

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE RESPUESTA EMOCIONAL A LA VIOLENCIA (REV) EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE SURVEY OF EMOTIONAL RESPONSE TO VIOLENCE QUESTIONNAIRE (REV) IN WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE

Recibido: 10 de Julio del 2010 | Aceptado: 06 de Septiembre del 2010

PAULA CONTRERAS,¹; KATHERINE GALLEGUILLOS,²; CLAUDIA GOMEZ,³; MARCIA RAMOS,⁴
(UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE, Escuela de Psicología, Antofagasta, Chile).

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue analizar medidas de confiabilidad y validez del cuestionario adaptado de Respuesta Emocional a la Violencia (REV) en mujeres víctimas de violencia doméstica. Para esto se evaluó a 255 mujeres entre 18 y 62 años, de las cuales el 38% ha vivido violencia doméstica. El cuestionario REV explora síntomas Depresivos, Ansiosos, Desajuste Psicosocial y Humor Irritable. Los resultados indican que el REV es un instrumento fiable ($\alpha = .95$) y válido, presentando correlaciones positivas con diversas medidas convergentes y diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas entre mujeres maltratadas y no maltratadas, por lo que resulta un instrumento útil de ser de ser aplicado en Atención Primaria y Servicios de Urgencia, en aquellos casos en que se consulte por violencia doméstica.

PALABRAS CLAVE: Violencia doméstica, respuesta emocional, sintomatología clínica.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyse measures of reliability and validity of Adapted Emotional Response to Violence Questionnaire (REV, by its acronym in spanish) in women victims of domestic violence. With this aim, 255 women were evaluated between 18 and 62 years old, of which 38% have experienced domestic violence. The REV questionnaire explores depression, symptoms anxiety, irritable mood and psychosocial maladjustment. Results indicate that the REV is a reliable ($\alpha = .95$) and valid instrument, showing positive correlations with various measures convergent and significant differences in scores between abused woman and no abused woman. In conclusion, this instrument is a useful tool to be applied in primary care and emergency services in cases where domestic violence is consulted.

KEY WORDS: Domestic violence, emotional response, clinical , symptomatology.

Correo: ¹. pcontreras@ucn.cl, ². crepusculo20@yahoo.com, ³. marcitaramos@gmail.com, ⁴. katherine.jgr@gmail.com
Correspondencia: Debe ser dirigida a Paula Contreras, Universidad Católica del Norte, Escuela de Psicología, Antofagasta, Chile.

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica hacia la mujer es una problemática que ha sido ampliamente estudiada, entre otros factores, debido a las altas cifras de prevalencia que se tienen a nivel mundial, las cuales han ido en aumento en los últimos años, viéndose esto reflejado en los estudios realizados en diversos países (Amor, De Corral, Echeburúa, Sarasúa, y Zubizarreta, 2001; Corsi, 2004; Organización Mundial de la Salud [OMS], Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1998; Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa, Martín-García, 2004). Dentro de éstos, el informe de la OPS (2003) da cuenta de los resultados obtenidos de la aplicación de encuestas en 48 países del mundo, según las cuales las cifras de violencia irían desde un 10 a un 69% de mujeres que han señalado haber recibido maltrato físico por parte de su compañero íntimo alguna vez en su vida.

En Chile, el organismo que se ha encargado de estudiar dicha prevalencia ha sido el Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM], el cual en un primer estudio realizado en 1992 concluía que una de cada cuatro mujeres había experimentado violencia doméstica, mientras que en un estudio posterior, en el año 2001, las cifras llegaron a una de cada tres mujeres a nivel nacional, quedando de manifiesto además el aumento de denuncias que se han realizado a lo largo de los años (SERNAM, 2001).

Este considerable aumento de la violencia doméstica hacia la mujer ha generado un alto impacto no sólo a nivel social sino también en materia de salud pública, considerándose, ya desde 1998 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una prioridad internacional para los servicios de salud (OMS, 1998 citado en Buitrago, F., Fernández, M., Ciurana, R., Chocron, L., García, J., Herrero, S., et al. 2003), debiendo invertirse recursos para su atención y prevención en los servicios primarios; esto considerando las diversas consecuencias que acarrea esta problemática, como lo son los problemas físicos y psicológicos. Entre los principales problemas físicos se encontrarían algunas quejas somáticas poco definidas como la cefalea crónica, dolor abdominal, pélvico y muscular, fatiga crónica y cambios repentinos de peso (Ahumada, Aliaga y Marfull, 2003; Corsi, 2004). En relación a las consecuencias psicológicas en tanto, existen distintos estudios

que han llegado a resultados similares, donde los trastornos más comunes que estarían asociados a la violencia, serían: trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático (Ahumada, Aliaga, y Marfull, 2003; Alarcón, Bustos, Cortés, Muñoz y Vizcarra, 2001; Amor, De Corral, Echeburúa, Sarasúa y Zubizarreta, 2001; Barreto, González y Soler, 2005; Corsi, 2004).

Es así que debido a la alta prevalencia de la violencia intrafamiliar y a las consecuencias psicológicas que esto conlleva, el Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] establece como una de las prioridades del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el programa: "Trastornos de la Salud Mental asociados a la Violencia", (Ministerio de Salud [MINSAL], 2001). Esto además, considerando que por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 65 años, que consultan por alguna molestia física y psicológica en establecimientos de Atención Primaria, el 60% presentaría una situación de violencia en el hogar (OPS, 2003).

