog y Sörbom, 1993). Dado que las variables son ordinales, se utilizó una matriz de correlación policórica recomendado en estos casos (Jöreskog y Sörbom, 1989). Para calcular la matriz de correlación policórica de todas las variables se obtuvo una matriz de covarianza asintótica de las varianzas y covarianzas de la muestra, empleando para ello PRELIS 2 (Jöreskog y Sörbom, 1993). El método de estimación del modelo fue el de Mínimos Cuadrados Ponderados (WLS).

Los indicadores empleados para probar la bondad de ajuste y valorar la validez del modelo, salvando los problemas que el estadístico chi cuadrado puede producir con muestras grandes y que llevarían a rechazar los modelos (Bollen, 1989) han sido: el índice de bondad de ajuste (GFI, *Goodness of Fit Index*), que mide la cantidad de varianza y covarianza explicada por el modelo, y el índice de bondad de ajuste ajustado a los grados de libertad del modelo (AGFI, *Adjusted Goodness of Fit Index*). Valores de 0.9 o más para ambos índices se consideran indicativos de un buen ajuste del modelo (Medsker, Williams y Holahan, 1994). El índice de ajuste comparativo *Comparative Fit Index* (CFI, Bentler, 1990) compara el ajuste del modelo frente a un modelo nulo que hipotetiza que todas las variables observadas son independientes. Un valor igual a 0.9 o mayor se considera un índice de buen ajuste. El promedio de residuales estandarizados (RMSR, *Root Mean Square Residual*) indica la discrepancia entre la matriz de correlaciones reproducida por el modelo y la matriz de correlaciones observada. Valores iguales o inferiores a 0.1 son indicadores de que las diferencias entre ambas matrices no son muy importantes (Cole y Maxwell, 1985). Respecto al error de aproximación cuadrático medio (RMSEA, *Root Mean Square Error of Approximation*) como medida de error de aproximación a la población, Browne y Cudeck (1993), sugieren que un valor de 0.05 indica un buen ajuste y hasta 0.08 representa un error razonable. La chi cuadrado normada ( $\chi^2/g.l$ ) introduce una función penalizadora mediante la cual se tiene en cuenta la parsimonia de los modelos. Los límites recomendados se encuentran entre valores inferiores a 2 o 3 (Carmines y McIver, 1981) y 5 (Wheaton, Muthen, Almin y Summers, 1977).

El programa informático empleado para el análisis factorial exploratorio fue el SPSS para Windows, versión 11.5 (SPSS Inc.). Para el análisis factorial confirmatorio se utilizó el LISREL para Windows v8.12a (Jöreskog y Sörbom, 1993).

#### Resultados

##### Estructura del análisis factorial exploratorio

La muestra para este análisis estuvo formada por 430 mujeres elegidas aleatoriamente de la muestra total ( $N=861$ ). Una vez seleccionados los ítems ( $n=54$ ) se sometieron a rotación oblicua (PROMAX). El análisis arrojó una solución de 13 componentes que explicaron el 60,38% de la varianza total.

El objetivo del presente trabajo, como ya se indicó, era conseguir un instrumento que tuviera una estructura factorial simple, que pueda indicar de forma precisa, en situaciones de urgencia, y en la primera entrevista el malestar emocional de la mujer. Por lo que, una vez realizado el estudio de los componentes, se retuvieron los cuatro primeros (Porcentaje de Varianza Explicada Total %VET= 38,47) para el análisis factorial confirmatorio posterior formado por 22 ítems. Cabe señalar que un ítem del componente 2 fue rechazado (disminución de la atención) al presentar una saturación inferior a .40.

