

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
EN CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON ANSIEDAD EN MUJERES CON
VIOLENCIA, HOSPITAL MATERNO PERINATAL MÓNICA PRETELINI, 2019”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA:
Q.F.B. KAREN ADRIANA AVILA ARZATE**

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. EN C. ED. MARGARITA MARINA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ**

**CODIRECTOR DE TESIS:
DR. EN C. ALBERTO ERNESTO HARDY PÉREZ**

**REVISORES DE TESIS:
PH.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E.S.P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO
M EN C.E.F. JAVIER CONTRERAS DUARTE
DRA. EN C.A. Y R.N. IMELDA GARCIA ARGUETA**

**“RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON ANSIEDAD EN MUJERES CON
VIOLENCIA, HOSPITAL MATERNO PERINATAL MÓNICA PRETELINI, 2019”**

ÍNDICE

CAP.	PÁG.
PRÓLOGO	
RESUMEN	
SUMMARY	
AGRADECIMIENTOS	
I. MARCO TEÓRICO	1
I.1. Resiliencia	1
I.1.1. Concepto	1
I.1.2. Modelos de desarrollo y fortalecimiento	7
I.1.3. Medición de la resiliencia	10
I.1.4. Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)	13
I.2. Ansiedad	15
I.2.1. Concepto	15
I.2.2. Trastornos de ansiedad	17
I.2.3. Epidemiología	18
I.3. Resiliencia en mujeres víctimas de violencia	19
I.3.1. Violencia contra la mujer	19
I.3.1.1. Concepto	20
I.3.1.2. Tipos de violencia	20
I.3.1.3. Epidemiología	21
I.3.1.4. Problemática social y cultural	23
I.3.1.5. Prevención y respuesta	24
I.3.2. Resiliencia en mujeres víctimas de violencia	27
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
II.1. Argumentación	28
II.2. Pregunta de investigación	28
III. JUSTIFICACIONES	29
III.1. Académica	29
III.2. Científica	29
III.3. Social	29
III.4. Epidemiológica	29
IV. HIPÓTESIS	31
IV.1. Hipótesis alterna	31
IV.2. Hipótesis nula	31
V. OBJETIVOS	32
V.1. Objetivo general	32
V.2. Objetivos específicos	32
VI. MÉTODO	33
VI.1. Tipo de estudio	33
VI.2. Diseño de estudio	33
VI.3. Operacionalización de variables	33
VI.4. Universo de trabajo	36
VI.4.1. Criterios de inclusión	36
VI.4.2. Criterios de exclusión	36
VI.4.3. Criterios de eliminación	36

VI.5. Instrumentos de investigación	36
VI.5.1. Descripción	37
VI.5.2. Validación	37
VI.5.3. Aplicación	37
VI.6. Límite de tiempo y espacio	38
VI.7. Método	38
VI.8. Diseño estadístico	38
VII. ORGANIZACIÓN	39
VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS	40
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
X. CUADROS Y GRÁFICOS	46
XI. CONCLUSIONES	82
XII. RECOMENDACIONES	84
XIII. BIBLIOGRAFÍA	86
XIV. ANEXOS	91
XIV.1. Instrumento de investigación	91
XIV.2. Carta de consentimiento informado para menores de edad	94
XIV.3. Carta de consentimiento informado	96

PRÓLOGO

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública, así como una violación a los derechos humanos de las víctimas y como consecuencia se pueden desarrollar trastornos de ansiedad.

Este tipo de violencia deriva de una estructura sociocultural en el que la mujer se encuentra vulnerable y en desventaja respecto a la asignación de roles diferenciados por razones de sexo, es decir, debido a los estereotipos de género, se expresa en múltiples formas, entre ellas, la violencia física, sexual y psicológica contra las mujeres, ya sea en el ambiente familiar o fuera del mismo, está asentada en la inequidad de género y afecta a todos los grupos de la población independientemente de sus características sociales, económicas, religiosas, educativas o étnicas.

La ansiedad es una sensación normal en determinadas situaciones estresantes, incluso necesaria para enfrentar las exigencias cotidianas, sin embargo, cuando la ansiedad sobrepasa la intensidad o la capacidad adaptativa del individuo, se convierte en un estado patológico que dificulta la funcionalidad de la persona y limita su autonomía. Estos trastornos afectan los planos físico, psicológico y conductual, y se han asociado con accidentes, alteraciones del rendimiento y adopción de conductas desadaptadas como el consumo de alcohol, abuso de tranquilizantes, fumar y desarreglos alimenticios.

Ante este panorama surge la necesidad de estudiar la resiliencia en las víctimas, la cual se hace presente en el individuo cuando se encuentra ante eventos adversos, y su finalidad es la superación del evento sin que tenga efectos negativos en su vida, como lo son los trastornos de ansiedad; puede definirse como un rasgo individual, un proceso o como el resultado de comportamientos.

Particularmente, la Escala de Resiliencia Mexicana considera cinco dimensiones, en las cuales se agrupan características de niveles individual, familiar y social. A nivel individual, existen conductas y habilidades que actúan como herramientas para afrontar situaciones difíciles. Por otra parte, se considera que la familia es el mayor soporte pues brinda

seguridad y apoyo durante el crecimiento, además de otras redes de apoyo necesarias como las representadas por los amigos, escuela, trabajo y demás vínculos sociales que crea el individuo en su vida.

La capacidad resiliente de las mujeres, condicionada por el fortalecimiento de sus dimensiones, constituye una herramienta útil para detectar, resistir y superar situaciones de violencia, permitiéndoles continuar su vida y desarrollo pleno. Así mismo, el conocimiento de las dimensiones de resiliencia no fortalecidas, son puntos de oportunidad en los que se pueden implementar acciones a fin de brindar opciones de fortalecimiento a las víctimas.

En la presente investigación se analizó la asociación estadística entre las dimensiones de la resiliencia y la ansiedad en mujeres víctimas de violencia. En el contenido pueden encontrarse las generalidades y definiciones de las variables, la explicación del problema de violencia contra la mujer, el planteamiento metodológico de la investigación, los resultados, las conclusiones y las recomendaciones que tiene la finalidad de generar estrategias para el fortalecimiento de las dimensiones de la resiliencia.

ATENTAMENTE:

Q.F.B. Karen Adriana Avila Arzate

RESUMEN

“RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON ANSIEDAD EN MUJERES CON VIOLENCIA, HOSPITAL MATERNO PERINATAL MÓNICA PRETELINI, 2019”

Q.F.B. Karen Adriana Avila Arzate, Dra. Margarita Marina Hernández González, Dr. Alberto Ernesto Hardy Pérez

Objetivo. Analizar la dimensión de la resiliencia mayormente afectada, el grado de ansiedad predominante y la asociación estadística entre ambas variables en mujeres víctimas de violencia que acuden al módulo de Provida del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, durante 2019.

Material y método. El estudio que se desarrolló fue de tipo transversal, analítico, observacional y prospectivo, en el cual se utilizaron como instrumentos, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Resiliencia Mexicana.

Resultados. Se entrevistaron a 54 participantes con edad media de 20.2 ± 8.3 años, en las cuales se encontró que, la dimensión de la resiliencia más afectada es competencia social, mientras que el nivel de ansiedad más frecuente, es bajo. Aplicando χ^2 se encontró que existe asociación estadística entre los trastornos de ansiedad y las dimensiones de la resiliencia: competencia social, estructura y, fortaleza y confianza en sí mismo.

Conclusiones. Aquellas dimensiones que involucran factores internos presentaron asociación con ansiedad, situación que sugiere que el fortalecimiento de estas evita el desarrollo de trastornos de ansiedad, cuando una mujer se enfrenta a situaciones de violencia.

Palabras clave: dimensiones de la resiliencia, ansiedad, violencia.

SUMMARY

“RESILIENCE AND ITS ASSOCIATION WITH ANXIETY IN WOMEN WITH VIOLENCE, MATERNAL PERINATAL HOSPITAL. MÓNICA PRETELINI, 2019”

Q.F.B. Karen Adriana Avila Arzate, Dra. Margarita Marina Hernández González, Dr. Alberto Ernesto Hardy Pérez

Objective. To analyze the dimension of resilience most affected, the degree of predominant anxiety and the statistical association between both variables in women victims of violence who attended for Provida module of the Maternal Perinatal Hospital, Mónica Pretelini Sáenz, during 2019.

Material and method. The type of study that was developed was cross-sectional, analytical, observational and prospective, in which the Beck Anxiety Inventory and the Mexican Resilience Scale were used as instruments.

Results. 54 participants with a mean age of 20.2 ± 8.3 years were interviewed, in which it was found that the dimension of resilience most affected is social competence, while the most frequent level of anxiety is low. Applying χ^2 , it was found that there is a statistical association between anxiety disorders and the dimensions of resilience: social competence, structure and, strength and self-confidence.

Conclusions. Those dimensions that involve internal factors were associated with anxiety, a situation that suggests that strengthening these prevents the development of anxiety disorders when a woman faces situations of violence.

Keywords: dimensions of resilience, anxiety, violence.

I. MARCO TEÓRICO.

I.1. Resiliencia

La resiliencia es calificada como capacidades, comportamientos, factores y como un proceso de los individuos para superar y salir adelante de situaciones adversas; en la presente investigación se ocupará como variable independiente y para una mayor comprensión, a continuación, se contextualizará sobre ella.

I.1.1. Concepto

La palabra resiliencia proviene de “resilience”, palabra inglesa cuyo significado es “recuperarse o saltar hacia atrás”, que a su vez proviene del vocablo latín “resilio”. Inicialmente el concepto fue utilizado en ciencias físicas, donde aplica para todo aquello que tiene la habilidad de recuperar su forma, posición, etcétera, así como a la resistencia de un cuerpo a la rotura tras un golpe; posteriormente, el concepto se adaptó a las ciencias sociales. (1)

La real academia española la define como:

1. Capacidad de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos.
2. Capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido. (2)

Desde los años cincuenta, algunos investigadores comenzaron a centrar su atención en la manera en que personas jóvenes y adultas lograron sobrevivir y tener un desarrollo pleno posterior a vivir situaciones extremas de adversidad, como las guerras, maltrato y pobreza. (3)

Fue en 1978 cuando Michael Rutter integró el concepto al ámbito psicológico al realizar observaciones sobre investigaciones acerca de la diversidad de respuestas de niños expuestos a diferentes situaciones adversas. (4)

Uno de los estudios más importantes en la construcción del concepto es el desarrollado en 1982 por Werner y Smith (5); en el cual realizaron un seguimiento a un grupo de individuos desde el nacimiento hasta los cuarenta años, su hipótesis partía de que niños en situaciones desfavorables serían más propensos a problemas sociales, físicos y mentales, sin embargo más del 55% de la muestra, presentó alta capacidad de adaptación y no mostró ninguno de los problemas esperados, ante lo cual, los investigadores concluyeron que fue la resiliencia la variable responsable de dichas capacidades.

En 2015, Hu, Zhang y Wang (6) realizaron un trabajo meta analítico en el que identifican tres orientaciones respecto al concepto de resiliencia, aunque otros autores como Artuch en 2014 lo dividen en cuatro generaciones.

La primera generación nace en los 70`s, indica que la resiliencia es un rasgo individual que permite al individuo afrontar y adaptarse a situaciones adversas. En los 90`s surge la segunda generación la cual indica que la resiliencia es el resultado de comportamientos que permiten la recuperación positiva de la adversidad, es esta etapa autores como Infante, realizan la primera búsqueda de modelos para promover la resiliencia. (6)

En un cambio muy marcado, respecto a lo que se había manejado con anterioridad, se establece la tercera generación, la cual considera a la resiliencia como una orientación de proceso dinámico donde las personas se adaptan activamente a la adversidad, mediante características del individuo, la relación entre los factores de riesgo y de protección como un proceso de interacción del individuo y su entorno. Centra su interés en promover la resiliencia a través de la prevención, la intervención y el desarrollo de políticas públicas. (7)

Finalmente, el cuarto grupo, descrito en 2013 por García-Vesga y Domínguez (8), donde la resiliencia es la conjunción de factores externos e internos que permiten al individuo superar una situación adversa. Su interés está enfocado en el funcionamiento biológico y genético, que influye en la capacidad resiliente o en la facilidad para el desarrollo de la misma.

La tendencia más aceptada actualmente, es la de la tercera generación; orientada a la resiliencia como proceso, entre las definiciones que manejan los autores de ésta corriente, se encuentran las siguientes (9):

2000. Luthar, Cicchetti y Becker. Un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de la adversidad significativa.
2003. Luthar y Zelazo. La manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades en la vida.
2005. Fergus y Zimmerman. Proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo.
2008. Infante. producto de una interrelación de factores que se activan como un proceso dinámico.
2010. Carretero. Producto de un dinámico proceso evolutivo que varía según las circunstancias, la situación, el contexto y la etapa de la vida.

Como se observa, el común de las conceptualizaciones es que la resiliencia se hace presente en el individuo cuando se encuentra ante eventos adversos y su finalidad es la superación del evento sin que tenga efectos negativos en su vida; ya sea como proceso de acuerdo a la tendencia actual o como rasgo individual, como comportamiento o dependiente de factores.

Las diferentes investigaciones han mostrado la existencia de habilidades, condiciones o factores que aparecen frecuentemente entre las personas que han mostrado resiliencia, por lo que se considera son puntos clave que pueden ser fortalecidos, surgiendo de ésta forma una amplia variedad de dimensiones, pilares y factores, dependiendo del autor que se trate.