El programa "Trastornos de la Salud Mental asociados a la Violencia" contempla a nivel de Atención Primaria como parte de la consulta de Salud Mental, para mujeres afectadas por violencia doméstica, las siguientes actividades: Evaluación y diagnóstico psicosocial (evaluación de escalada de violencia y riesgo vital), psicoeducación (información y orientación), apoyo emocional, entrenamiento en resolución no violenta de conflictos, derivación a otras instancias de protección o apoyo, referencia a grupos de autoayuda, denuncia (si es pertinente). Aún cuando este plan es de naturaleza integral y psicosocial, carece de protocolos orientados a evaluar el impacto emocional global producto de la violencia doméstica, para todos aquellos casos de mujeres que llegan a los servicios de urgencia o Atención Primaria y que sufren de maltrato. De lo anterior, se puede inferir que en el Plan Nacional no hay énfasis en la evaluación de los trastornos que están asociados a la violencia. El contar con un instrumento que evalúe dicha sintomatología, sería de suma importancia para complementar lo que ya se realiza dentro de este Plan, como así también para una adecuada derivación y posterior tratamiento.

En la actualidad, existen instrumentos que miden esta sintomatología clínica. Entre los más

utilizados están el Cuestionario de 90 síntomas SCL-90, el cual evalúa 10 dimensiones sintomáticas, entre ellas: depresión, ansiedad y somatización; el Inventario de depresión de Beck, el cual mide intensidad de los síntomas depresivos; el Inventario de ansiedad estado-rasgo STAI, el cual mide dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo. Si se aplicara una batería de evaluación psicológica en Atención Primaria que incluyera estos instrumentos, se podría obtener una apreciación clínica suficiente para un adecuado diagnóstico; sin embargo, sería poco viable el que se pudiesen aplicar todos estos instrumentos en estos centros asistenciales, debido a la gran cantidad de población que se atiende en los centros de Atención Primaria, al poco tiempo que se tiene y al personal especializado que esto requeriría. Según lo expuesto, es que sería importante que en el primer encuentro entre la mujer y la asistencia pública se cuente con un instrumento que sea de fácil aplicación y que mida específicamente aquellos síntomas que según los antecedentes teóricos empíricos se asocian a la violencia.

En Chile, por parte del Ministerio de Salud [MINSAL] se han elaborado documentos que guían las intervenciones en violencia a nivel nacional, donde se cuenta con una Guía Clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, además de un Manual de Apoyo Técnico para las Intervenciones en Salud en Violencia Intrafamiliar (MINSAL, 1998), Manual para Atención Primaria en Intervención Psicosocial de grupo para el tratamiento de la violencia (MINSAL, 2004), cartillas educativas y una Guía Clínica para la Atención Primaria en violencia intrafamiliar (MINSAL, 2003). Esta última pretende detectar, diagnosticar y realizar un tratamiento adecuado con las mujeres que viven violencia doméstica, donde como parte del diagnóstico se considera un eje sintomático, evaluando depresión, trastorno de ansiedad y trastornos somatomorfos. Este proyecto se inició como plan piloto en el año 2003 en tres centros de salud de la Región Metropolitana y posteriormente en el año 2004 se instala en 30 comunas a nivel nacional, pretendiendo que para el 2006 se implementara en 60 comunas (MINSAL, 2004; SERNAM, 2006); una de las comunas en las cuales se aplicó el plan fue en la comuna de El Loa el año 2005, específicamente en la ciudad de Calama, sin

embargo éste no se aplicaría actualmente.

En dicho plan se contempla un eje sintomático, dentro del cual se miden los trastornos asociados a la violencia en cuestionarios separados, utilizando para ellos ciertos reactivos que pueden ser respondidos como presencia/ausencia de los trastornos que fueron señalados anteriormente. Cabe señalar además que si bien este plan contempla un eje de síntomas psicológicos, este a su vez forma parte de un diagnóstico más amplio, el cual contempla otros ejes, para lo cual se necesitarían al menos dos sesiones para que fuese aplicado en forma íntegra. Es por esto que sería poco probable que se realizara la evaluación diagnóstica de los trastornos asociados en un primer encuentro con la Atención Primaria o con las instituciones a las que acude la mujer que ha vivido violencia, ya que es un programa que requeriría de un tiempo prolongado para su aplicación, considerando que cuenta con seis ejes diagnósticos, donde el eje sintomático se ubica en cuarto lugar.

De acuerdo a lo anterior es que se puede señalar que lamentablemente, hoy en día en Chile no se cuenta con una herramienta de tamizaje, que pueda cuantificar en forma global, breve, específica y objetiva el daño psicológico ocasionado por la violencia doméstica, en un primer encuentro con la mujer afectada. El contar con esta herramienta facilitaría el que se pueda detectar en forma simple, precisa y temprana la presencia de sintomatología, lo cual podría repercutir en un tratamiento más temprano y eficaz (Gutiérrez, 2005).

Si bien en Chile no se utiliza este tipo de herramienta en el primer encuentro con la mujer que ha vivido violencia, se ha encontrado un estudio realizado en España donde, producto de la carencia de éste, se propuso "un instrumento que, de forma sencilla y breve, permitiera evaluar el malestar emocional de las mujeres que sufren violencia" (Barreto, González y Soler, 2005, p. 272). El resultado de este estudio fue la creación y validación del Cuestionario de Respuesta Emocional a la Violencia (REV), el cual evalúa específicamente los síntomas relacionados a ésta. De acuerdo a lo anterior es que el presente estudio tiene como objetivo adaptar y validar el Cuestionario de Respuesta Emocional a la violencia doméstica y sexual (REV), con el fin de proporcionar una

herramienta sencilla que permita diferenciar los distintos síntomas psicológicos asociados a la violencia, para que pueda ser utilizado en los centros de Atención Primaria o centros que abordan esta temática.