Cada uno de los cuatro componentes (Tabla 1) fue denominado en relación al significado de los ítems que lo componen con el criterio diagnóstico psicológico. El primer componente está formado por 7 ítems (%VE= 24,32%) asociados a valoraciones negativas sobre la autoestima, sentimientos de culpabilidad y desesperanza, siendo denominado *Depresión*. El segundo componente agrupa 7 ítems (%VE= 6,42%), relacionados con respuestas fisiológicas asociadas a la *Ansiedad*. El tercer componente compuesto por 4

ítems (%VE= 4,18%) se refiere a respuestas de ajuste a actividades de la vida diaria tanto sociales como lúdicas y del hogar, por ello, se le denominó *Ajuste Psicosocial*. El cuarto componente con 4 ítems (%VE= 3,52%) asociados a sentimientos y respuestas del estado de ánimo se le denominó *Humor Irritable*. Se observa que las saturaciones de los ítems en cada uno de los componentes son altas, estando situadas entre .47 la más baja y .85 la más alta.

Los valores del Alpha de Cronbach se sitúan por encima de .70 (componente 1= .85; componente 2= .84; componente 3= .76; componente 4= .79), garantizando por tanto la consistencia interna de las escalas. Además, los cuatro componentes correlacionan positivamente entre sí (Tabla 1).

#### Análisis factorial confirmatorio

Con el objetivo de asegurar la validez de las dimensiones obtenidas en el análisis precedente, se realizó un análisis factorial confirmatorio proponiendo «a priori» la estructura factorial obtenida del análisis de componentes principales. El modelo se puso a prueba con la otra submuestra (n= 431) de la muestra total, que se obtuvo como ya se ha informado de forma aleatoria antes del comienzo de la realización de los análisis factoriales.

Teniendo en cuenta, como se ha indicado más arriba, que los datos de las variables son ordinales se utilizó una matriz de correlación

policórica. El modelo que se propone hipotetiza que: a) los ítems referidos a los contenidos de sentimiento de culpabilidad, inseguridad, fracaso, baja autoestima, inutilidad, confusión y desesperanza hacia el futuro miden el factor 1; b) que los ítems de ahogo, sofoco, sudoración, presión en el pecho, nudo en la garganta, mareos y rigidez/tensión muscular miden el factor 2; c) que los ítems: disminución de las actividades agradables, disminución de las actividades sociales, falta de interés en actividades agradables y disminución de la actividad del hogar miden el factor 3; d) que los ítems: ira, irritabilidad, enojo y cambios de humor miden el factor 4; y e) que los cuatro factores correlacionarán entre sí (Figura 1).

Los resultados obtenidos indicaron que los índices de bondad de ajuste son razonables (Figura 1). Salvo el CFI (0.87) muy cercano del valor aconsejado de 0.9 y el RMSEA (0.06) ligeramente superior al valor recomendado de 0.05, aunque dentro de los límites establecidos de 0.08. Tanto el GFI (0.92) como AGFI (0.91) alcanzan valores superiores a 0.9 indicando un buen ajuste. El RMR (0.09) en los límites establecidos (0.1) para considerar el modelo bien ajustado, así como el valor del cociente  $\chi^2/g.l$  (3.06).

Las saturaciones factoriales (Figura 1) en cada uno de los factores de los ítems correspondientes son elevadas. En el Factor 1 todas son mayores a .60. En el Factor 2 los índices se encuentran entre .59 y .81. En el Factor 3 se sitúan entre .58 y .81. Mientras que en el Factor 4 todas son superiores a .66.

Tabla 1  
Análisis de componentes principales: saturaciones y varianza explicada. Puntuaciones medias y desviación típica de cada componente. Consistencia interna (alfa de Cronbach). Correlación de los componentes