Una de las clasificaciones más aceptada es la de Ojeda (10), quien los denomina pilares, haciendo mención de ocho:

- Introspección. Entendida como el arte de preguntarse a sí mismo y darse respuestas honestas. Durante la infancia es manifestada como la capacidad de darse cuenta que algo no está bien, en la adolescencia se vuelve una capacidad

para conocer el entorno, comprenderlo y adaptarse, finalmente, durante la edad adulta, es la comprensión de sí mismo con la aceptación de dificultades.

- Independencia. Se refiere a la capacidad de establecer límites entre uno mismo y ambientes desfavorables, es manifestada como alejamiento y evitación de las situaciones difíciles durante la niñez y adolescencia, mientras que en la adultez se expresa por la capacidad de vivir de forma independiente y tomar decisiones.
- Capacidad de relacionarse. Es una habilidad que permite establecer lazos cercanos y satisfactorios con otras personas.
- Iniciativa. Es la capacidad de poder exigirse y ponerse pruebas cada vez más difíciles, lo que permite ser capaz de hacerse cargo de los problemas y tomar el control sobre ellos.
- Creatividad. Generar orden y belleza a partir del caos, en el adulto es la capacidad para componer y reconstruir que en etapas más tempranas se manifiesta con la creación y el arte.
- Moralidad. Implica deseo y compromiso por un estado de bienestar colectivo.
- Sentido del humor. Es la habilidad de buscar lo positivo y minimizar o discriminar lo negativo.
- Pensamiento crítico. Es considerado un pilar de segundo grado que combina los otros y permite un análisis de la situación desde sus causas hasta modos de enfrentamiento.

Rodríguez (11) refiere cuatro componentes en los que se agrupan los pilares de la resiliencia; competencia social, resolución de problemas, autonomía y sentido de propósito y futuro, son atributos mayormente encontrados en experiencias exitosas de vida por lo que se vuelven útiles para la observación, diseño de perfiles y medios de acción en niños y adolescentes.

Mrazek, sugiere la existencia de doce habilidades que distinguen a las personas resilientes, siendo éstas: madurez precoz, respuesta rápida al peligro, desvinculación afectiva, búsqueda de información, obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir, anticipación proyectiva positiva, decisión de tomar riesgos, convicción de ser

amado, idealización del rival, reconstrucción cognitiva del dolor, altruismo y optimismo y esperanza.

Por otra parte, González (12) define a los factores de riesgo como aquellos estresores o condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona experimente ajuste pobre o con resultados negativos, mientras que un factor de protección es un atributo o característica que atenúa la probabilidad de que se desencadene un comportamiento indeseable.

Existe una controversia en cuanto a la asociación de los factores de riesgo y protección con la resiliencia; por una parte, algunos autores, como García, Vesga y Domínguez, sugieren que los efectos protectores propician una resiliencia alta y disminuyen el riesgo de efectos adversos, consiguiendo resultados positivos, por otra parte, autores como Becoña indican que de acuerdo con la propia definición del término, no sería necesario el desarrollo de la resiliencia en personas que viven en un ambiente protegido. (5)

Sin embargo, Pollard et al. (3) concluyen que son tan importantes los factores de riesgo como los de protección y que se deben desarrollar programas que permitan disminuir los primeros y potenciar los segundos. Algunos de los factores de riesgo de mayor importancia en la sociedad actual son experiencias traumáticas como la orfandad, pobreza, exposición crónica a la violencia y padres con abuso de drogas, conducta criminal o afectada salud mental.

Canales (13), define que si se tienen factores que pueden ayudar a sobrellevar los diferentes acontecimientos negativos en las que estas pueden salir adelante. Entre los factores más importantes para que una persona que se encuentra en una situación negativa, pueda superarla con mayor facilidad se encuentran el apoyo familiar y el social; el primero es definido por la calidad y apoyo de las personas cercanas con un parentesco, que son las que brindan una mayor seguridad, mientras que la segunda se refiere a las relaciones con amigos y personas con las que se tiene una convivencia cotidiana estrecha, de los cuales puede obtenerse comprensión, compañía y soporte ante alguna situación adversa o complicada.

Las capacidades de relacionarse con otras personas, influyen en el desarrollo del individuo para lograr grandes desafíos y es principalmente indispensable cuando se presentan situaciones complicadas donde la persona enfrenta un peligro o ha sido dañada.

El individuo siempre debe sentirse apoyado ante las situaciones adversas que enfrenta a fin de que pueda salir adelante ante los diferentes conflictos; con esto, no se refiere a que la persona no sufra, sino que se evita que llegue a padecer algún tipo de trauma que la coloque en un escenario donde se puedan generar malestares muy grandes que le impidan continuar. (14)

La identidad que el ser humano pueda tener con las personas que están a su alrededor durante la vida puede ser muy importante para el desarrollo. El afecto es otro de los grandes apoyos que se pueden manifestar en el ser humano y fortalecer las emociones en las diversas necesidades que se presenten. (14)

Existen también factores negativos como lo son personas que quizás no apoyen en el crecimiento o desarrollo de la superación del individuo frente a grandes circunstancias negativa, ante estas situaciones negativas es recomendable que el individuo se aleje y busque de manera correcta utilizar medios para poder superar la situación negativa. En el transcurso de poder salir adelante ante cualquier circunstancia suele suceder que el individuo se encuentre con amistades negativas que le ofrezcan algún tipo de drogas y acepte con la intención de poder salir de la crisis en la que se siente abatido.

Otros factores que pueden influir negativamente en el individuo es la situación económica crónica en su vida familiar, ya que le sería más difícil anteponerse a situaciones de mejoras ante la dificultad, mientras que una estabilidad laboral y económica dentro de la familia sería más fácil a que pueda salir adelante y solucionar lo que esté sucediendo, ya sea de manera familiar o individual.

El mantener los estudios en un promedio estable puede ser un factor favorable para que se supere cualquier adversidad que el individuo tenga en ese momento. Existen muchos

factores tanto positivos como negativos, que pueden intervenir en el bienestar del individuo que esté pasando por una situación negativa. Esto influirá a que se puedan buscar soluciones o buscar herramientas para poder seguir adelante y lograr los objetivos para llegar a la meta que se requiere y que se busca, a pesar de los antecedentes. (13, 14)

I.1.2. Modelos de desarrollo y fortalecimiento

A partir de la tercera generación se comenzaron a desarrollar modelos para describir el desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia. En 2014, Artuch (7), clasifica el trabajo de los autores de ésta corriente en dos grupos; el primer grupo es explicativo respecto a las características y factores, mientras que el segundo está orientado a establecer directrices o guías.

Primer grupo

Se trata de modelos explicativos sobre los procesos de construcción de resiliencia en personas que actúan en forma resiliente, realizan un análisis de sus rasgos y de los factores individuales y ambientales en los que se encuentran inmersos. Encontramos en éste grupo cinco modelos que se explican a continuación.

a) Modelos: compensatorio, del desafío y protector.

Wener (7), indica que los factores protectores operan a través de tres mecanismos diferentes; el mecanismo compensatorio, donde factores estresantes y atributos individuales se combinan para dar una predicción de la consecuencia, el mecanismo del desafío, en el cual, el estrés es visto como un reto y por tanto estimulador de competencia, finalmente, el mecanismo protector, donde factores protectores y de riesgo interaccionan para reducir a probabilidad de un resultado negativo.

b) Modelo tríadico de resiliencia.

En el modelo de la primera generación, se enfocó en aquellos factores externos y cualidades internas con influencia en el desarrollo de la resiliencia. Divide los factores resilientes y de riesgo en tres grupos que operan sobre la plataforma integrada por las características temperamentales y genéticas: a) Factores ambientales y sociales; características de la familia y sistema social en el que se desenvuelve, b) Fortaleza intrapsíquica; atributos individuales y c) Habilidades adquiridas orientadas a la acción; aquellas como el enfoque de la atención, habilidades sociales, anticipación del futuro, atención emocional, resolución de problemas, expresión creativa. Es justamente sobre la última que se pueden generar estrategias en las que educadores y agentes de salud puedan actuar para promover o fortalecer la resiliencia. (11)

El modelo especifica tres características de las personas resilientes en las que se agrupan los factores, a los que llamó: “yo soy”, “yo tengo” y “yo puedo”.

c) Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.

Busca aquellos factores presentes en personas con alto riesgo y una adaptación positiva a la sociedad, el enfoque se encuentra dirigido al proceso, promoción y contexto social, a partir del cual surge la noción de que la resiliencia puede ser enseñada. (11)

La resiliencia en éste modelo se considera un proceso dinámico, donde, la adaptación del individuo depende de la interacción de diferentes niveles de influencias de dos dimensiones concéntricas; de riesgo y de protección, con interconexiones, agrupadas, interdependientes y dinámicas que explican la interacción del individuo con su contexto. El resultado de esa interacción puede generar un mecanismo de vulnerabilidad o uno de protección, dando lugar a la resiliencia. (15)

El elemento central y uno de los más importantes, es el ontosistema, que sostiene que la persona incluida en el contexto posee capacidades, competencias y vulnerabilidades; se encuentra conformado por factores internos biológicos (maduración del SNC,

temperamento y genética), psicológicos (calidad del apego, autoconcepto, capacidades cognitivas, afectivas y otros atributos) y la interacción de ambos en los neuropsicológicos. Son cuatro niveles los que representan el ambiente ecológico; cada persona vive en un Microsistema (incluye el ontosistema y es el que se desarrolla el individuo), en un Mesosistema, (interrelaciones existentes entre los distintos entornos en los que se desenvuelve la persona, por ejemplo la familia y el trabajo), que está incluido en un Exosistema (entorno en el que la persona no está incluida directamente), dentro de un Macrosistema (cultura, ideología, sistemas políticos, económicos y organización de instituciones sociales). (16)

d) Modelo de Richardson.

Muestra el proceso por el que una persona puede hacer frente a la adversidad, teniendo en cuenta que no existe una única respuesta. Su fundamento principal es la reintegración, según la cual, la persona no regresa al estado anterior, sino que la reintegración puede ser de cuatro tipos: Reintegración Disfuncional, Reintegración con pérdida, Reintegración a Zona de Bienestar-Homeostasis y Reintegración con Resiliencia.

e) Modelo emergente de la resiliencia.

Se trata de una síntesis comprensiva de la acción resiliente desde la perspectiva de los participantes para aprender y transformar proactivamente sus juicios: condiciones de base (creencias y vínculos sociales), visión de sí mismo (elementos afectivos), visión del problema (visión generalizada) y respuesta resiliente (acción orientada a metas). (7)

Segundo grupo.

El segundo grupo descrito por Artuch (7), incluye modelos creados con el objetivo de establecer pautas de actuación para la promoción de la resiliencia.

a) La casita.

Edificación de la resiliencia. Desarrollado por Stephan Vanistendael en 1994, sostiene que la resiliencia se construye y se fortalece. (11) El suelo son las necesidades materiales básicas, los cimientos se conforman por la aceptación fundamental de la persona, el amor incondicional y la aceptación del ser. Encima se construye el sentido de vida, es decir, saber que se está viviendo para algo, tener objetivos claros de hacia dónde se dirige la vida. Otro elemento de construcción es la autoestima, el humor, aptitudes y competencias y finalmente, en el desván se pone todo lo que queda por saber, por tanto, siempre se puede incluir algo nuevo.

b) Rueda de la resiliencia de Henderson y Milstein o Modelo de la resiliencia en la escuela.

Fue diseñado específicamente para su aplicación y manejo en el ámbito escolar, consta de un ciclo constante de seis pasos, representado en un círculo; está dividido en dos objetivos. El primer objetivo es mitigar y contrarrestar los factores de riesgo individuales y ambientales, en él, se incluyen los primeros tres pasos: enriquecer los vínculos, fijar límites claros y firmes y enseñar habilidades para la vida. El segundo objetivo es promocionar o favorecer la resiliencia, mediante los pasos restantes; brindar afecto y apoyo, establecer y transmitir expectativas elevadas y realistas y brindar oportunidades de participación significativa. (7)

I.1.3. Medición de la resiliencia

De forma general, las investigaciones se han enfocado en conceptualizar la resiliencia como una serie de características o como un proceso, por lo que es importante definir si sólo se quiere conocer si las personas son resilientes como un rasgo característico o si se quiere conocer el proceso de resiliencia ante una adversidad, cabe mencionar que en el caso particular de ésta investigación se medirán los factores o rasgos característicos ante una situación adversa como es la violencia.

Las descripciones de los métodos para medir resiliencia que son nombrados por Luthar & Cushing (17), considerando tres categorías. La primera se enfoca en la medición de la adversidad, es decir, de aquellas situaciones estresantes a las que el individuo ha estado expuesto, puede ser por identificación directa de cada una, considerando los diversos ámbitos (social, familiar, comunitario, personal) o ante una situación específica de vida. Una segunda categoría mide la adaptación positiva, está más relacionada con el resultado de la resiliencia y se realiza de acuerdo con los logros, en búsqueda de la ausencia de desajuste mediante pruebas test clínicos o con la colaboración de terceras personas para centrar al individuo. La última categoría centra su atención en el proceso, puede ser basado en variables que buscan la conexión entre factores de riesgo y protectores o basado en individuos, dónde se busca la diferencia de adaptación de los mismos.

Las técnicas para la recolección de información son descritas por Ospinoza. Las pruebas proyectivas pretenden volver accesible lo que es proyectado del interior y aquello de lo que se tiene conocimiento conscientemente, algunas pruebas de ésta índole fueron realizadas por Strümpfer y Grotberg, sin embargo, resultaron muy ambiguas.

Otro tipo de pruebas son las de imaginología; algunos de sus desarrolladores son Maldonado y Andrade, la idea general radica que por medio de la tecnología se puedan simular y generar situaciones críticas en las que se involucre un individuo y se puedan recolectar datos conductuales, somáticos, afectivos y cognitivos directamente en dicho escenario, no obstante, aún queda mucho por conocer en el área.