Tal como fue mencionado con anterioridad, uno de los conceptos principales en el presente estudio lo constituye la violencia doméstica, siendo esta un problema social de gran magnitud, lo cual en las últimas décadas ha generado una preocupación a nivel mundial, donde distintas organizaciones internacionales han comenzado a discutir y legislar respecto al tema. Es así como ya en 1980 se establece la Unidad de Salud de la Mujer perteneciente a la OMS, la cual buscaba promover y coordinar las actividades de salud y desarrollo de la mujer en todos los programas de esta organización, con el fin de que hubiese un mejoramiento de la salud y los derechos de la mujer (OMS/OPS, 1998); esto influyó en que distintos organismos comenzaran a preocuparse por temáticas que afectaban a la mujer, entre las cuales se encuentra la violencia doméstica. Es así como posteriormente la Organización de las Naciones Unidas en su Asamblea General de Noviembre de 1985, abordó el tema de la violencia como algo primordial. Luego, en 1992 en Managua se realiza el Primer Seminario Subregional sobre Violencia contra la Mujer, el cual fue organizado por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud, en la cual se acordó que el tema de la violencia contra la mujer era un problema de Salud Pública (OPS, 1991), lográndose así un gran avance en la materia.

A su vez, mediante la Convención Interamericana de la Mujer (1990) se logró comprender la violencia como una problemática que contemplaba tanto la agresión física, sexual como psicológica, constituyendo esto una violación a los Derechos Humanos. De este modo, ya en 1994 se realiza la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer por la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), organismo especializado de la Organización de Estados Americanos [OEA]. Mediante ésta se establecen una serie de acuerdos con los que se intenta impulsar a los cuerpos políticos internacionales a que brinden atención especial a esta temática y legislen al respecto, entendiéndose la violencia tanto como un acto

realizado en un espacio público como dentro de la esfera privada. Es así como 32 estados miembros de la OEA han adoptado y/o ratificado los acuerdos que forman parte de esta Convención Interamericana, donde en 1994 se adhirió Chile, lo cual posteriormente fue ratificado por el Congreso Nacional, el año 1998. Mediante este acuerdo se estableció un compromiso, en el cual el Estado tiene el deber de prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer, incluso si ésta fuese cometida por agentes en el ámbito privado.

De acuerdo a lo anterior es que puede señalarse que Chile no se encuentra exento de la preocupación mundial por la violencia doméstica como problemática a nivel público. Esta preocupación gubernamental surge ya en la década de los 90 con la creación del SERNAM el año 1991, siendo la violencia uno de los temas estratégicos del mismo. Luego, en 1994, ya se empieza a expandir la atención de la violencia intrafamiliar al Servicio de Salud, vinculándose además con otros servicios, los cuales constituían los puntos de llegada y de primera acogida de las personas afectadas. A partir de este momento el problema de la violencia intrafamiliar empieza realmente a ser tratado, abordado y estudiado como un tema de salud pública; esto constituyó un respaldo para que el país comenzara a iniciar planes relacionados con este tema. Es así como durante los años 1994 y 1995 se genera un mayor énfasis en la capacitación y sensibilización en los equipos de salud que estarían recibiendo a las personas afectadas por violencia; así, en la medida en que se comienza a entender la problemática como un tema de salud pública, es que el MINSAL llega a establecer la violencia intrafamiliar como una de las cinco prioridades en el quehacer de la Salud Mental a nivel nacional (MINSAL, 2001).

En el ámbito legal en tanto, en el año 1994 se promulga la Ley N° 19.325, la cual establece normas sobre procedimientos y sanciones a los actos de violencia intrafamiliar. Posteriormente se promulga la nueva ley N° 20.066 publicada el 7 de octubre de 2005, la cual sustituye a la anterior. En esta ley se establecen normas de procedimiento y sanciones relativas a los actos de violencia intrafamiliar, en donde se establece el deber de prevención y asistencia del Estado chileno, el cual debe adoptar políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar y

a prestar servicios a las víctimas, reforzándose además los mecanismos de protección a las víctimas y familia.

Es así como a partir de todo lo anterior, puede señalarse que la violencia doméstica constituye una problemática tanto a nivel social como de salud, ante lo cual se han realizado diversas acciones a nivel mundial y nacional. Cabe señalar además que la problemática de la violencia a lo largo de los años se ha definido de distintas formas, dependiendo tanto de la población a la que se alude como así también de la perspectiva con la cual se intenta concebir dicho concepto. De esta forma, en lo que respecta a la presente investigación, se abordará el concepto de violencia doméstica, entendido como “una de las formas de violencia de género: la que tiene lugar en el espacio doméstico (concepto que no alude exclusivamente al espacio físico de la casa o el hogar), entendiéndose por ‘espacio doméstico’ al delimitado por las interacciones en contextos privados. De este modo se asocia con una relación de noviazgo, una relación de pareja con o sin convivencia, o los vínculos con sus ex parejas” (Corsi, 2004, p. 18).

Frente a la violencia doméstica existen antecedentes teóricos y empíricos que demuestran que este tipo de maltrato generaría una respuesta emocional en las mujeres que la viven, entendiéndose ésta como la sintomatología clínica, siendo los trastornos más comunes la ansiedad, depresión y estrés postraumático (Ahumada, et al. 2003; Alarcón, et al. 2001; Amor, et al. 2001; Barreto, et al. 2004; Corsi, 2004). Esto tiene gran relevancia en el impacto a nivel de salud de las mujeres, considerando además que según la OPS (2003) a nivel mundial, la violencia doméstica es el factor de riesgo más importante, el cual conlleva que una mujer tenga mala salud en el futuro.

De este modo, en primera instancia se señala la Depresión como uno de los trastornos asociados a la violencia, la cual es uno de los problemas más comunes y más serios dentro de la Salud Mental hoy en día, constituyéndose como un grave problema de salud pública. La OPS (2003) entiende la depresión como un desorden mental común caracterizado por la tristeza, pérdida de interés en actividades y energía disminuida. Estos síntomas emocionales asociados a la violencia, podrían

acarrear como consecuencia un desajuste psicosocial en la mujer, entendido como aislamiento social, falta de interés o disminución de actividades agradables (Buitrago, F., Fernández, M., Ciurana, R., Chocron, L., García, J., Herrero, S., et al. 2003).