Ítems	Componente 1	Componente 2	Componente 3	Componente 4				
IT01. Sentimiento de culpabilidad	.83							
IT02. Sentimiento de inseguridad	.81							
IT03. Sentimiento de fracaso	.78							
IT04. Baja autoestima	.75							
IT05. Sentimiento de inutilidad	.74							
IT06. Confusión	.59							
IT07. Desesperanza hacia el futuro	.53							
IT08. Sensación de ahogo		.81						
IT09. Sensación de sofoco		.81						
IT10. Sudoración		.77						
IT11. Presión en el pecho		.75						
IT12. Nudo en la garganta		.51						
IT13. Mareos		.48						
IT14. Rigidez, tensión muscular		.47						
IT15. Disminución actividades agradables			.81					
IT16. Disminución actividades sociales			.80					
IT17. Falta interés actividades agradables			.68					
IT18. Disminución actividad hogar			.53					
IT19. Ira				.86				
IT20. Irritabilidad				.82				
IT21. Enojo				.77				
IT22. Cambios de humor				.64				
%VET= 38.47	%VE= 24.32	%VE= 6.42	%VE= 4.18	%VE= 3.52				
<b>Correlaciones entre componentes</b>								
Componentes	It <sup>a</sup>	Media	DT	Alpha <sup>b</sup>	Comp. 1	Comp. 2	Comp. 3	Comp. 4
Componente 1	7	10.12	5.51	.85	1			
Componente 2	7	8.06	5.24	.84	.32*	1		
Componente 3	4	5.65	3.73	.76	.41*	.36*	1	
Componente 4	4	6.57	3.25	.79	.40*	.36*	.37*	1

Comp.: Componente; a: número de ítems de las escalas; DT: Desviación típica; b: Alpha de Cronbach; \* p < .01

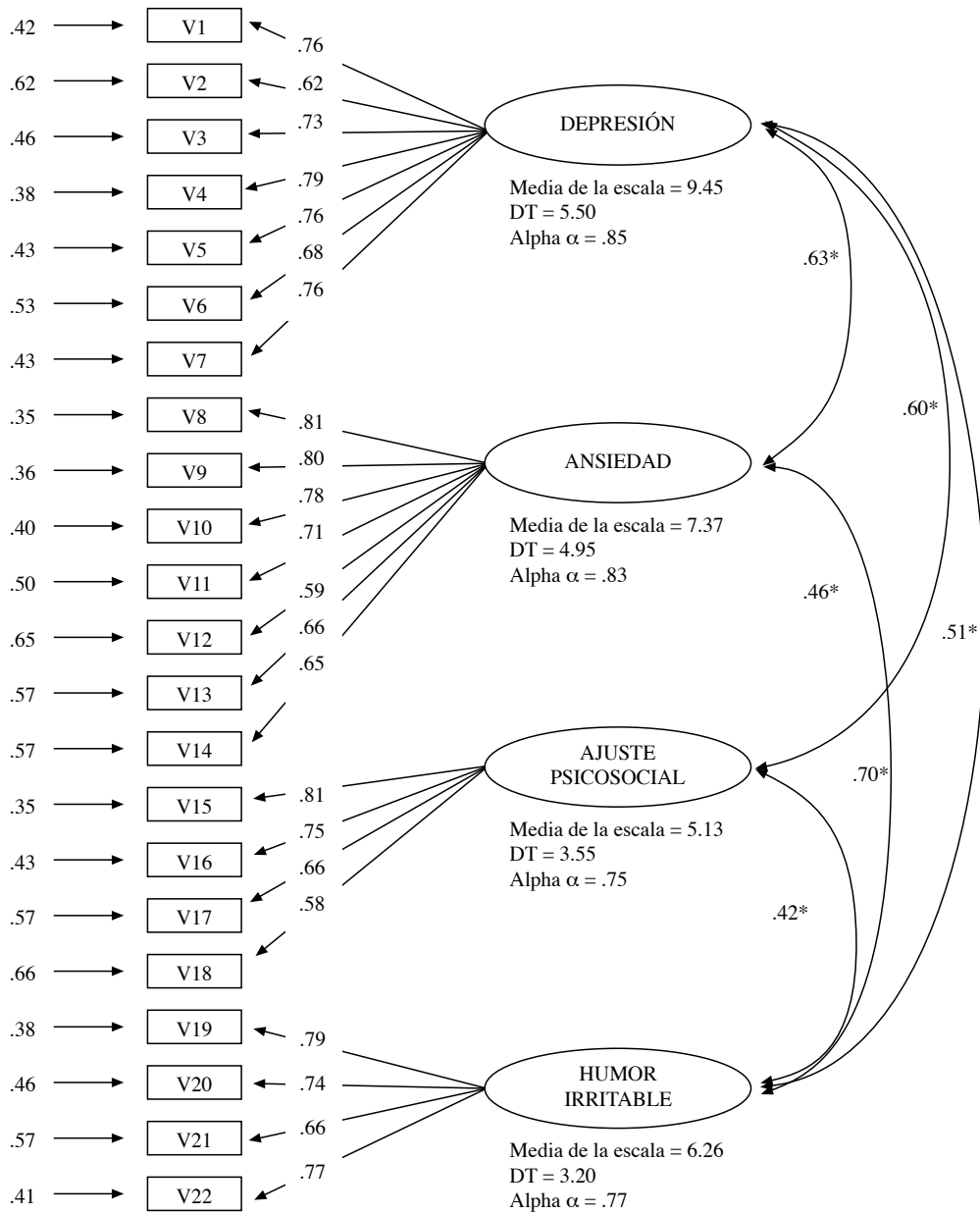
Respecto a las correlaciones entre los factores, se observa, tal como se hipotizaba, que todos están correlacionados (Figura 1). Por último, se puede garantizar que todas las escalas son fiables, asegurando la consistencia interna a través de los valores del Alfa de Cronbach por encima de .70.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el modelo propuesto es respaldado y que el cuestionario (Tabla 2) ofrece medidas fiables y validas estructuralmente de los factores. Por lo que el *Cuestionario de Respuestas Emocionales a la Violencia* (REV) es un inventario de síntomas que evalúa cuatro constructos distin-