Finalmente, las pruebas psicométricas, que son las más desarrolladas y utilizadas en la actualidad, son generalmente cuestionarios tipo Likert, de autorreporte que se encuentran estandarizados por pruebas de análisis factorial y enmarcadas en una teoría explicativa brindan información sobre el fenómeno. A continuación, se muestran algunas de las pruebas psicométricas más aplicadas, haciendo referencia por año de creación: (17,18) 1992. The Resiliency Scale. Jew. Determina el nivel del individuo en las facetas de optimismo, adquisición de la habilidad y riesgo tomado.

1989. Dispositional Resilience Scale, de Bartone, Ursano, Wright e Ingraham. Mide estilos de personalidad resiliente; constructo referido al compromiso, el control y cambios desafiantes
1993. Escala de Resiliencia. Wagnild y Young. Identifica el grado de resiliencia individual mediante los factores competencia personal y aceptación de sí mismo y de su vida, los cuales consideran características como ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal y sentirse bien solo.
1995. Adolescent Resiliency Belief System. Jew y Gree. Grado de acuerdo o desacuerdo de los estudiantes con ideas optimistas.
1995. Lista de chequeo de resiliencia. Grotberg. Identifica los factores: apoyo familiar, ser, poder hacer, tener.
1999. Resiliency Scale for Adolescents. Jew, Green and Coger. Mide 12 habilidades y capacidades en tres subescalas relacionadas con orientación hacia el futuro, adquisición de habilidades y toma de independencia y riesgo.
1999. The Connor-Davidson Resilience Scale. Connor-Davidson. Mide las dimensiones: competencia personal, confianza en sí mismo, relaciones seguras y aceptación del cambio, control e influencia espiritual.
2001. The Resilience Assessment of Exceptional Students. Perry y Bard. Identifica tres dominios; conocimiento de la excepcionalidad, planeación de las necesidades y pensamiento alternativo para resolver los problemas relacionados con la excepcionalidad.
2001. The Resilience Scale for Adults. Friborg, Hjemdal. Abarca las dimensiones: competencia personal, competencia social, coherencia familiar, apoyo social y estructura familiar.
2002. Escala de resiliencia adolescente. Oshio. reveló 3 factores significativos que fueron rotulados: Búsqueda de Novedad, Regulación Emocional y Orientación Futura Positiva.
2004. The Brief Resilient Doping Scale. Siclair y Wallston. Identifica la tendencia de las personas para enfrentar situaciones estresantes a través de identificó la tenacidad, el optimismo, la creatividad, una perspectiva agresiva para la resolución de problemas y compromiso para extraer un sentido positivo de las situaciones adversas.

2004. Inventario de Factores Personales de Resiliencia. Salgado. Indica los lo indica los factores personales de Autoestima, Empatía, Autonomía, Humor y Creatividad.

I.1.4. Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)

La RESI-M fue construida en 2010 por Palomar y Gómez (19), a partir de los instrumentos propuestos por Connor y Davidson, en 1999 y por Friborg y colaboradores, en 2001; contiene cinco dimensiones, en las cuales se agrupan características de niveles individual, familiar y social.

A nivel individual, existen conductas que actúan como herramientas para afrontar situaciones difíciles, entre las que se encuentran fijarse metas, ser optimista, estar motivado y comprometido, tener autocontrol, ser responsable, tomar decisiones, afrontar pacífica y objetivamente los problemas, tener un locus de control interno y sentido de vida. Las dimensiones involucradas son la fortaleza y confianza en sí mismo y la estructura personal. (20)

Por otra parte, se considera que socialmente la familia es el mayor soporte, pues en el proceso de desarrollo brinda la seguridad y apoyo necesarios, está ubicada en el apoyo familiar. No se pueden dejar fuera otras redes de apoyo necesarias como las representadas por los amigos, escuela, trabajo, tutores y demás vínculos sociales que crea el individuo en su vida, que representa la dimensión de apoyo social.

A continuación, se describen las dimensiones que conforman el constructo de resiliencia de acuerdo con Palomares y que Canales las envuelve en los términos de factores protectores, que pueden ser llamados facilitadores.

Fortaleza y confianza en sí mismo

Los recursos personales para afrontar situaciones adversas, adaptarse y sobreponerse se reflejan en la fortaleza y confianza en sí mismo; que hace referencia a las acciones realizadas para alcanzar objetivos personales claros, así como a la confianza que tienen

de que van a tener éxito. Implica optimismo, fortaleza y tenacidad para enfrentan los retos.
(20)

Competencia Social

La facilidad para establecer relaciones interpersonales y ser querido demuestra la capacidad para adaptarse al entorno y le genera menor probabilidad de ser victimizado o intimidado. La competencia social, es por tanto definida por Palomares y Gómez como la competencia de los individuos para relacionarse con los demás, la facilidad para hacer nuevos amigos, hacer reír a las personas y disfrutar de una conversación. (20)

Apoyo familiar

La familia es el más importante de lo vínculos sociales, ya que en ella el individuo se desarrolla, los lazos familiares brindan un sentido de protección e inclusión. Refiere la calidad de las relaciones familiares, es decir, apoyo, cariño, lealtad, tiempo de convivencia y similares visiones de la vida.

Apoyo social

Se encuentra especialmente forjado en la amistad, representa los vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto definido de personas, con las cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.

Estructura personal

Se entiende como las reglas y las actividades que llevan a cabo las personas y que les facilitan tener organización y orden en su vida, lo que permite afrontar con flexibilidad los problemas.

I.2. Ansiedad

Las emociones le permiten al individuo adaptarse y responder a experiencias con la finalidad de generar una respuesta rápida ante amenazas del mundo circundante. (21)

El uso del término ansiedad de manera cotidiana es afín a un sentimiento de tensión transitorio derivado de lo que la conciencia detecta como peligro y genera por tanto miedo y estado de alerta o estrés en el individuo.

La ansiedad es por tanto un fenómeno normal pero cuando se presenta en exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades. (22)

En la estructura de la presente investigación, tal como se definió a la resiliencia como variable independiente, a continuación, se revisarán las generalidades de la ansiedad, la cual será utilizada como variable dependiente.

I.2.1. Concepto

El término ansiedad proviene del latín “anxietas”, cuyo significado es el estado de agitación, inquietud o zozobra. Es aplicado a una emoción no placentera y complicada que se manifiesta con tensión emocional y está acompañada de manifestaciones físicas y mentales no atribuibles a peligros reales.

El concepto de ansiedad puede retomarse desde diferentes perspectivas y significados de acuerdo a los autores, es considerado como un sentimiento, síntoma, síndrome o enfermedad y generalmente se relaciona con angustia, miedo y estrés.

La ansiedad tiene una notoria cercanía con el miedo, ya que en ambos son considerados como procesos adaptativos de supervivencia en los que aparecen pensamientos de peligro, acompañados de reacciones motoras y fisiológicas. La diferencia radica en el carácter anticipatorio de la ansiedad; anticipa a posibles peligros en el futuro, prevé y señala las amenazas potenciales, facilitando la capacidad de respuesta del individuo; en

tanto que, el miedo es la perturbación y respuesta generada por la presencia del estímulo o peligro. (23)

Por otra parte, el estrés, es la reacción fisiológica del organismo ante una demanda para contrarrestar o prevenir las amenazas; nuevamente la diferencia con la ansiedad es la presencia del agente estresor (demanda). La ansiedad genera estrés en el individuo, pero el estrés no siempre va acompañado por la ansiedad, a menos que, de acuerdo con el análisis de la persona, no pueda superar la demanda coincidiendo en éste punto con Lazarus (24) que considera el estrés como un factor de riesgo al conceptualizarlo como “las exigencias impuestas a un individuo que agotan o rebasan la capacidad de adaptación”.

A modo de resumen, se trata de un constructo multidimensional que involucra los componentes motor, cognitivo y fisiológico; alude por lo tanto a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez. (23)

Se considera que la ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza, es transitoria, solo dura mientras persiste el estímulo temido y si facilita la puesta en marcha de recursos. Sin embargo, se considera desadaptativa cuando la ansiedad supera la normalidad términos de intensidad, frecuencia o duración, o si está relacionada con estímulos no amenazantes para el organismo, provocando manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional. (23, 25)

En términos de normalidad, salud y enfermedad, el concepto puede ser un sentimiento, síntoma, síndrome o enfermedad; a) es un sentimiento en tanto que se trata de una experiencia subjetiva normal generada por estímulos internos como recuerdos, problemas o pensamientos, b) es también un síntoma psicológico, que aparece en diferentes enfermedades psiquiátricas, se considera el componente psicológico esencial del trastorno de ansiedad, c) puede ser considerado como un síndrome; es decir, como

conjunto de síntomas mentales, físicos y conductuales y está asociado a distintas etiologías, como intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad, y finalmente, d) como una enfermedad, cuando es un trastorno primario, claramente definido por su etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. (26)

I.2.2. Trastornos de ansiedad

La ansiedad es una sensación normal ante determinadas situaciones estresantes, e incluso deseable para enfrentar las exigencias cotidianas, sin embargo, cuando se sobrepasa la intensidad o la capacidad adaptativa del individuo, se convierte en un estado patológico que afecta los planos físico, psicológico y conductual. (27)

Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades que se caracterizan por miedo, preocupación o temor excesivo con tensión o activación que genera un malestar notable y un significativo deterioro en la actividad del individuo. Los síntomas que se presentan son:(22. 27)

- Síntomas físicos: Vegetativos (sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad), neuromusculares (temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias), cardiovasculares (palpitaciones, taquicardias, dolor precordial), respiratorios (disnea), digestivos (náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo) y genitourinarios (micción frecuente, problemas de la esfera sexual)
- Síntomas psicológicos y conductuales: Preocupación, aprensión, sensación de agobio, miedo a perder el control, a volverse loco, sensación de muerte inminente, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria, irritabilidad, inquietud, desasosiego, conductas de evitación de situaciones, inhibición o bloqueo psicomotor, obsesiones y compulsiones.

Para el diagnóstico de los comportamientos de una persona como trastornos de ansiedad existen criterios universales que se encuentran recopilados en dos clasificaciones

reconocidas; la DSM-IV-TR de la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA), que enumera doce trastornos de ansiedad y la CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, dónde los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos. (27)

Anteriormente, los trastornos de ansiedad eran exclusivamente relacionados con conflictos intrapsíquicos, sin embargo, actualmente se acepta que la etiología se encuentra más cercanamente relacionada a la combinación de diversos factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje.

Los estados de ansiedad intensa y crónica se asocian al deterioro de la salud física y mental, accidentes, alteraciones del rendimiento y adopción de conductas desadaptadas como el consumo de alcohol, abuso de tranquilizantes, fumar o desarreglos alimenticios. (28, 29, 30). La angustia-ansiedad patológica dificultan la funcionalidad del sujeto donde se desenvuelve, limitando su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia. (27)

I.2.3. Epidemiología

Los trastornos de ansiedad están clasificados como el sexto factor que contribuye a la pérdida de salud sin consecuencias mortales a nivel mundial y figura entre las diez causas principales de años vividos con discapacidad, entre el 13.6 y el 28.8% de la población padecerá algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. (31, 32).

De acuerdo con la OMS, en 2015 la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3,6%, lo que corresponde a 264 millones de personas y representó un incremento de 14.9% a lo encontrado en 2005. Específicamente en la región de las Américas se estimó que 7.7% de las mujeres padecen trastornos de ansiedad, mientras que en hombres fue el 3.6%, en tanto que por grupos etarios no se observan diferencias sustanciales. En México se tienen poca información sobre la prevalencia de trastornos de ansiedad, pero la bibliografía lo reporta entre con una prevalencia de 8% a 14.8%. (31, 33, 34)

El Ministerio de Salud de España calcula que los trastornos de ansiedad son incluso más comunes que la diabetes y se presentan en uno de cada diez pacientes que se atienden diariamente en atención primaria, ya sea por si mismos o en asociación con otras patologías; un estudio realizado en 14 países constató una prevalencia puntual del trastorno de ansiedad generalizada del 12 % de las primeras consultas. (26, 27)

Los conocimientos y tratamiento han avanzado mucho en los últimos años, sin embargo, a pesar de las alarmantes cifras de morbilidad, los trastornos de ansiedad son infradiagnosticados y no tratados adecuadamente, en el estudio realizado en 14 países se menciona que cerca de la mitad de los pacientes afectos, no fueron identificados por los médicos familiares, por lo que las personas afectadas no reciben tratamiento adecuado ni se benefician de los avances de la investigación en este campo, una situación aún más marcada en México, donde, de acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría únicamente el 19% son tratados. (26, 32)

I.3. Resiliencia en mujeres en situación de violencia

I.3.1 Violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer es ejercida tanto en el ámbito público, como en el privado, derivado de una estructura sociocultural en el que la mujer se coloca en situación vulnerable y en desventaja respecto a la asignación de roles diferenciados a hombres y mujeres por razones de sexo, es decir, debido a los estereotipos de género. Dichas desigualdades se construyen a través de la educación y en la crianza de niñas y niños, donde las creencias sobre las características de comportamiento que unos y otras deben tener, heredando y generando desde temprana edad condiciones de desigualdad y desempoderamiento, dos ingredientes fundamentales de la violencia. (35)

Gran parte de los programas referentes a violencia son dirigidos a tratar violencia intrafamiliar, debido a que, en la mayoría de los casos de violencia, el agresor es la pareja, dato importante por el nivel de convivencia y porque de acuerdo con cifras de la OMS, 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina. (36)

I.3.1.1. Concepto

La violencia contra la mujer es definida como cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público:

- a) Que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer.
- b) Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona. (37)