Otro de los trastornos que se asocian a la violencia lo constituye la Ansiedad, la cual puede definirse como un “trastorno de la afectividad que se presenta como un estado emocional desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos y que no es respuesta a una situación objetiva como el miedo, sino que es manifestación de un conflicto intrapsíquico. Los cambios fisiológicos consisten en taquicardias, sudoración, alteraciones vasomotoras, sensación de debilidad y otras somatizaciones. El compromiso psicológico es referido como un desagradable sentimiento de expectación temerosa frente a un peligro inminente e inevitable con aprensión, alerta y prolongada tensión” (Capponi, 2002, p. 126).

Es así, como a través de los antecedentes teóricos y empíricos expuestos, referentes tanto a la violencia doméstica como a la respuesta emocional que ésta conlleva, es que para el presente estudio de tipo exploratorio y de diseño no experimental, se establecen dos hipótesis, las cuales serán contrastadas. Éstas hipótesis son: 1) Habrá una correlación positiva entre las cuatro dimensiones del cuestionario REV con las distintas medidas de convergencia que se utilizarán para comprobar la validez; 2) Se encontrarán diferencias significativas entre el grupo de “mujeres maltratadas” psicológica y/o físicamente, con el de “mujeres no maltratadas” en las puntuaciones de la escala REV, siendo estas más altas para las mujeres del grupo que ha sufrido violencia doméstica. La confirmación de estas hipótesis servirá como indicación de validez de la escala REV.

MÉTODO

Muestra

La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico, la cual quedó compuesta por un total de 255 mujeres, 98 (38.43%) que habían sufrido de violencia doméstica (psicológica, física y/o sexual) y 157 (61.57%) que no habían sufrido violencia de ningún tipo. Esta muestra se obtuvo por medio de visitas a distintas

instituciones de la ciudad de Antofagasta, tales como institutos, universidades, colegios, jardines infantiles y liceos, en donde se solicitó autorización para que tanto las usuarias como el personal, contestaran la encuesta en forma voluntaria.

Como criterio de selección para la muestra se estableció que tuvieran una relación de pareja, esto basándose en la definición de violencia doméstica que se utiliza para efectos de este estudio (Corsi, 2004). En el caso de las mujeres maltratadas, la violencia ocurrió entre los meses de mayo y octubre del año 2007. Entre las mujeres no maltratadas, se seleccionó a quienes tengan o hayan tenido una relación de pareja durante el mismo periodo de tiempo. Las edades de las mujeres fluctúan entre 18 y los 62 años ($M = 35$; $DT = 10.10$). La edad promedio de la muestra de mujeres maltratadas es de 34 años y la de no maltratadas es de 36 años.

En la muestra de maltratadas el 44% son dueña de casa y un 48% tienen un trabajo remunerado. Sólo el 8% son estudiantes. Del total de mujeres que ha sufrido violencia el 48% se encuentran actualmente casadas y el 34% vive aún con el agresor. El 82% de estas mujeres tienen hijos que dependen de ellas. El 63% de las participantes señala haber sufrido maltrato psicológico, un 25% maltrato tanto de tipo psicológico como físico y un 12% maltrato psicológico, físico y sexual.

Instrumento

El instrumento quedó compuesto por tres bloques. El primero de ellos estuvo destinado a recabar información sociodemográfica y respecto a la presencia de violencia doméstica. Esta variable fue medida por medio de un ítem dentro del instrumento, en donde sólo se preguntó respecto a la ausencia o presencia de violencia y de qué tipo. Se consideraron tres tipos de violencia: psicológica, entendida como insultos, humillaciones y amenazas; física, entendida como golpes, patadas, empujones, cachetadas; sexual, entendida como ser forzada a tener relaciones sexuales y ser descalificada en su sexualidad.

El segundo bloque contempló la aplicación del *Cuestionario de Respuesta Emocional a la Violencia (REV)* (Soler, Barreto y González,

2005), el cual fue creado y validado en España. La encuesta es heteroaplicada y se compone de 22 ítems en formato Likert, los cuales toman valores que van desde 0 ("Nada") hasta 3 ("Mucho"). Este instrumento incluye cuatro dimensiones principales que exploran síntomas depresivos (ítems del 1 al 7), ansiosos (ítems del 8 al 14), desajuste psicosocial (ítems del 15 al 18) y humor irritable (ítems del 19 al 22). A su vez, podría obtenerse información respecto a sintomatología propia del trastorno de estrés postraumático, mediante los siguientes reactivos: de la escala de depresión, en los ítems 1, 5 y 7 (sentimiento de culpabilidad, sentimiento de inutilidad y desesperanza hacia el futuro); de la escala de ansiedad, en los ítems del 8 al 14 (sensación de ahogo, de sofoco, sudoración, presión en el pecho, nudo en la garganta, mareos y tensión muscular); de la escala de ajuste psicosocial, en el ítem 17 (falta de interés en actividades agradables) y de la escala de humor irritable, en los ítems 20 y 21 (irritabilidad y enojo). No obstante, estos índices no recogen los criterios característicos del trastorno, por lo que sólo puede dar un indicio de la sintomatología propia del estrés postraumático. Finalmente, cabe señalar que en el cuestionario original, cada una de las dimensiones fue fiable, asegurando una consistencia interna a través de los valores de Alpha de Cronbach, por encima de .70 para cada una de éstas.