tos (depresión, ansiedad, ajuste psicosocial, humor irritable), aunque relacionados entre sí.

Discusión y conclusiones

A través de la revisión bibliográfica realizada, en el presente estudio se ha puesto de manifiesto una pequeña parte de las consecuencias negativas que genera la violencia doméstica por la pareja y la violencia sexual en la salud física y psíquica de la mujer que la sufre.



ÍNDICES DE BONDAD DE AJUSTE  
 Valor p del estadístico  $\chi^2$  con 203 gl= 622.84 (P=0.0)  
 GFI= .92 AGFI= .91 RMSEA= .06 RMR= .09 CFI= .87  $\chi^2$ /gl= 3.06

Figura 1. Análisis factorial confirmatorio: saturaciones factoriales, puntuaciones medias y desviaciones típicas de los factores. Consistencia interna (alfa de Cronbach). Correlaciones entre factores. Índices de bondad de ajuste

Tabla 2

Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual (REV)

El o la profesional debe registrar la intensidad de la respuesta psicológica dada por la persona a cada uno de los 22 ítems del cuestionario según la escala siguiente:				
0= Nada	1= Algo	2= Bastante	3= Mucho	
	0	1	2	3
1. Sentimiento de culpabilidad				
2. Sentimiento de inseguridad				
3. Sentimiento de fracaso				
4. Baja autoestima				
5. Sentimiento de inutilidad				
6. Confusión				
7. Desesperanza hacia el futuro				
8. Sensación de ahogo				
9. Sensación de sofoco				
10. Sudoración				
11. Presión en el pecho				
12. Nudo en la garganta				
13. Mareos				
14. Rigidez, tensión muscular				
15. Disminución actividades agradables				
16. Disminución actividades sociales				
17. Falta interés actividades agradables				
18. Disminución actividad hogar				
19. Ira				
20. Irritabilidad				
21. Enojo				
22. Cambios de humor				

Nombre y apellidos ..... Nº identificación .....