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres brinda una definición muy parecida. (38). En la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, de 1993, la OMS enlista una serie de actos que son considerados como violencia contra la mujer, entre algunos de ellos se encuentran: violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia o dentro de la comunidad en general, privación de la libertad, prácticas culturales, como la dote y la mutilación genital femenina y trata, abuso e intimidación. La lista es extensa y no es limitativa. (36)

I.3.1.2. Tipos de violencia

Violencia física

Es definida como actos no accidentales infringidos mediante el uso de la fuerza física, armas u objetos que provocan o no lesiones físicas internas, externas o ambas. Entre los indicadores que sugiere la guía de detección de violencia se encuentran: hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, laceraciones, lesiones musculares, traumatismos, entre otros, congruentes o no con la descripción de la forma en que se ocasionó la lesión, recientes o antiguos, con o sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos. (37)

Violencia Psicológica

El maltrato psicológico constituye una forma de abuso más sutil y difícil de percibir, pero no por eso menos traumático para las mujeres que lo padecen. Es cualquier acto u

omisión que dañe la estabilidad psicológica, puede consistir en: abandono, negligencia, descuido, insultos, humillaciones, celopatía, devaluación, marginación, infidelidad, rechazo, amenazas y restricción a la toma de decisiones, los cuales generan en la mujer signos y síntomas como autoestima baja, miedo, ira, vulnerabilidad, tristeza, desesperación e incluso trastornos psiquiátricos en el estado de ánimo, ansiedad, estrés postraumático, de personalidad, abuso de sustancias, ideación suicida, entre otros. (37)

Violencia sexual

Representa a toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente sobre su sexualidad, no sólo lo referente al acto sexual. Abarca comentario o insinuaciones sexuales no deseadas, acciones para comercializar o utilizar de cualquier modo la sexualidad de una persona, así como todo acto sexual o la tentativa de consumarlo. Puede ser detectada mediante signos y síntomas físicos (lesiones e infecciones genitourinarias, orales o anales), psicológicos (baja autoestima, ideas o actos autodestructivos, trastornos de ánimo, ansiedad, conducta, alimentación, entre otros), alteración de la interacción social e incapacidad para ejercer su autonomía reproductiva o sexual. (37)

I.3.1.3. Epidemiología

Las estimaciones mundiales de la OMS señalan que a nivel mundial 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por su pareja o terceros en algún momento de su vida. (39)

América Latina y el Caribe presentan la tasa mayor de violencia sexual y la segunda mayor tasa de violencia por parte de pareja o ex pareja; 3 de los 10 países con las tasas más altas de violaciones de mujeres y niñas se encuentran en el Caribe y la expresión más radical de esta violencia, el feminicidio, está tomando una magnitud y ensañamiento devastador en Centroamérica, donde 2 de cada 3 mujeres asesinadas mueren por razón de su género. (40)

En México, se calcula que 67 de cada 100 mujeres de 15 años y más han padecido algún incidente de violencia ya sea en su relación de pareja o en los espacios comunitario, laboral, familiar o escolar. (41)

Datos de 2013, de la OMS, a cerca de la prevalencia y efectos de la violencia contra la mujer arrojan datos alarmantes:

- 38% de los homicidios en mujeres son ocasionados por la pareja masculina.
- 42% de las víctimas de violencia presentan lesiones
- La violencia en el embarazo aumenta 16% el riesgo de aborto espontáneo y 41% el riesgo de parto prematuro
- En los casos de abuso sexual y maltrato físico se encontró una probabilidad 1.5 veces mayor de padecer infecciones de transmisión sexual
- Las mujeres víctimas de violencia muestran una tendencia mayor a la depresión y problemas en el consumo de alcohol, tabaco y drogas. (39)

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres de 2006 reportó que el 33.3% de las mujeres presentó violencia de pareja, 42.9% violencia de pareja de por vida y el 60% violencia alguna vez en la vida; la cifra se mantiene al 2016, en datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), con un 43.9% de mujeres de 15 años y más ha enfrentado violencia por parte de su pareja, equivalente a 19.1 millones de mujeres.

Cifras de la ENDIREH, 2016 (42), muestran que en el Estado de México la prevalencia de violencia por la pareja ocurrida en el último año fue de 31%, mientras que en violencia por la pareja en algún momento de la vida fue de 53.3%, por lo que es la entidad federativa con mayores índices de violencia a la mujer por la pareja, superando la media nacional que es de 25.6% y 43.9% respectivamente.

La prevalencia por tipo de violencia, de acuerdo a las entidades que presentan mayor prevalencia son (42):

- Emocional o psicológica: Aguascalientes (31.0), Estado de México (28.3) y Jalisco 27.4).
- Económica: Aguascalientes (14.6), Jalisco (12.5) y Yucatán (12.3).

- Física: Estado de México (8.1), Hidalgo (7.7) y Oaxaca (7.2).
- Sexual: Aguascalientes (2.9), Jalisco (2.8) y Estado de México (2.6).

En lo referente a violencia sexual, la violación sexual es una de sus presentaciones, un modo de definir la magnitud del problema es mediante el número de denuncias presentadas por dicho delito; las cifras publicadas por el SESNPS en 2015 (43) indican que el Estado de México tuvo el mayor número de investigaciones iniciadas por el Ministerio Público a nivel nacional con un promedio de 4.23 presuntas violaciones por día y mostrando altibajos respecto a las cifras reportadas en 2005 y 2010, mientras que del 2005 a 2010 aumento de 2,414 a 3,001 en 2015 disminuyó la cifra a la mitad en 2015 con solo 1,545.

I.3.1.4. Problemática social y cultural

La violencia contra la mujer representa un problema de salud pública y una violación a los derechos humanos; sin embargo, se encuentra muy extendido por lo que en muchos casos se encuentra naturalizado en las comunidades y es difícil de detectar y brindar ayuda o asesoría. Es común que tengan dificultades para expresar el origen de sus lesiones o se acerquen a solicitar ayuda; entre las razones que subyacen a esta conducta Se puede señalar que se sienten avergonzadas y culpables de la violencia que sufren. Otra razón de su silencio son las amenazas que reciben de su agresor, las cuales incluyen las de muerte en contra de ellas o de sus hijos. En México se calcula que cuando el agresor es la pareja, la mujer sufre por lo menos treinta agresiones físicas antes de admitir la situación. (37, 44)

De especial observación es la violencia sexual, Albarrán (14) menciona que éste es uno de los delitos más graves cometidos contra la integridad y los derechos de otra persona con consecuencias devastadoras que se agravan cuando la persona violentada es menor de edad.

Los servicios de salud son punto clave para detección y prevención de los daños a la salud de las mujeres maltratadas, ya sea en la consulta regular o en los servicios de urgencias. La alarmante prevalencia del problema justifica la detección rutinaria.

La violencia ocasiona en las mujeres graves problemas a corto y largo plazo en su salud física, mental, sexual y reproductiva. En ocasiones también llega a afectar a sus hijos y tiene un elevado costo social y económico para la mujer, su familia y la sociedad. Las consecuencias abarcan desde lesiones menores y afectaciones físicas pasajeras hasta daños a largo plazo y permanentes como enfermedades de transmisión sexual, limitaciones de movilidad, afectación de la capacidad para relacionarse, trastornos de conducta e incluso la muerte por homicidio o suicidio.

Los niños que crecen en familias en las que hay violencia pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales. Estos trastornos pueden asociarse también a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida. La violencia de pareja también se ha asociado a mayores tasas de mortalidad y morbilidad en los menores de 5 años (por ejemplo, por enfermedades diarreicas o malnutrición).

En la sociedad repercute como parte del problema los costos sociales y económicos, ya que las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos. Según estudios recientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la baja productividad, la pérdida de días laborales, la inasistencia, los retardos, entre otros llegan a costarle a las naciones alrededor de un 3.5% de su PIB; otras fuentes señalan que las pérdidas económicas rebasan el 5%. (45)

I.3.1.5. Prevención y respuesta

A partir la década de los 90, se comenzó a hacer énfasis en la magnitud de la problemática y la generación de acciones que permitieran erradicar la violencia contra la mujer. Uno de los primeros esfuerzos se concretó en la emisión de la Declaración sobre

la eliminación de la violencia contra la mujer, por la Asamblea General de la ONU en 1993.

Durante la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belém do Pará) en 1994, 32 estados de América latina y el Caribe se comprometieron a generar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia.

En México se aprobó el Código Nacional de Procedimientos Penales que homologa el procedimiento con un perfil de protección de derechos humanos en todo el país publicado en el Diario Oficial de la Federación del cinco de marzo de 2014; la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación con fecha del 20 de marzo de 2014 en el Diario Oficial de la Federación; la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres que regula la implementación de campañas permanentes de concientización sobre la igualdad publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015 y el Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que modificó el procedimiento de Alerta de Violencia de Género y el Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal Federal de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia con publicación en el Diario Oficial de la Federación el 25 de Noviembre de 2013. (40)

La creación de leyes que terminen con la discriminación de la mujer, promuevan la equidad de género, así como planes y programas que combatan éste tipo de violencia son indispensables, sin embargo, no suficientes, la violencia contra la mujer requiere un enfoque multisectorial, que abarque educación, salud, cultura y gobierno, a fin de que la mujer sea empoderada y la equidad sea la forma natural de relacionarse, propiciando que los cambios sean duraderos y permanentes.

La Comisión Ejecutiva de atención a víctimas es encargada de vigilar el cumplimiento de la Ley General de Víctimas, remarcando que todas las instituciones públicas y privadas deben velar por la protección de las víctimas, darles ayuda, asistencia y reparar el daño. Entre los derechos de las víctimas se encuentra el acceso a la atención médica, que será

proporcionada después de realizar la denuncia en el Ministerio público, brindándose de forma inmediata, sin necesidad de condiciones previas de admisión y en sentido de emergencia, sin importar si se muestran o no lesiones aparentes e incluyendo servicios de profilaxis, anticoncepción e interrupción del embarazo en los casos permitidos legalmente, medidas de ayuda, protección, atención y reparación del daño sufrido. (14)

La NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, fue creada con la finalidad de detectar y atender de mujeres víctimas de violencia durante la atención médica cotidiana y el objetivo de que ellas puedan salir de dicha situación. (44) El personal del sector salud puede desempeñar un papel fundamental en el cambio de las mujeres hacia una vida libre de violencia, mediante actitudes afectiva, cognoscitivas y conductuales pueden realizar la identificación, canalización y manejo de las víctimas.

En éste marco de cuidado a víctimas y acceso a una vida libre de violencia, el Módulo Provida del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” recibe a mujeres que han sufrido violencia, brindándoles medidas de atención, profilaxis y reparación del daño; entre los servicios que se ofrecen se encuentran consultas médicas, y psicológicas. las mujeres atendidas son derivadas del ministerio público posterior a una denuncia, centros de salud y hospitales al identificarse signos de alarma que indiquen violencia o acuden por iniciativa propia, gracias a la información constantemente distribuida.

Entre las acciones que el sector salud puede realizar, la OMS marca las siguientes:

- Concienciar sobre la inaceptabilidad de la violencia contra la mujer y que ese tipo de violencia debe considerarse un problema de salud pública.
- Otorgar servicios integrales; con personal sensibilizado y capacitado para que respondan a las necesidades de las víctimas de manera integral y empática.
- Prevenir que se repitan los actos de violencia mediante la detección inmediata de las mujeres y los niños que sean víctimas de esta, derivándoles a los servicios pertinentes y prestándoles el apoyo necesario.

- Promover equidad de género mediante el establecimiento de normas como parte de las competencias psicosociales y los programas de educación sexual integral que se imparten entre los jóvenes.
- Favorecer la generación de datos científicos que permitan determinar las estrategias más eficaces y la magnitud del problema mediante la realización de encuestas poblacionales, o incluyendo la violencia contra la mujer en las encuestas demográficas y de salud de ámbito poblacional, así como en los sistemas de vigilancia e información sanitaria. (39)

I.3.2. Resiliencia en mujeres víctimas de violencia

La violencia es un evento estresante que ataca directamente al sentimiento de seguridad de quien lo sufre, y provoca afectación de sus estructuras psíquicas. Para Kilpatrick (46), un evento violento además de poner en riesgo la integridad física y psicológica del individuo, genera terror, indefensión y deja a la víctima en tan situación que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales.

El impacto psíquico ocasionado por la violencia tiene repercusiones que pueden manifestarse inmediatamente después del evento violento o diferido en el tiempo, en los casos de violencia contra la mujer el evento de agresión puede durar pocas horas o incluso años y las repercusiones psicológicas también pueden extenderse en un amplio periodo.

La resiliencia después de una agresión es vital para la mujer que la padece, permitiéndole continuar su vida y desarrollo pleno sin efectos negativos. En un estudio realizado con adolescentes víctimas de violencia sexual, Albarrán (14) concluye que la resiliencia moderada predomina en 81% de las participantes y se asocia significativamente con depresión.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1. Argumentación

Es común que, posterior a eventos estresantes se desarrollen trastornos relacionados con ansiedad, afectando la salud y limitando la capacidad del individuo para desarrollarse y relacionarse con su medio.

En el caso particular de la violencia contra la mujer, desde una perspectiva de género; el periodo durante el que la mujer padece la violencia puede durar desde horas hasta años y los trastornos de ansiedad pueden mantenerse durante un largo tiempo, incluso después de quitar el factor desencadenante.

En México la violencia contra la mujer representa un problema de salud pública, se estima que el 67% de las mujeres ha presentado violencia alguna vez en la vida, ya sea física, psicológica, sexual o económica; sin embargo, es común encontrarla como una condición naturalizada y que, por tanto, no siempre es detectada, reconocida ni denunciada. (41)

La capacidad resiliente de las mujeres, condicionada por el fortalecimiento de sus dimensiones que la determinan, constituyen la herramienta vital que permite detectar, resistir y superar situaciones adversas, como es la violencia.