Finalmente, en el tercer bloque se incorporaron medidas adicionales convergentes con las dimensiones del cuestionario REV, las cuales sirvieron como indicaciones de validez para éste. Estas medidas fueron:

Cuestionario de Listado de Síntomas Revisado SCL-90 (González y Cols, 1988). Para efectos de este estudio se utilizaron cinco dimensiones de esta escala: Somatización, Depresión, Ansiedad, Ira-Hostilidad y Escala Adicional. Estas cinco dimensiones constan de 48 ítems en formato Likert, los cuales toman valores entre 0 ("Nada") y 4 ("Muchísimo"). Los índices de confiabilidad para la escala de Somatización fueron de .92 (coeficiente Alpha de Cronbach), de .94 para la de depresión y ansiedad, de .92 en Ira-Hostilidad y, finalmente, de .86 para la Escala Adicional de síntomas misceláneos.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970). Este

inventario consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad como rasgo y de otros 20 vinculados con la ansiedad como estado, en formato Likert. En la primera escala de Ansiedad-Estado las puntuaciones van de entre 0 ("Nunca") y 4 ("Muchísimo") y en la escala Ansiedad-Rasgo los valores oscilan entre 0 ("Casi nunca") y 4 ("Siempre"). En esta investigación en la escala Ansiedad-Estado se obtuvo un índice que confiabilidad de .95 (coeficiente Alpha de Cronbach) y para la escala de Ansiedad-Rasgo de .90.

Cuestionario de Depresión de Beck (Beck, Rush, Shau y Emery, 1979). Este instrumento está compuesto por 21 ítems que miden la intensidad de los síntomas depresivos. El rango de puntuaciones originales oscila entre 0 y 63 puntos, pero para efectos de este estudio hemos transformado sus reactivos a un formato de escala Likert cuyas puntuaciones oscilan entre 0 (ausencia del síntoma) y 4 (presencia constante del síntoma). El coeficiente de fiabilidad para la escala en este estudio fue de .91 (coeficiente Alpha de Cronbach).

Procedimiento

Como primer paso se aplicó el instrumento a una muestra piloto, conformada por 15 mujeres provenientes de distintas instituciones. A partir de la revisión de las encuestas y de la retroalimentación recibida, se realizaron algunos cambios al instrumento, con el fin de mejorar la comprensión del mismo. Para la aplicación propiamente tal, en un comienzo se contaba con una base de datos proporcionada por la Intendencia Regional, la cual tenía una muestra de 300 mujeres que habían acudido por atención médica de urgencia al Hospital Regional de Antofagasta, debido a violencia física producida en el ámbito doméstico; de esta base de datos, 72 casos cumplían con los criterios de inclusión. Estas mujeres fueron citadas por medio de cartas y visitas domiciliarias con el fin de que pudieran contestar el instrumento, no obstante ninguna se presentó en la fecha y hora indicadas. Es por esto que se procedió a ampliar la búsqueda de la muestra, por medio de visitas a distintas instituciones de la ciudad de Antofagasta, tales como institutos, colegios, consultorios, jardines infantiles y liceos. Al realizar el primer contacto y posterior autorización, se dejaba una cantidad de encuestas, las cuales eran entregadas a las

usuarias de dichas instituciones. En total fueron 418 encuestas distribuidas, de las cuales fueron recuperadas 322. Éstas fueron revisadas para incluir dentro de la muestra sólo aquellas que cumplieran con los requisitos de tener una relación de pareja y que sus edades fluctuarán entre 18 y 62 años. De este modo la muestra total quedó constituida por 255 mujeres.

Otro de los procedimientos llevados a cabo fue la adaptación de la escala original, donde uno de los cambios realizados fue modificar todos los enunciados del cuestionario para que pudiese ser autoaplicado, pasando de ser un enunciado de síntomas a oraciones que hacían mención a los mismos; además, cada reactivo fue planteado en primera persona y en femenino. Otros de los cambios realizados para efectos de la adaptación fue agregar una alternativa a la Escala Likert, quedando compuesta por cinco opciones; esto se hizo con el fin de compararlas con las escalas convergentes, para que todas tuvieran el mismo número de alternativas, donde el REV quedó con valores que van desde 0 hasta 4, (0=Nunca, 1=Algo, 2=Bastante, 3=Mucho y 4= Muchísimo). Finalmente, cabe señalar que para efectos de este estudio, se decidió validar la escala sólo en casos de violencia doméstica, dejando de lado los casos de violencia sexual fuera del contexto de la pareja.

Luego de las adaptaciones que se realizaron al instrumento y de la aplicación del mismo a la muestra, se procedió a recoger la información y comenzar el proceso de análisis de los datos; para esto se utilizó el programa informático SPSS 11.5 (Pardo y Ruiz, 2002).

RESULTADOS

Fiabilidad

El nivel de fiabilidad obtenido por medio del Alfa de Cronbach para los 22 ítems iniciales del cuestionario de respuestas emocionales a la violencia fue de .95. La confiabilidad para la dimensión "Depresión" fue de .88, para dimensión "Ansiedad" fue de .90, para la de "Desajuste Psicosocial" fue de .86 y para la de "Humor Irritable" fue de .92. Todos los ítems obtuvieron correlaciones con el total superiores a .47.

Análisis Factorial

Se realizó análisis factorial exploratorio a los 22 reactivos del mismo. Para esto se utilizó un procedimiento de Extracción de componentes principales con Rotación VARIMAX.

Los resultados obtenidos revelan una estructura constituida por cuatro componentes principales que explican el 69.32% de la varianza (tabla 1). Los índices de adecuación de la muestra señalan un buen ajuste de los datos (Test de esfericidad de Bartlett: $p = .00$ y $KMO = .94$).

El factor 1 explica el 21.31% de la varianza, y contiene los ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14. Este componente correspondería a la dimensión "Ansiedad" y hace alusión a síntomas físicos que se asocian a la angustia, estrés y temor, tales como la sensación de ahogo, sensación de sofoco, sudar más de lo normal, sentir una presión en el pecho, nudo en la garganta, mareos y sentir los músculos rígidos.