Estado civil ..... Fecha de nacimiento..... Sexo V  M

Problemática de violencia ..... Por .....

Centro: ..... Fecha .....

Para valorar el impacto emocional de las víctimas se ha observado la existencia de una gran variedad de instrumentos de evaluación psicológica específicos a cada uno de los trastornos psicológicos que con más frecuencia presentan estas mujeres: depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático (Feeny y Foa, 2000; Hathaway et al., 2000; Petrak y Cambell, 1999; Stein y Kennedy, 2001; Walker, 2000). Pero se ha observado la carencia de instrumentos específicos y de «screening» donde se evalúe el impacto emocional de forma global en esta población.

En el presente trabajo se ha estudiado la estructura factorial del Cuestionario de Respuestas Emocionales a la Violencia (REV). La validación del mismo, a través de análisis de componentes principales y análisis factorial confirmatorio, pone de manifiesto su adecuada validez estructural. Las elevadas saturaciones de los ítems y los buenos niveles de fiabilidad han asegurado su consistencia interna, y reafirman la presencia en el cuestionario de cuatro constructos, asociados a las consecuencias psicológicas más frecuentes en las mujeres víctimas de malos tratos físicos y/o psicológicos por la pareja (Amor et al., 2002; Matud, 2004), de abuso sexual (Brown et al., 1999) y de agresión sexual (Feeny y Foa, 2000; Petrak y Campbell 1999).

Los resultados obtenidos llevan a proponer el *Cuestionario de Respuestas Emocionales a la Violencia* (rev., Tabla 2), como un instrumento heteroaplicado de screening y de medida de depresión, ansiedad, ajuste psicosocial y humor irritable en mujeres víctimas de violencia doméstica por las personas con las que tienen o han tenido un vínculo de pareja y en mujeres con historia de abuso o agresión sexual.

Como instrumento de screening, tanto en la intervención psicosocial de urgencia situacional como de crisis emocional, muy frecuente en los casos de violencia estudiados, su estructura permite identificar objetivamente la intensidad de la respuesta emocional, en la primera entrevista, por la ventaja de su brevedad y fácil aplicación.

Como instrumento de medida, proporciona información de las áreas emocionales que inciden en el bienestar de estas mujeres. Concretamente, la escala de depresión enfatiza su componente cognitivo, asociado en mayor medida a evaluaciones negativas de sí misma, a través de sentimientos de inseguridad, de fracaso, de baja autoestima y de inutilidad. Los ítems de desesperanza hacia el futuro y culpabilidad fortalecen esta escala, como señala la literatura (Ullman, 1997). La escala de ansiedad proporciona información de sintomatología claramente somática (Matud, 2004). Cada una de estas escalas permite determinar el peso del componente depresivo o ansioso en el malestar emocional de la víctima, facilitando el diagnóstico diferencial entre ambas alteraciones o el diagnóstico de trastorno mixto ante la coexistencia de sintomatología ansioso-depresiva (Amor et al., 2002; Petrak y Campbell, 1999; Matud, 2004). Cabe tener en cuenta que la ansiedad con frecuencia acompaña a la depresión (DSM-IV-TR, 2002) y que en el malestar emocional de las mujeres que sufren malos tratos por su pareja predomina sintomatología ansioso-depresiva, baja autoestima e inadaptación a la vida cotidiana (Amor et al., 2002; Echeburúa et al., 2000). La escala de ajuste psicosocial valora el deterioro de la actividad en áreas importantes de la vida cotidiana, aportando información que permite tener en cuenta si el menoscabo forma parte global de los criterios diagnósticos de trastorno psicológico (DSM-IV-TR), o si se ocupa exclusivamente del nivel individual de actividad diaria sujeto a otra causa, bien médica (DSM-IV-TR) o bien al propio aislamiento al que se puede ver sometida la víctima por la situación de violencia en el que se encuentra inmersa (Walker, 2000). La escala de humor irritable añade un elemento diferenciador que fortalece y da cuerpo al cuestionario, al establecer niveles de descripción del estado de ánimo irritable presente en algunas de las víctimas de malos tratos por la pareja (Walker, 2000) y violencia sexual (Feeny y Foa, 2000).