La presente investigación está orientada a identificar las características de las dimensiones que integran la resiliencia en mujeres que han sido víctimas de violencia, así como, determinar cuál es la asociación de cada uno con la presencia de ansiedad.

II.2. Pregunta de investigación.

¿Cuál es la dimensión de resiliencia más afectada y el grado de ansiedad predominante en las mujeres víctimas de violencia que acuden al módulo de Provida en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, durante 2019 y la asociación estadística entre ambas variables?

III.JUSTIFICACIONES.

III.1. Académica

La presente investigación tiene el propósito de ser parte del desarrollo académico, generando habilidades en el ámbito estadístico, epidemiológico, social y de investigación. Así mismo, su posterior acreditación podrá permitir obtener el diploma de Especialista en Salud Pública.

III.2. Científica

Los trastornos de ansiedad son limitantes en el desarrollo de las personas que han sufrido alguna situación estresante. Con ésta investigación se pretende fortalecer el conocimiento en los profesionales de la salud sobre la influencia de la resiliencia y sus dimensiones en el desarrollo de ansiedad posterior a la vivencia de diferentes tipos de violencia,

III.3. Social

La violencia se expresa en múltiples formas, entre ellas, la violencia física, sexual y psicológica contra las mujeres, ya sea en el ambiente familiar o fuera del mismo, está asentada en la inequidad de género y afecta a todos los grupos de la población independientemente de sus características sociales, económicas, religiosas, educativas o étnicas. En las últimas décadas se ha registrado un creciente reconocimiento del fenómeno de la violencia contra las mujeres y el tema se ha ubicado en un lugar destacado en la agenda internacional.

El conocimiento de las dimensiones de resiliencia no fortalecidas en las pacientes y que permiten la presencia de altos niveles de ansiedad posterior a la vivencia de situaciones de violencia, son puntos de oportunidad en los que se pueden implementar acciones a fin de brindar opciones de fortalecimiento a las víctimas y con ello contribuir a generar una sociedad resiliente y saludable.

III.4. Epidemiológica

Las cifras nacionales muestran que, 67 de cada 100 mujeres mayores a 15 años han padecido violencia; el Estado de México se encuentra en niveles alarmantes de violencia

contra la mujer, donde el principal agresor es la pareja, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) de 2016, durante el último año 31% de mujeres fueron víctimas de violencia por la pareja, 53.3% lo han sido en algún momento. Entre las patologías que pueden desarrollarse posterior a un evento estresante o situación adversa de tal magnitud son los trastornos de ansiedad.

La OMS estima que 7.7% de las mujeres en la región de las Américas padecen trastornos de ansiedad, siendo causa de 12 % de consultas en atención primaria y figura entre las diez causas principales de años vividos con discapacidad. La finalidad de ésta investigación es que el conocimiento generado pueda utilizarse para desarrollar estrategias que permitan fortalecer la resiliencia a través de sus dimensiones y eviten la aparición de trastornos de ansiedad en mujeres que han sido víctimas de violencia, así como en la población vulnerable a fin de que los actos de violencia puedan ser detectados, detenidos y eliminados.

IV.HIPÓTESIS.

IV.1. Hipótesis alterna.

H₁: En las mujeres víctimas de violencia, la fortaleza y confianza en sí misma es la dimensión de la resiliencia predominantemente afectada en más del 50% de las participantes y la ansiedad moderada es el grado predominante en más del 60%, existiendo una asociación estadística significativa entre ambas variables.

IV.2. Hipótesis nula.

H₀: En las mujeres víctimas de violencia, la fortaleza y confianza en sí misma es la dimensión de la resiliencia predominantemente afectada en más del 50% de las participantes y la ansiedad moderada es el grado predominante en más del 60%, no existiendo una asociación estadística significativa entre ambas variables.

V. OBJETIVOS

VI. Objetivo General

Analizar la dimensión de la resiliencia mayormente afectada, el grado de ansiedad predominante y la asociación estadística entre ambas variables en mujeres víctimas de violencia que acuden al módulo de Provida del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, durante 2019.

VII. Objetivos específicos

- ❖ Determinar la resiliencia en las participantes
- ❖ Identificar las dimensiones de la resiliencia presentes en las mujeres
- ❖ Determinar el grado de ansiedad que presentan las mujeres
- ❖ Asociar cada una las dimensiones de la resiliencia con la ansiedad
- ❖ Clasificar los tipos de violencia en las participantes
- ❖ Asociar la resiliencia con la ansiedad en las participantes
- ❖ Asociar la resiliencia y la ansiedad con los tipos de violencia que han sufrido las mujeres.
- ❖ Relacionar las dimensiones de la resiliencia y la ansiedad por edad.
- ❖ Relacionar las dimensiones de la resiliencia y la ansiedad por escolaridad.
- ❖ Especificar las dimensiones de la resiliencia y la ansiedad por ocupación.
- ❖ Identificar las dimensiones de la resiliencia y la ansiedad por religión.
- ❖ Relacionar las dimensiones de la resiliencia y la ansiedad por estado civil.

VI. MÉTODO

VI.1. Tipo de estudio

Transversal, analítico, observacional y prospectivo.

VI.2. Diseño del estudio

Previo al desarrollo del estudio, se solicitó la aprobación de las autoridades del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, con la finalidad aplicar un cuestionario con el llenado de dos instrumentos a las mujeres que acuden a consulta del programa Provida.

Al iniciar, se explicó a las pacientes el objetivo e importancia del estudio y se solicitó su participación. En caso de aceptar, bajo consentimiento informado, se aplicaron los instrumentos, el primero para dimensiones de la resiliencia y el segundo para ansiedad. La duración no fue mayor a treinta minutos.

Posteriormente, la información obtenida se analizó mediante el uso de tablas comparativas, gráficos y demás instrumentos de análisis de datos para encontrar o no una asociación estadísticamente significativa entre las dos variables de estudio.

VI.3. Operacionalización de las variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ÍTEMS
RESILIENCIA	Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas.	Capacidad que tienen las mujeres que han sido víctimas de violencia para sobreponerse a dicha situación. Se determinará con el puntaje obtenido en la escala RESI-M. La constituyen cinco dimensiones:	Cualitativa ordinal	Se suma el total de puntos y se calcula el porcentaje respecto al máximo posible Resiliencia: • Baja: 0-50% • Media: 51-75% • Alta: 76-100%	II-1-43

FORTALEZA Y CONFIANZA EN SÍ MISMO	Acciones realizadas para alcanzar objetivos personales claros, así como confianza en que se va a tener éxito. Implica optimismo, fortaleza y tenacidad para enfrentar los retos.	Acciones para alcanzar objetivos personales claros y confianza en que se tendrá éxito.	Cualitativa Ordinal	*Baja: 0-50% *Media:51-75% *Alta:76-100%	II-1-19
COMPETENCIA SOCIAL	Competencia de los individuos para relacionarse con otros, la facilidad para hacer nuevos amigos, hacer reír a las personas y disfrutar de una conversación	Competencia de los individuos para relacionarse con otros	Cualitativa Ordinal	*Baja: 0-50% *Media:51-75% *Alta:76-100%	II- 20-27
APOYO FAMILIAR	Calidad de las relaciones familiares, es decir, apoyo, cariño, lealtad, tiempo de convivencia y similares visiones de la vida	Calidad de las relaciones familiares	Cualitativa Ordinal	*Baja: 0-50% *Media:51-75% *Alta:76-100%	II- 28-33
APOYO SOCIAL	Vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto de personas, con las cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.	Vínculos existentes entre el sujeto y el conjunto de personas con las que interactúa	Cualitativa Ordinal	*Baja: 0-50% *Media:51-75% *Alta:76-100%	II- 34-38
ESTRUCTURA	Reglas y actividades que llevan a cabo las personas y que les facilitan tener organización y orden en su vida	Reglas y actividades que facilita la organización y orden en la vida	Cualitativa Ordinal	*Baja: 0-50% *Media:51-75% *Alta:76-100%	II- 39-43
ANSIEDAD	Estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprehensión y temor, en aquellas situaciones que fueron percibidas como amenazantes.	Estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprehensión y temor, en las mujeres con violencia.	Cualitativa ordinal	Se suma el total de puntos Ansiedad baja: 0-21 Ansiedad moderada: 22-35 Ansiedad severa: más de 36	III-1-21

TIPOS DE VIOLENCIA	Acciones u omisiones cometidas tanto en el ámbito privado como en el público que causen daño o sufrimiento, dividiéndolas de acuerdo con el ámbito personal que sea dañado.	Acciones u omisiones cometidas tanto en el ámbito privado como en el público que causen daño o sufrimiento en la mujer, clasificadas de acuerdo con el ámbito personal que sea dañado	Cualitativa Nominal	* Violencia física * Violencia psicológica * Violencia sexual	I-6
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos al momento del estudio, agrupado por quinquenios	Cuantitativa Discreta	15-24 años 25-34 años 35-44 años 45-55 años	I-1
ESCOLARIDAD	Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos	Grado máximo de estudios concluidos	Cualitativa Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Bachillerato o Técnico Profesional Postgrado	I-2
OCUPACIÓN	Aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente.	Aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente.	Cualitativa Nominal	Estudiante Empleada Comerciante Ama de casa Otro	I-3
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil, en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Situación del individuo referente a sus lazos con otra y el reconocimiento legal.	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Divorciada Unión libre Viuda Otro	I-4
RELIGIÓN	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto	Doctrinas de acuerdo a las creencias	Cualitativa Nominal	Católico Cristiano Testigo de Jehová Otra	I-5

VI.4. Universo de trabajo.

El universo de trabajo para la realización de éste estudio fueron todas las mujeres que acudieron a consulta del módulo Provida del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, de julio a diciembre de 2019.

VI.4.1. Criterios de inclusión.

- Mujeres que acuden a consulta del módulo Provida del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz.
- Edades entre 15-54 años.
- Autonomía cognitiva
- Entendimiento del español.
- Participación voluntaria en el estudio y autorización mediante el consentimiento informado llenado antes de comenzar la aplicación de instrumentos

VI.4.2. Criterios de exclusión.

- Menores de 15 años.
- Mayores de 54 años.
- Personas que una vez contactadas no quieran participar en el estudio.
- Personas que no firmen el consentimiento informado.

VI.4.3. Criterios de eliminación.

- Cuando la participante no haya contestado completamente los instrumentos o que al momento de la aplicación decida ya no querer contestarlos.
- Cuando se presente alguna condición durante la aplicación que, de acuerdo con la tesista, pueda intervenir en las respuestas.

VI.5. Instrumento de investigación.

Para éste trabajo se utilizó una cédula de recolección de información, dividida en tres apartados, el primer apartado corresponde a una cédula de identificación y los dos

restantes están conformados por los instrumentos de medición que se aplicaron, ambos con escalas tipo Likert.

Los instrumentos de medición empleados fueron:

- Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)
- Inventario de Ansiedad de Beck

VI.5.1. Descripción.

La Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), fue desarrollada por Palomar y Gómez, en 2010, consiste en un cuestionario tipo Likert con puntuaciones de 1 a 4, que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, está conformado por cinco dimensiones: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer, en 1988, determina el grado de ansiedad consta de una escala tipo Likert con 21 ítems que son valorados con puntaje de 0 a 3, de acuerdo con el grado de molestia, que abarca desde En absoluto hasta Severamente.

VI.5.2. Validación del instrumento.

De acuerdo con lo descrito por los mismos autores que la desarrollaron, la Escala de Resiliencia Mexicana tiene una confiabilidad calculada con el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.93; en tanto que la confiabilidad de las dimensiones oscila entre 0.79 y 0.92. (20)

El Inventario de Ansiedad de Beck, tiene validación en la población mexicana desarrollada por Robles, Varela, Jurado y Páez en 2001, dónde obtuvo un índice de confiabilidad para la escala total con Alfa de Cronbach de 0.83. (47)

VI.5.3. Aplicación.

La aplicación de los instrumentos se realizó directamente por la tesista.

VI.6. Límite de tiempo y espacio.

El presente trabajo de investigación se realizó en las instalaciones designadas para la tesista en los consultorios de Psicología, Provida y laboratorio del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, durante el periodo comprendido de julio a diciembre de 2019.

VI.7. Método (desarrollo del proyecto)

Previo autorización de las autoridades correspondientes y del departamento de psicología del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, se accedió a las pacientes que acuden a consulta del módulo Provida, las cuales fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión

Se explicó a las pacientes el objeto del estudio, aquellas que accedieron a participar, firmaron un consentimiento informado, para posteriormente, aplicar los instrumentos elegidos dentro de los tiempos de espera.

Una vez completados los instrumentos, se calificaron y estratificaron para analizar los datos y obtener resultados.

VI.8. Diseño estadístico.

La recolección de datos se realizó por medio de la aplicación de los instrumentos. Posteriormente se procesaron los datos obtenidos, creando una base de datos para su posterior tabulación y clasificación de acuerdo a cada variable. Se elaboraron cuadros y gráficas que permitan resumir y presentar la información.

Para el análisis se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrada (X^2), con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación y cumplir así el objetivo general. Finalmente, se interpretaron los resultados.

VII. ORGANIZACIÓN.

Tesista:

Q.F.B. Karen Adriana Avila Arzate

Directores de tesis:

Dra. en C. Ed. Margarita Marina Hernández González

Dr. en C. Alberto Ernesto Hardy Pérez

Que para efectos de publicación o presentación en eventos académicos la tesista siempre será el primer autor y los directores de tesis será coautores.

VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS.