El factor 2, que explica el 20.29% de la varianza, incluye los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7. Este componente correspondería a la dimensión "Depresión". Estos ítems señalan las sensaciones que se asocian a la tristeza y al pesimismo, como culparse, sentirse insegura, sentirse un fracaso, tener baja autoestima, sentir que no sirve para nada, sentirse confundida y no tener esperanzas en el futuro.

El factor 3, que explica el 13.89% de la varianza, incorpora los ítems 15, 16, 17 y 18. Este componente correspondería a la dimensión "Ajuste Psicosocial", la cual se asocia a necesidad de aislarse y a la falta de energía, lo cual implica disminuir las actividades agradables, la participación en actividades sociales y las actividades en el hogar, así como perder el interés en realizar actividades que antes resultaban agradables

El factor 4 explica el 13.84% de la varianza y queda compuesto por los ítems 19, 20, 21 y 22. Este componente correspondería a la dimensión "Humor Irritable" y hace alusión a las emociones de ira, irritabilidad, enojo y cambios de humor.

TABLA 1.
Matriz de componentes rotados(a)

	Componente			
	1	2	3	4
REV 1		,622		
REV 2		,589		
REV 3		,771		
REV 4		,732		
REV 5		,809		
REV 6		,649		
REV 7		,625		
REV 8	,714			
REV 9	,769			
REV 10	,637			
REV 11	,725			
REV 12	,641			
REV 13	,782			
REV 14	,634			
REV 15			,805	
REV 16			,856	
REV 17			,669	
REV 18			,489	
REV 19				,592
REV 20				,718
REV 21				,830
REV 22				,760

Este modelo de cuatro factores fue testeado por medio de un análisis factorial de tipo confirmatorio, utilizando como dimensiones latentes aquellos factores definidos por la propia teoría (Barreto, González y Soler, 2005). En general, se puede apreciar que el ajuste de este modelo es adecuado (ver tabla 2), si bien los valores obtenidos para Chi-Cuadrado indican que el modelo no se ajusta de forma perfecta, se debe recordar que éste es un índice muy

sensible al tamaño de la muestra. En este sentido, los índices CFI (*Comparative Fix Index*), NFI (*Normal Fit Index*) y RFI (*Relative Fix Index*) muestran valores por encima de .90 y que son considerados como muy buenos (Bentler y Dudgeon, 1996). Este adecuado ajuste se aprecia también al analizar el índice RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) que es significativo con valores inferiores a .08 (Browne y Kudeck, 1993).

TABLA 2.
Análisis Factorial Confirmatorio

Estructura	X ²	CFI	NFI	RFI	RMSEA
Cuatro factores	511.17*	.95	.92	.90	.077

* $p < .01$

Indicaciones de Validez

Otro de los procedimientos utilizados para la validación, fue el análisis de correlaciones entre las cuatro dimensiones del cuestionario REV (ansiedad, depresión, humor irritable y ajuste psicosocial) y las distintas medidas de convergencia mencionadas con anterioridad.

La primera hipótesis planteada para la presente investigación fue que habría una correlación positiva entre las cuatro dimensiones del REV, con las distintas medidas de convergencia. De lo anterior se obtuvo primeramente que la correlación entre la dimensión "Depresión" del REV y la escala "Depresión" del SCL-90 es de .77 ($p < .01$). Esta dimensión del REV correlacionó también de forma positiva y significativa con el cuestionario Beck ($r_{(249)} = .73, p < .01$).

La dimensión "Ansiedad" del REV obtuvo una correlación de .80 con la escala de "Ansiedad" del SCL-90 ($p < .01$). Adicionalmente, la correlación con la escala de "Ansiedad-Estado" del STAI fue de .63 ($p < .01$) y de .61 con la escala "Ansiedad-Rasgo" del mismo instrumento de ($p < .01$). La dimensión de "Desajuste Psicosocial" del REV correlacionó .60 ($p < .01$) con 4 ítems de SCL-90 que apuntan al desajuste social. La dimensión de "Humor Irritable" correlacionó en .77 ($p < .01$) con la escala "Ira-Hostilidad" del SCL-90.

Además, se realizó una correlación entre las medias de las cuatro dimensiones del REV con la escala "Somatización" y la "Escala adicional" del SCL-90, lo cual arrojó que hay una correlación positiva de .84 entre la dimensión Ansiedad del REV con la escala de Somatización y la escala adicional ($r_{(254)} = .75, p < .01$).

De acuerdo a lo anteriormente indicado, puede señalarse que todas las correlaciones obtenidas son significativas ($p < .01$), lo que indica que las cuatro dimensiones del REV estarían midiendo la sintomatología que se desea medir.

Una segunda hipótesis indica que se encontrarían diferencias significativas entre el grupo de "mujeres maltratadas" y el de "mujeres no maltratadas" en las puntuaciones de la escala REV, siendo éstas más altas para las mujeres del grupo que ha sufrido violencia doméstica. Para comprobar dicha hipótesis se dividió la muestra en dos grupos, siendo éstos las mujeres que viven violencia, tanto física, psicológica como sexual y el grupo de mujeres que no han tenido ningún tipo de violencia. Se utilizó pruebas T para el contraste de medias para muestras independientes entre ambos grupos, para cada una de las dimensiones, así como en los resultados del REV total.

Los resultados obtenidos a nivel global del REV, indican la existencia de diferencias significativas ($t_{(253)} = 11.99, p < .00$) entre el

grupo de mujeres maltratadas ($M = 1.47$; $DT = .91$) y el de mujeres no maltratadas ($M = .49$; $DT = .37$), reportando el primer grupo significativamente más síntomas emocionales asociados a la violencia.