Aunque la depresión y la ansiedad se ven bien representadas en el instrumento a través de cada una de sus escalas, la información de sintomatología propia del trastorno por estrés postraumático se obtiene a través de los ítems incluidos en las escalas del REV. Dicha información, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, se adquiere por los ítems de la escala de ansiedad, de reactividad fisiológica (criterio B5), por el ítem 17 (falta de interés en actividades agradables, criterio C4) de la escala de ajuste psicosocial, por el ítem 7 (desesperanza hacia el futuro, criterio C7) de la escala de depresión, y por los ítems 20 y 21 (ira e irritabilidad, criterio D2) de la escala de humor irritable del REV. También están presentes síntomas asociados al trastorno (DSM-IV-TR), como el sentimiento de inutilidad (ítem 5) y de culpa (ítem 1) de la escala de depresión del REV. Sin embargo, aunque el REV no recoge los síntomas más característicos del trastorno por estrés postraumático

co, estos ítems muestrean indicadores de dicho trastorno (Petrak y Campbell, 1999), instando a evaluarlo de forma específica posteriormente.

El REV presenta similitudes con el Cuestionario de Salud General (GHQ-28, Goldberg y Hillier, 1979) en las áreas que evalúa, pero no en su aplicación, en el número de ítems, que es superior al REV y en la población.

También el REV en la intervención psicosocial puede facilitar la detección de las variaciones producidas a lo largo del proceso de recuperación, así como la aparición de cualquier alteración relacionada con las áreas psicológicas que evalúa, tanto a nivel global (depresión, ansiedad, ajuste psicosocial y humor irritable), como de indicadores sintomatológicos específicos. En este sentido los ítems asociados con la baja autoestima y los sentimientos de autculpa, así como la ira, cobran especial importancia por su relevancia como variables mediadoras en el desarrollo de trastornos psicopatológicos a largo plazo (Ullman, 1997). Por lo que la evaluación psicológica con el REV favorece el rastreo de la respuesta

psicológica, permitiendo establecer la conveniencia de evaluar más específicamente para profundizar la gravedad del trastorno.

Este instrumento, REV, llena un vacío en la evaluación psicológica, en situaciones de urgencia o de elevada intensidad emocional, en la primera entrevista con las mujeres víctimas de las formas de violencia de género planteadas. Dada la inadecuación, en este marco, de aplicar la cantidad de pruebas necesarias para evaluar los trastornos más frecuentemente asociados, el REV a través de sus cuatro escalas permite una valoración global relevante del estado emocional en situaciones críticas, así como de la valoración de la recuperación.

#### Agradecimientos

Al equipo profesional del Centro Mujer 24 Horas de Valencia. A la Dirección General de la Mujer de Valencia de la Consellería de Bienestar Social. Generalitat Valenciana. Y a la Universitat de València.