De conformidad con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la presente investigación conserva las siguientes consideraciones:

Artículo 13. Prevalece el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de las participantes.

Artículo 14. Los instrumentos serán aplicados con autorización previa de las autoridades correspondientes y psicología del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz. Toda la información recolectada en la presente investigación será utilizada con fines estrictamente académicos y con absoluta confidencialidad de la información.

Artículo 17. Se considera una investigación sin riesgo ni daño para la integridad de las participantes, ya que únicamente se aplicarán cuestionarios.

Artículo 20. Se explicará y llenará un consentimiento informado previo al estudio.

Así mismo, a fin de mantener la concordancia con las normas internacionales de Bioética; el presente estudio se estableció en los principios bioéticos de no maleficencia y autonomía, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su última revisión en Fortaleza (Brasil. 2013) y el Informe Belmont.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

El presente estudio fue realizado para analizar la probable asociación entre las dimensiones de la resiliencia y el grado de ansiedad en mujeres víctimas de violencia que acudieron al Módulo Provida del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” durante los meses de julio a diciembre de 2019. En éste periodo se aplicó el instrumento de investigación a 67 mujeres, 13 de ellas fueron eliminadas al aplicar los criterios de eliminación, quedando un total de 54 participantes.

En el cuadro número 1, se presenta el grado de ansiedad de acuerdo con el valor de cada una de las cinco dimensiones de la resiliencia que considera el instrumento de investigación. Se observa que las dimensiones fortaleza y confianza, así como estructura, muestran un patrón parecido; cuando la dimensión es alta, la ansiedad es predominantemente baja, mientras que, cuando la dimensión es media o baja, la ansiedad es moderada y severa. También es notable que, en la dimensión competencia social predomina el indicador medio con el 53.7% de los datos, y en él se tienen los tres grados de ansiedad con la siguiente distribución: baja 22.2%, moderada 11.7% y severa 20.4%. (Cuadro 1-A, Gráfica 1-A, Gráfica 1-B, Gráfica 1-C, Gráfica 1-E)

Por otra parte, aunque la mayoría de las mujeres obtuvieron el indicador alto en las dimensiones apoyo familiar y apoyo social, una importante cantidad de ellas presenta ansiedad moderada y severa. (Cuadro 1, Gráfica 1-C, Gráfica 1-D)

Para dar cumplimiento al objetivo general, se aplicó a cada una de las dimensiones de la resiliencia de acuerdo con la ansiedad, la prueba estadística Chi Cuadrada (χ^2) con un nivel de significancia de 0.05 y 4 grados de libertad, ya que el valor tabulado para Chi cuadrada (χ^2) es de 9.48, se tuvieron los siguientes resultados.

Para fortaleza y confianza en sí mismo la Chi Cuadrada fue de 19.93, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una asociación estadística significativa entre ansiedad y la dimensión fortaleza y confianza en sí mismo.

Así mismo, se encuentra que también existe asociación estadísticamente significativa entre ansiedad y las dimensiones estructura y competencia social: al obtenerse 48.8 y 9.7 respectivamente. Por el contrario, las dimensiones apoyo familiar y apoyo social no tienen una asociación estadísticamente significativa con ansiedad.

Respecto a la resiliencia presente en las mujeres participantes, 29 (53.7%) tuvieron resiliencia alta, 21 (38.9%) resiliencia moderada y 4 (7.4%) resiliencia baja (Cuadro 2, Gráfica 2); estos resultados concuerdan con otros estudios donde la resiliencia de mujeres maltratadas fue predominantemente alta, como los de Jaramillo et al. (49) y Canaval G et al. (50)

En el cuadro 3 se observan los indicadores obtenidos para cada dimensión de la resiliencia; se considera que la dimensión está afectada cuando se obtienen los indicadores media o baja, en éste entendido, la dimensión más afectada es competencia social con 75.9%, mientras que la menos afectada es apoyo social con 25.9%. Por otra parte, en éste mismo cuadro puede notarse que las dimensiones con mayor frecuencia en el indicador alto son apoyo familiar y apoyo social con 61.1% y 74.1% respectivamente. En el caso de fortaleza y confianza en sí mismo la dimensión presenta en indicador alto en 48.1% y está afectada en 51.9% de las mujeres participantes. (Cuadro 3, Gráfica 3)

No se encontraron estudios donde se utilicen los mismos indicadores, sin embargo, aunque no son comparables, una investigación realizada por Cordero y Teyes (51) realizada entre 2014 y 2015, en víctimas de violencia doméstica concluye que, las mujeres entrevistadas mantenían la confianza como base fundamental para desarrollar otros factores resilientes; así mismo, apoyo familiar y apoyo social fueron considerados factores que favorecen la resiliencia se presentaron con valores altos, de la misma forma que en el presente estudio.

En cuanto a la variable ansiedad, el grado encontrado más frecuente en las mujeres víctimas de violencia fue baja en 37.1%, seguido severa en 35.2% y finalmente, moderada en 27.7%. (Cuadro 4, Gráfica 4)

Estos hallazgos no coinciden por lo reportado en 2019 por Lara C, et al., (52), quienes encontraron que la ansiedad en mujeres víctimas de violencia se distribuyó de la siguiente forma: alta 1.9%, moderada 91.4% y baja 6.7%, la discrepancia es notable, sin embargo, cabe señalar que la media de edad de las mujeres en el estudio citado es de 38.5 años, mientras que, en la presente investigación, fue de 20.2 años.

Respecto al tipo de violencia es determinado por el área de psicología del módulo próvida; resulta útil para representar el principal motivo de consulta y establecer el protocolo de tratamiento. De acuerdo con ésta clasificación, de las mujeres víctimas de violencia participantes, 41 (75.9%) acudieron por violencia sexual, 7 (13%) por violencia psicológica y 6 (11.1%) por violencia física. Sin embargo, cabe señalar que, de acuerdo con el instrumento de detección de violencia del Instituto de Salud del Estado de México, de las 54 mujeres participantes, 11 (20.4%) han sufrido dos tipos de violencia y 31 (57.4%) los tres tipos de violencia. (Cuadro 5, Gráfica 5)

Aunado a lo anterior, el cuadro 7 muestra que, las mujeres con violencia física y psicológica presentan mayormente ansiedad severa y resiliencia media o baja, contrario a las que sufrieron violencia sexual, donde la mayor frecuencia se encuentra en ansiedad baja y resiliencia alta. (Cuadro 7, Gráfica 7-A, Gráfica 7-B, Gráfica 7-C)

En comparación con los estos datos, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016 (53) muestra que, el tipo de violencia más frecuente en mujeres mayores de 15 años fue psicológica con 31%, seguida de sexual con 23.2% y por último física con 12%; en esta misma encuesta, se determina el tipo de agresor como pareja o externo; en el casos de violencia sexual son mayores los datos de agresores externos que de la pareja, no así en la violencia psicológica y física donde la pareja es la principal fuente de agresión. Vale la pena destacar estos datos, porque, las pacientes que llegan al módulo próvida son generalmente las que han realizado una denuncia formal de la situación de violencia; la violencia más observada es la sexual porque se trata de agresores externos, en tanto que las que se dan dentro de la pareja o la familia tienden a ser menos denunciadas y atendidas, salvo en casos severos. En concordancia, Soto (54) señala que, en Metepec, Estado de México durante 2018, se atendieron por el

DIF 121 quejas por maltrato, de las cuales solo 12 derivaron en denuncia. Los principales motivos para no atender ni denunciar violencia perpetrada por la pareja de acuerdo con la ENDIREH 2016 (53) son: no brindarle importancia (38.5%), por mantener la figura paterna ante los hijos (23.3%), por vergüenza con la sociedad (18.6%) y por miedo a represalias (17.3%). Otra posible explicación, es la presencia de síndrome de Estocolmo en Mujeres Mexicanas Víctimas de Violencia de Pareja como lo indica Rizo et al. (55)

El cuadro número 6, muestra la resiliencia y ansiedad, en él puede observarse que, en las mujeres con resiliencia baja, la ansiedad es severa y moderada, mientras que en las mujeres con resiliencia alta la ansiedad es mayormente baja. Se determinó la asociación entre ansiedad y resiliencia, mediante Chi Cuadrada concluyendo que existe una asociación estadísticamente significativa entre trastornos de ansiedad y resiliencia baja. (Cuadro 6, Gráfica 6)

Por otra parte, el 79.9% de las mujeres participantes corresponden al grupo de edad de 15-24 años, reflejándose en las medidas de tendencia central, con los siguientes resultados: media 20.2 años, desviación estándar 8.3 años, mediana 16 años y moda 15 años. El 20.1% de las mujeres restantes se distribuyeron por edad de la siguiente forma 11.1% de 25 a 34 años, 6.2% de 45 a 54 años y 1.8% de 55 a 64 años. (Cuadro 8) Esto coincide con lo reportado por Albarrán (14), quien identificó que las edades con mayor frecuencia de atención por violencia sexual fueron 14(20.3%), 15(21.6%) y 16(17.6%).

Referente a la presentación de las dimensiones de la resiliencia y la ansiedad de acuerdo con la edad; se puede notar que, en las mujeres de los grupos de edad más avanzada (35-44 y 45-64) predomina la ansiedad moderada y severa, no así en aquellas de los grupos de menor edad (15-24 y 25-34), donde la ansiedad es predominantemente baja. En tanto, las dimensiones de resiliencia muestran distribuciones muy semejantes en todos los grupos de edad. (Cuadro 8)

En contraste con lo anterior, González et al. (56) en un estudio realizado a población general, encontró que, en las mujeres participantes las puntuaciones de factores internos

y externos de resiliencia aumentaron progresivamente con la edad. Esta diferencia puede ser resultado de la situación de violencia en la que viven las mujeres.

Por otra parte, la distribución por nivel de escolaridad de las participantes fue: ninguno 5.5%, primaria 7.3%, secundaria 42.7%, bachillerato 31.7% y profesional 9.2%. (Cuadro 9) Es posible atribuir éstos resultados principalmente a la edad de las participantes.

A cerca de la ocupación, 52% refirieron ser estudiantes, 27.8% amas de casa, 16.6% empleadas y 3.6% clasificadas como otra, refirieron no tener ocupación. (Cuadro 10)

En relación al estado civil, 79.8% respondieron ser solteras, 14.7% vivir en unión libre, 3.6% ser divorciadas y 1.8% casadas. Nuevamente, al igual que el nivel escolar, es posible atribuir éstos resultados principalmente a la edad, aunque, cabe destacar que, el grupo de mujeres con ansiedad baja estuvo conformado por mujeres solteras y en unión libre, mientras que las mujeres divorciadas y casadas se distribuyeron en los indicadores de ansiedad moderada y severa. (Cuadro 11)

Finalmente, de acuerdo a la religión a la que practican, 47 (87.2 %) pertenecen al catolicismo, 3 (5.5%) al cristianismo, y 4(7.4%) fueron clasificadas como otras, de las que, una declaro ser mormona y tres ateas. Esto corresponde a las mismas características de la población de la región. (Cuadro 12)

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro No.1

Dimensiones de la resiliencia y ansiedad en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.

Ansiedad		Severa		Moderada		Baja		Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	
Dimensiones de la resiliencia	Fortaleza y confianza en sí mismo	Baja	5	9.2	3	5.6	0	0	8	14.8
		Media	11	20.4	6	11.1	3	5.6	20	37.1
		Alta	3	5.6	6	11.1	17	31.4	26	48.1
	Total	19	35.2	15	27.8	20	37	54	100	
Competencia social	Baja	7	13	4	7.4	1	1.8	12	22.2	
	Media	11	20.4	6	11.1	12	22.2	29	53.7	
	Alta	1	1.8	5	9.3	7	13	13	24.1	
	Total	19	35.2	15	27.8	20	37	54	100	
Apoyo familiar	Baja	4	7.4	3	5.6	0	0	7	13	
	Media	6	11.1	4	7.4	4	7.4	14	25.9	
	Alta	9	16.7	8	14.8	16	29.6	33	61.1	
	Total	19	35.2	15	27.8	20	37	54	100	
Apoyo Social	Baja	4	7.4	2	3.7	0	0	6	11.1	
	Media	2	3.7	4	7.4	2	3.7	8	14.8	
	Alta	13	24.1	9	16.7	18	33.3	40	74.1	
	Total	19	35.2	15	27.8	20	37	54	100	
Estructura	Baja	7	13	1	1.8	0	0	8	14.8	
	Media	8	14.8	8	14.8	4	7.4	20	37	
	Alta	4	7.4	6	11.1	16	29.7	26	48.2	
	Total	19	35.2	15	27.7	20	37.1	54	100	

Fuente: concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencias. %= porcentaje

Cuadro No.1-A

Dimensiones de la resiliencia y su asociación con ansiedad en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.