Por otro lado en la dimensión que evalúa síntomas de “Depresión” del REV los resultados indican que hay diferencias significativas ($t_{(252)} = 11.09$, $p < .00$) entre el grupo de mujeres maltratadas ($M = 1.32$; $DT = .97$) y el de mujeres no maltratadas ($M = .35$; $DT = .41$), lo que indica que las primeras presentan más síntomas depresivos.

En tanto en la dimensión “Ansiedad” del REV el contraste de medias entre las mujeres maltratadas ($M = 1.47$; $DT = .91$) y mujeres no maltratadas ($M = .49$; $DT = .37$) indican que existen diferencias significativas ($t_{(253)} = 7.74$, $p < .00$), lo cual indica que las mujeres maltratadas presentan mayores síntomas asociados a la ansiedad.

Los resultados obtenidos en la dimensión “Ajuste Psicosocial” del REV, indican que hay diferencias significativas ($t_{(253)} = 8.19$, $p < .00$) entre el primer ($M = 1.48$; $DT = 1.17$) y el segundo grupo de mujeres ($M = .56$; $DT = .61$), señalando que en el primer grupo presentan mayor problema en el ajuste psicosocial.

Por último, en la dimensión “Humor Irritable” del REV los resultados también indican la existencia de diferencia significativas ($t_{(253)} = 11.15$, $p < .00$) entre las mujeres maltratadas ($M = 2.18$; $DT = 1.18$) y las mujeres no maltratadas ($M = .79$; $DT = .80$), indicando que el primer grupo presenta mayor irritabilidad que el segundo.

De acuerdo a lo anterior, pudo comprobarse la hipótesis de que existen diferencias significativas entre el grupo de “mujeres maltratadas” y el de “mujeres no maltratadas” en las puntuaciones de la escala REV, siendo éstas más altas para las mujeres del grupo que han vivido violencia doméstica

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el proceso de adaptación y validación del Cuestionario de Respuesta Emocional a la Violencia doméstica y sexual (REV) son satisfactorios. El instrumento es fiable para medir las características

asociadas al maltrato. Así lo indican los coeficientes de confiabilidad obtenidos en la muestra para la prueba total y para cada una de las cuatro dimensiones que la componen.

La estructura factorial obtenida señaló 4 factores principales, los cuales serían concordantes con las 4 dimensiones que componen el REV. Cada uno de los 22 ítems se mantuvo en la dimensión que suponía el cuestionario original (Barreto, González y Soler, 2005), por lo que se concluye que cada ítem evalúa lo que se desea. Por otra parte se pudo comprobar la validez, encontrándose correlaciones significativas y positivas entre las dimensiones y las distintas escalas convergentes que se utilizaron, lo que indica que cada dimensión logra medir satisfactoriamente dicho síntoma.

Las pruebas realizadas señalan diferencias entre la sintomatología de ambas muestras (mujeres maltratadas y mujeres no maltratadas), lo que implica que el cuestionario REV estaría midiendo la sintomatología clínica que, según los planteamientos teóricos, se asocia a la violencia doméstica (Ahumada, et al, 2003; Alarcón, et al, 2001; Amor, et al, 2001; Barreto, et al, 2004; Corsi, 2004). Lo anterior estaría dando cuenta de que las mujeres que han vivido violencia doméstica efectivamente presentarían mayores síntomas de ansiedad, depresión, humor irritable y desajuste social, en comparación a aquellas mujeres que no han vivido violencia doméstica de ningún tipo.

Respecto a la utilidad del cuestionario REV, puede señalarse que si bien en la actualidad se cuenta con distintos instrumentos que miden sintomatología asociada a la violencia, la mayoría de ellos se abocan a medir un solo síntoma, en forma independiente. También existen algunos instrumentos que miden sintomatología en forma conjunta, sin embargo la mayoría de estos son extensos y no están dirigidos a medir específicamente aquellos síntomas relacionados con la violencia doméstica. A partir de esto surge la importancia de contar con un instrumento que pueda medir en forma integral y específica la sintomatología asociada a este tipo de maltrato. Es así que el cuestionario REV cumple con dicha característica, siendo además una herramienta que requiere poco tiempo de aplicación, es poco invasiva y posee un lenguaje comprensivo,

pudiendo ser aplicado por distintos profesionales de la salud en Atención Primaria, como así también por otras instituciones que aborden este tipo de temática.

La utilización del cuestionario REV en las distintas instancias, serviría como complemento a lo que actualmente se realiza, donde la evaluación se orienta a obtener información respecto a la violencia propiamente tal. A partir de esto, al pesquisar la presencia de violencia se podría aplicar este instrumento, el cual otorgaría información sobre la respuesta emocional en las mujeres. Esto permitiría realizar una evaluación más completa y objetiva, abordando de mejor manera la problemática. Por otro lado podría permitir derivar a las mujeres a otras instancias, independiente del tipo de maltrato que reporten, sino que considerando además la sintomatología presente.

Por otro lado, en caso que el instrumento sea aplicado por un profesional de la salud mental, podría contribuir a una aproximación en el diagnóstico diferencial, sirviendo esto para profundizar en aquellos síntomas predominantes, tanto por medio de la entrevista dirigida, como a través de la aplicación de instrumentos específicos que midan dicha sintomatología.

Como una de las limitaciones del presente estudio, cabe señalar que se recabó información sociodemográfica, la cual pudo ser utilizada para realizar un análisis respecto a dichas variables en relación a la sintomatología asociada a la violencia; no obstante, finalmente esta información sólo se utilizó para describir la muestra. Para objeto de futuros estudios, sería relevante considerar dicha información para realizar estos análisis. En ese sentido, se podría utilizar el cuestionario REV como instrumento para medir la sintomatología presente, ya que al ser un instrumento ya validado, quizá no sea imprescindible utilizar nuevamente escalas adicionales que midan cada síntoma; esto permitiría profundizar en la información sociodemográfica, controlando variables respecto a la sintomatología presente en relación al tipo de violencia o a distintas características de la muestra.