#### Referencias

- American Psychiatry Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- Arata, C.M. (1999). Coping with rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(1), 62-78.
- Arias, I. y Pape, K.T. (1999). Psychological abuse: implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims*, 16(1), 55-67.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley y Sons.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G. y Smailes, E.M. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1.490-1.496.
- Browne, M.W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En Bollen, K.A., Long, J.S. (Eds.): *Testing structural equation models*, pp. 136-162. Beverly Hills, CA: Sage.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1.331-1.336.
- Carmines, E.G. y McIver, J.P. (1981). Analyzing models with unobserved variables: analysis of covariance structures. En G.W. Boornstedt y E.F. Borgatta (Eds.): *Social measurement: current issues*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Centro Mujer 24 Horas. Dirección General de la Mujer (1999). *Intervención asistencial especializada en violencia de género: experiencias del Centro Mujer 24 Horas de Valencia*. 1997. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R. y McKeown, R.E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9(5), 451-457.
- Coker, A.L., Pope, B.O., Smith, P.H., Sanderson, M. y Hussey, J.R. (2001). Assessment of clinical partner violence screening tools. *Journal of American Medical Women's Association*, 56(1), 19-23.
- Cole, D. y Maxwell, S.E. (1985). Multitrait-multimethod comparison across populations: a confirmatory factor analysis approach. *Multivariate Behavioral Research*, 18, 147-167.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90-R Manual*. En L. Derogatis (Ed.): *Clinical Psychometrics Research Unit*. Baltimore: John Hopkins University.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (Supl.), 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Feeny, N.C. y Foa, E.B. (2000). Sexual Assault. *Encyclopedia of Stress*, 3, 435-440.
- Goldberg, D.P. y Hillier V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Hathaway, J.E., Mucci L.A., Silverman, J.G., Brooks, D.R., Mathews, R. y Pavlos, C.A. (2000). Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 302-7.
- Horowitz, M., Wilner, N. y Álvarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1989). *LISREL 7 User's Reference Guide*. Mooresville: Scientific Software, Inc.
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1993) *LISREL 8: Structural equation modeling with the simplis command language*. Chicago: Scientific Software International, Inc.
- Kamphuis, J.H., Emmelkamp, P.M. y Bartak, A. (2003). Individual differences in post-traumatic stress following post-intimate stalking: stalking severity and psychosocial variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 145-156.
- Kazantzis, N., Flett, R.A., Long, N.R., MacDonald, C. y Millar, M. (2000). Domestic violence, psychological distress and physical illness among New Zealand women: results from a community-based study. *New Zealand Journal of Psychology*, 29(2), 64-70.
- Kramer, A. (2002). Domestic violence: how to ask and how to listen. *Nursing Clinics of North America*, 37(1), 189-210.
- Leserman, J., Li, Z., Drossman, D.A., Toomey, T.C., Nachman, G. y Glogau, B.A. (1997). Impact of sexual and physical abuse dimensions on health status: development of an abuse severity measure. *Psychosomatic Medicine*, 59, 152-160.
- Matud, P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Medsker, G.J., Williams, L.J. y Holahan, P.J. (1994). A review of current practices for evaluating causal models in organizational behaviour and

- human resources management research. *Journal of Management*, 20, 439-464.
- Petrak, J.A. y Campbell, E.A. (1999). Post-traumatic stress disorder in female survivors of rape attending a genitourinary medicine clinic: a pilot study. *International Journal of STD & AIDS*, 10, 531-535.
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M.T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M.A. y Martínez-Vélez, N.A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública México*, 43(3), 182-191.
- Randolf, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Salmon, P., Skaife, K. y Rhodes, J. (2003). Abuse, dissociation and somatization in irritable bowel syndrome: towards an explanatory model. *Journal Behaviour Medical*, 26(1), 1-18.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Stein, M.B. y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66, 133-138.
- Ullman, S.E. (1997). Attributions, world assumptions and recovery from sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6(1), 1-19.
- Walker, L.E. (2000). *The battered woman syndrome*. New York: Springer Publishing Company.
- Weiss, D.S. y Marmar, C.R. (1997). The impact of event-revised. En J.P. Wilson y T.M. Keane (Eds.): *Assessing Psychiatric Trauma and PTSD: a handbook for practitioners* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. y Summers, G. (1977). *Assessing the reliability and stability in panels models*. En Heise (Ed.): *Sociological Methodology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- World Health Organization Health (1998). Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. En [http://www.who.int/gender/violence/violencia\\_infopack1.pdf](http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf).
- Zigmond, A. y Snaith R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychologica Scandinava*, 67, 361-370.