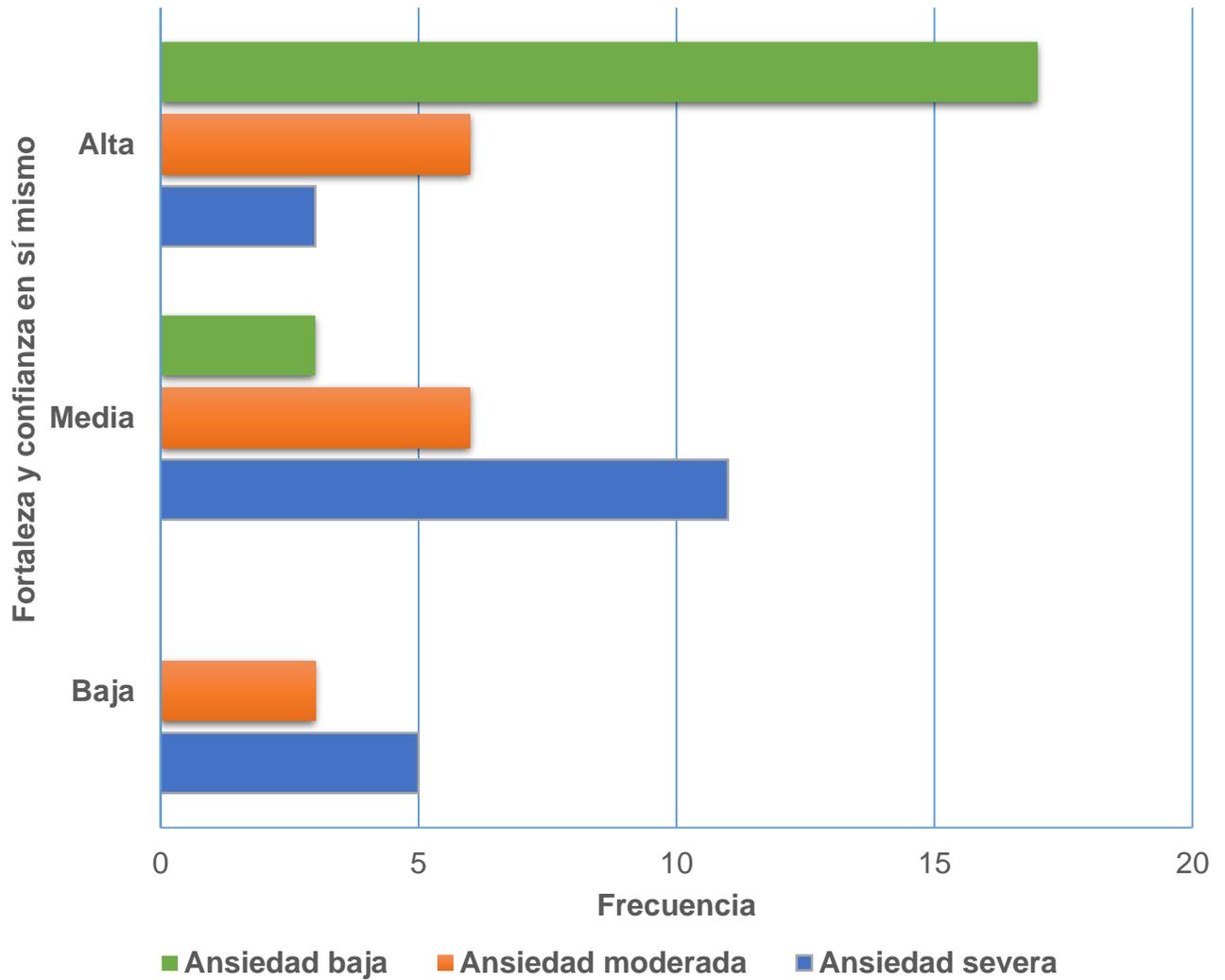
Dimensiones de la resiliencia	Chi Cuadrada calculada	Chi Cuadrada tabulada	Asociación estadísticamente significativa
Fortaleza y confianza en sí mismo	19.93	9.48	Si
Competencia social	9.7	9.48	Si
Apoyo familiar	6.6	9.48	No
Apoyo social	7.2	9.48	No
Estructura	48.8	9.48	Si

Fuente: concentrado de datos

Notas aclaratorias: Chi cuadrada con nivel de confianza de 95%, y 4 grados de libertad.

Gráfica No.1-A

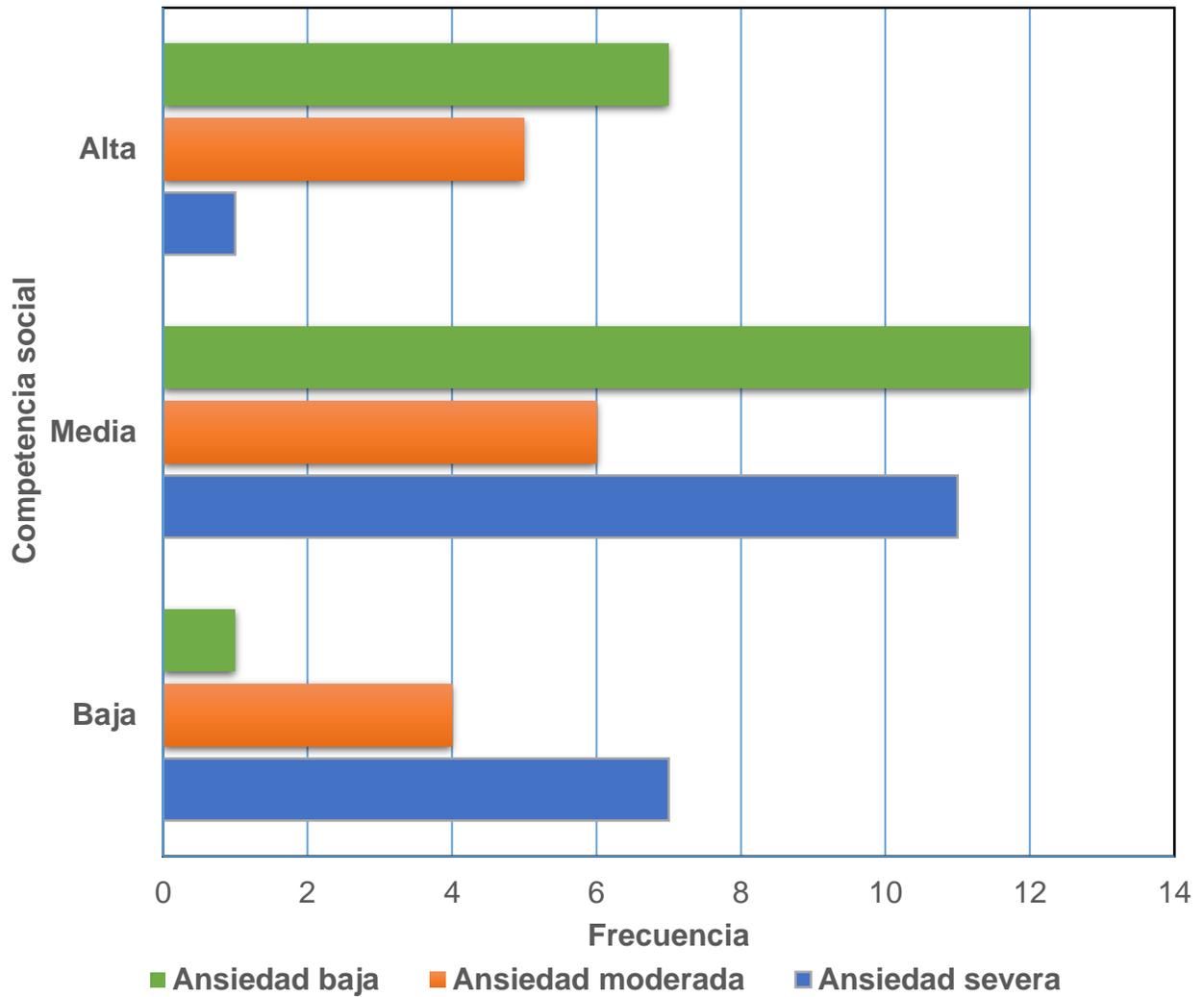
Ansiedad según el nivel de fortaleza y confianza en sí mismo en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro 1.

Gráfica No.1-B

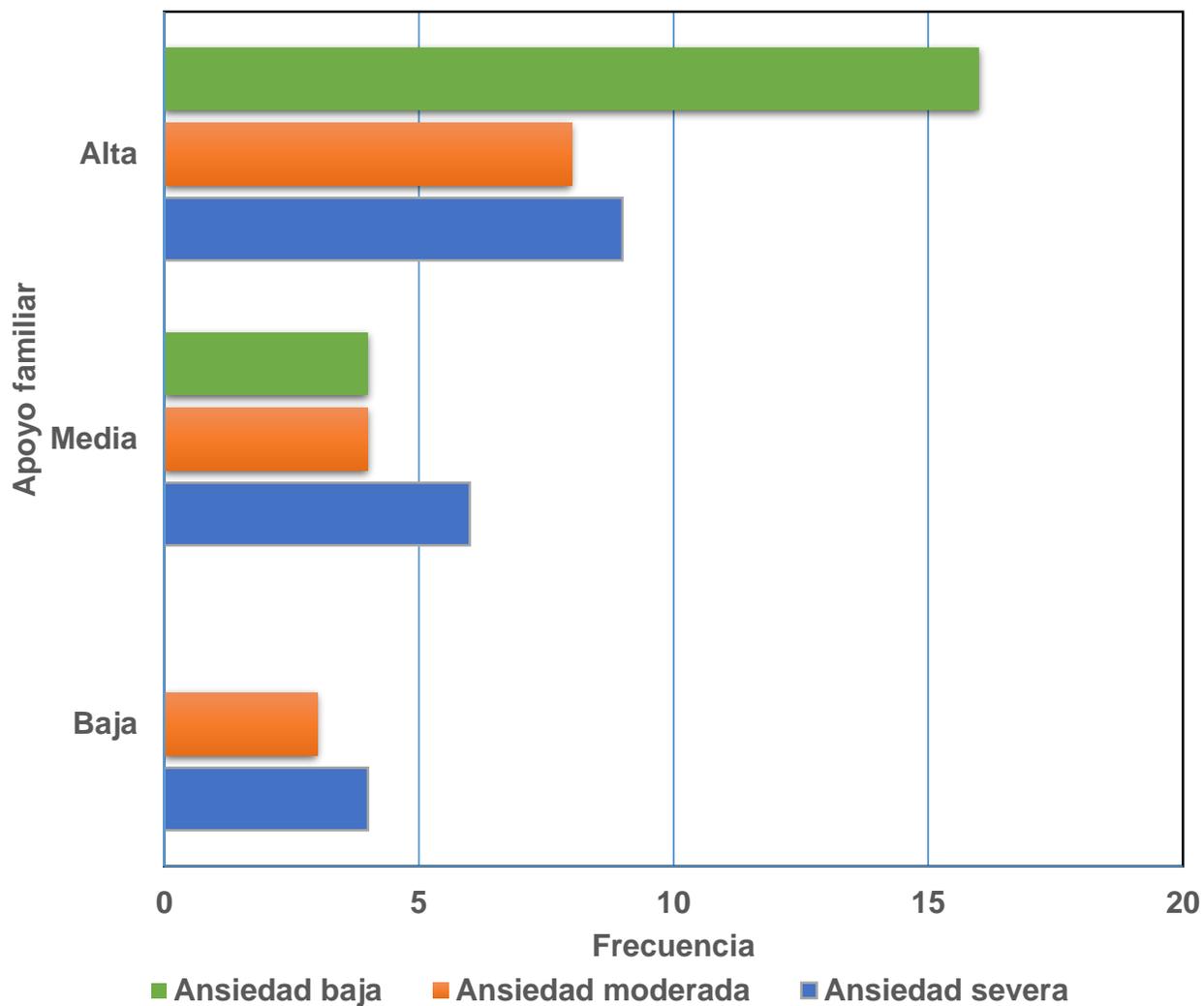
Ansiedad según el nivel de competencia social en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro 1.

Gráfica No.1-C

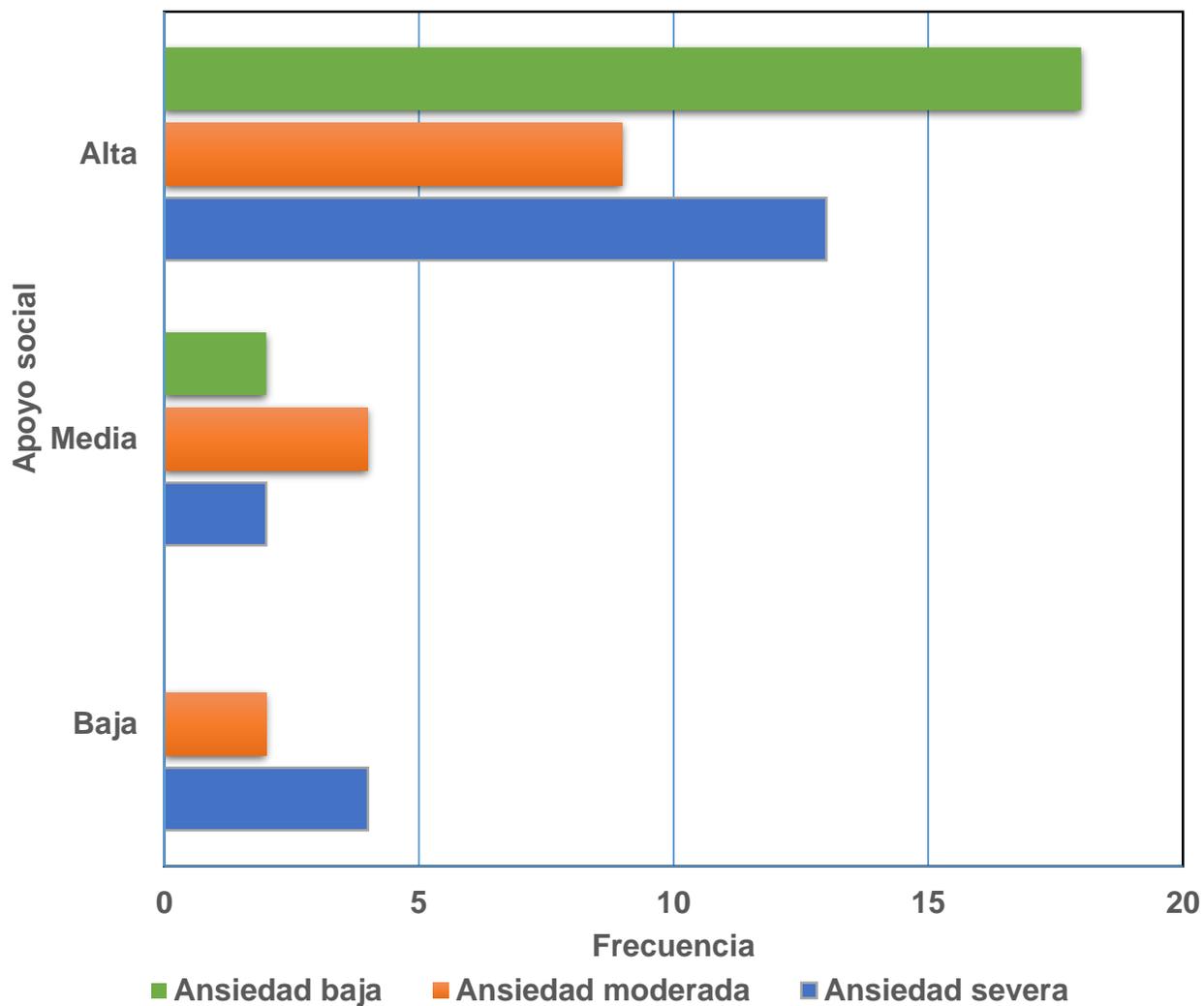
Ansiedad según el nivel de apoyo familiar en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro 1.