Otra limitación fue que la escala original fue creada para medir síntomas asociados tanto a

la violencia doméstica como a la violencia sexual, en donde esta última en el estudio original abarcaba este tipo de maltrato tanto dentro como fuera de una relación de pareja. Para la validación de la escala para este tipo de maltrato, hubiese sido necesario contar con una muestra significativa de mujeres que hayan vivido este tipo de episodios, sin embargo el presente estudio estuvo dirigido a medir en forma específica la violencia doméstica, no así la sexual, ya que no fue contemplada en la encuesta en forma independiente. Es por esto que sería importante para un estudio posterior, considerar la validación de la escala también en una muestra que haya sufrido violencia sexual.

Finalmente, se pueden dejar planteadas otras sugerencias para futuras investigaciones, como por ejemplo considerar la inclusión de nuevos reactivos que midan otra de las respuestas emocionales que, según la teoría, también se asocia a la violencia doméstica, como lo es el estrés postraumático (Amor, et al. 2001); la inclusión de reactivos que midan específicamente sintomatología propia de dicho trastorno, aportaría a que la herramienta fuese aún más completa. Por otro lado, considerando el aumento que han tenido en el último tiempo las denuncias de hombres maltratados por sus parejas, es que sería relevante considerar en estudios posteriores a la población masculina, con el fin de medir la sintomatología presente en ellos producto de la violencia. Además, se podría considerar la validación del presente instrumento con una población que esté viviendo violencia distinta a la doméstica, como la escolar, laboral, hacia adultos mayores o la violencia entre padres e hijos.

REFERENCIAS

- Ahumada, S., Aliaga, P. y Marfull, M. (2003). Violencia a la mujer: Un problema de todos [Versión electrónica]. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68 (1), 75-78.
- Alarcón, M., Bustos, L., Cortés, J., Muñoz, M. y Vizcarra, M. (2001). Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados [Versión electrónica]. *Revista médica de Chile*, 129 (12).
- Amor, P., De Corral, P., Echeburúa, E., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (2001). Repercusiones psicopatológicas de la

- violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato [Versión electrónica]. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (2), 227-246.
- Barreto, P., González, R. y Soler, E. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17 (2), 267-274. Extraído el 20 Abril, 2007, de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=3098>
- Blanco, P., García de Vinuesa, L., Martín-García, M. y Ruiz-Jarabo, C. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18, 182-188.
- Bentler, P. y Dudgeon, P. (1996). Covariance Structure Analysis: Statistical Practice, Theory and Directions. *Annual Review of Psychology*, 47, 563-592.
- Browne, M. y Kudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. Bollen y J. Long (Eds.). *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Buitrago, F., Fernández, M., Ciurana, R., Chocron, L., García, J., Herrero, S., et al. (2003). *Violencia Doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Extraído el 12 de Junio, 2007.
- Capponi, R. (2002). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago. Universitaria.
- Chile, Ministerio de Salud. (1998). *Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar*. Santiago: Domínguez, R., Narváez, P. Extraído el 20 Agosto, 2007, de <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/vif.pdf>
- Chile, Ministerio de Salud. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría para Violencia Intrafamiliar*. Santiago: Equipo Técnico y Profesional de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud. Extraído el 19 Mayo, 2007, de http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/VIF.pdf
- Chile, Ministerio de Salud. (2003). *Resultados Primera Encuesta de Salud, Chile 2003*. Santiago: Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud. Extraído el 19 Agosto, 2007, de <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>
- Chile, Ministerio de Salud. (2006). *Guía clínica: Tratamiento de Personas con Depresión*. Santiago: Chapman, E., Illanes, E. Extraído el 20 Agosto, 2007, de http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/GuiaClinicaGESDepresion.pdf
- Corsi, J. (Comp.). (2004). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Buenos Aires. Paidós.
- Ferrer, M., Gutiérrez, C., Larraín, S. y Urzúa, R. (2003). Detección y Análisis de prevalencia de violencia intrafamiliar. Región de Antofagasta. En C. Díaz (Comp.), *Estudios realizados por el Servicio Nacional de la Mujeres entre los años 1992 – 2003* (pp. 133,134). Santiago: SERNAM. Extraído el 19 Mayo, 2007, de http://www.sernam.cl/opencms/export/sites/default/sernam/departamentos/departamentosDescarga/DOCUMENTO_DE_TRABAJO_87.pdf
- González, J. (1988). *Manual de los 90 síntomas. SCL-90. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones (Orig. 1972).
- Gorsuch, R., Lushene, R. y Spielberger, C. (2002). *Manual STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones (Orig. 1970).
- Gutiérrez, C. (2005). *Estudio de la violencia doméstica en mujeres con depresión y trastornos de ansiedad*. Tesis para optar al grado de licenciado en Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- López-Ibor, J (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IV- TR*. Masson.
- Matud, M. (2005). The Psychological Impact of Domestic Violence on Spanish Women. *Journal of Applied Social Psychology*, 35 (11), 2310-2322.
- Organización de Estados Americanos. (1994). *Historia de la Comisión Interamericana de Mujeres. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. Extraído el 12 Julio, 2007, de <http://www.oas.org/CIM/spanish/Historia8.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Extraído el 17 Mayo, 2007, de http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
- Organización Panamericana de la Salud.

- (2004). *Perfil de Salud de mujeres y hombres en Chile*. Proyecto género, equidad y reforma de la salud. Chile, 5. 75-91.
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11.5. Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill.
- Vilches, O. (2000). *Violencia en la cultura: Riesgos y estrategias de intervención*. Santiago. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.