Gráfica No.1-D

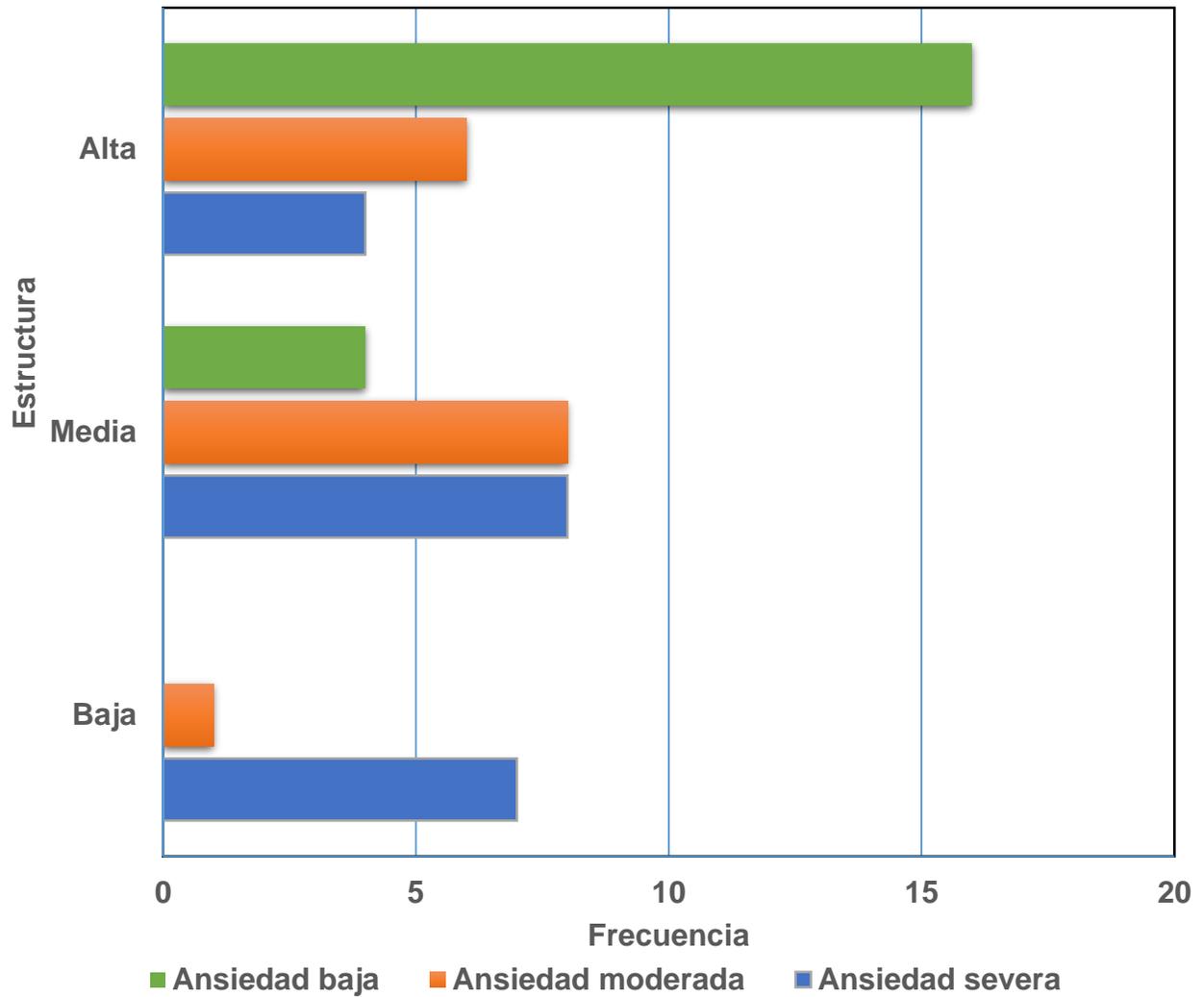
Ansiedad según el nivel de apoyo social en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro 1.

Gráfica No.1-E

Ansiedad según el nivel de estructura en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro 1.

Cuadro No.2

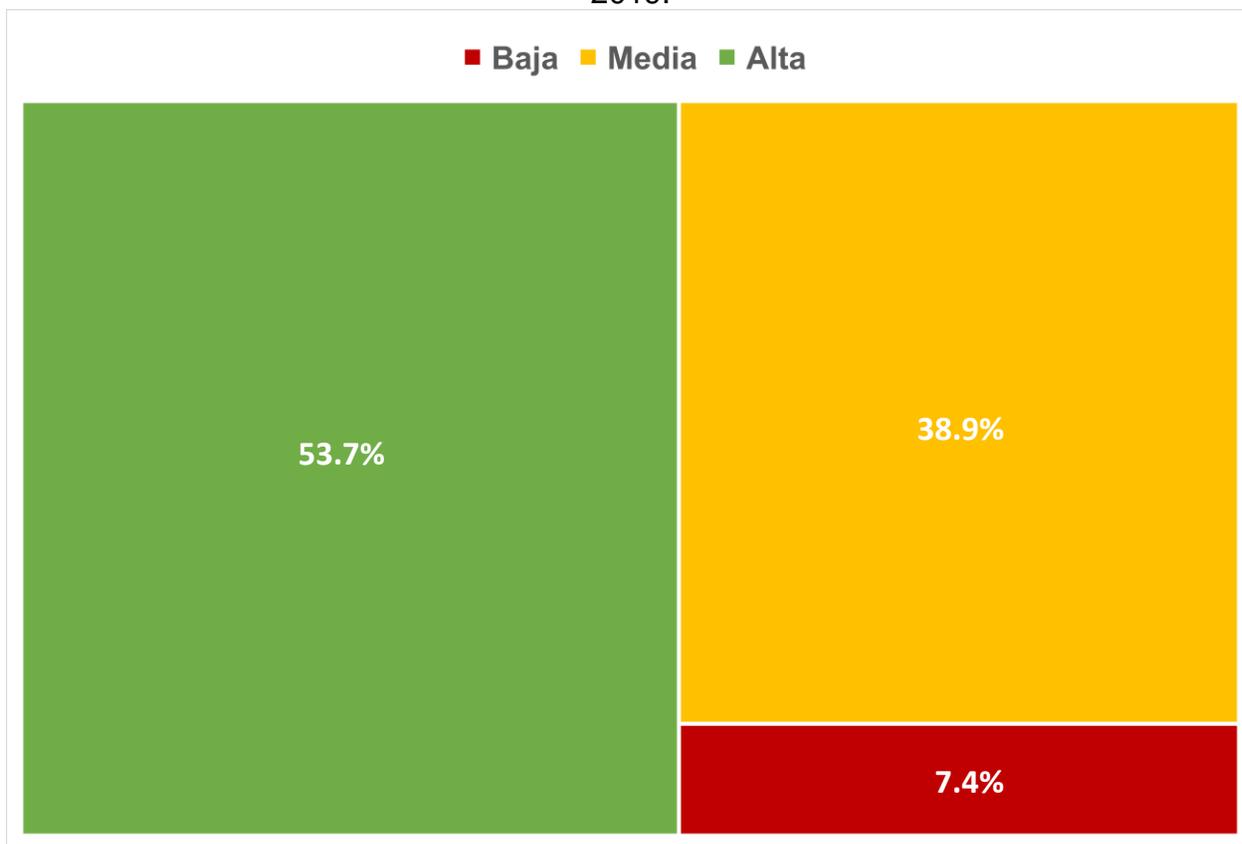
Resiliencia en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.

Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Baja	4	7.4
Media	21	38.9
Alta	29	53.7
Total	54	100

Fuente: concentrado de datos

Gráfica No.2

Resiliencia en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No.2.

Cuadro No.3

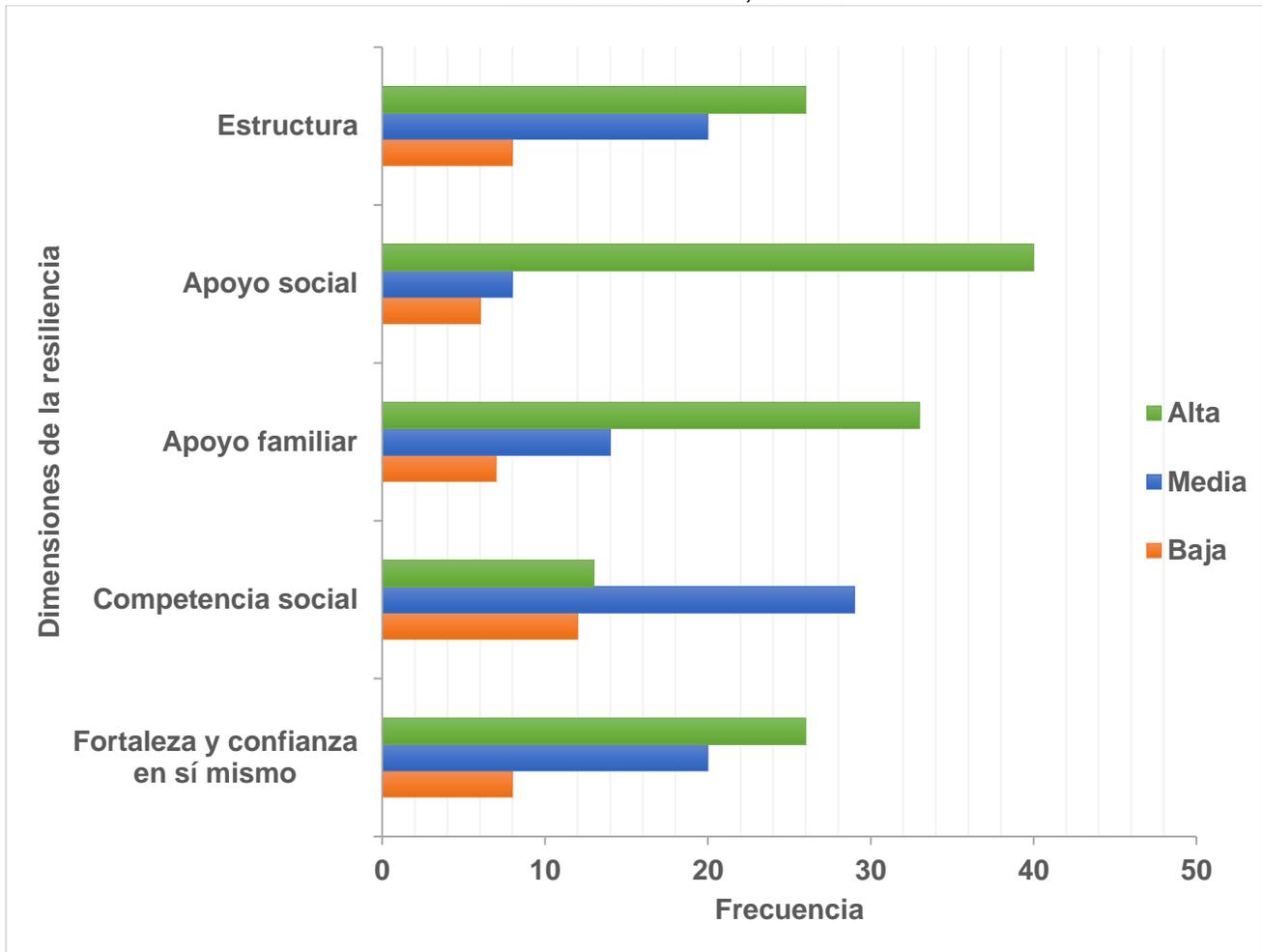
Dimensiones de la resiliencia en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal
"Mónica Pretelini", 2019.

Dimensiones de la resiliencia		Frecuencia	Porcentaje
Fortaleza y confianza en sí mismo	Baja	8	14.8
	Media	20	37.1
	Alta	26	48.1
Total		54	100
Competencia social	Baja	12	22.2
	Media	29	53.7
	Alta	13	24.1
Total		54	100
Apoyo familiar	Baja	7	13
	Media	14	25.9
	Alta	33	61.1
Total		54	100
Apoyo Social	Baja	6	11.1
	Media	8	14.8
	Alta	40	74.1
Total		54	100
Estructura	Baja	8	14.8
	Media	20	37
	Alta	26	48.2
Total		54	100

Fuente: concentrado de datos

Gráfica No.3

Dimensiones de la resiliencia en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro No.3.

Cuadro No.4

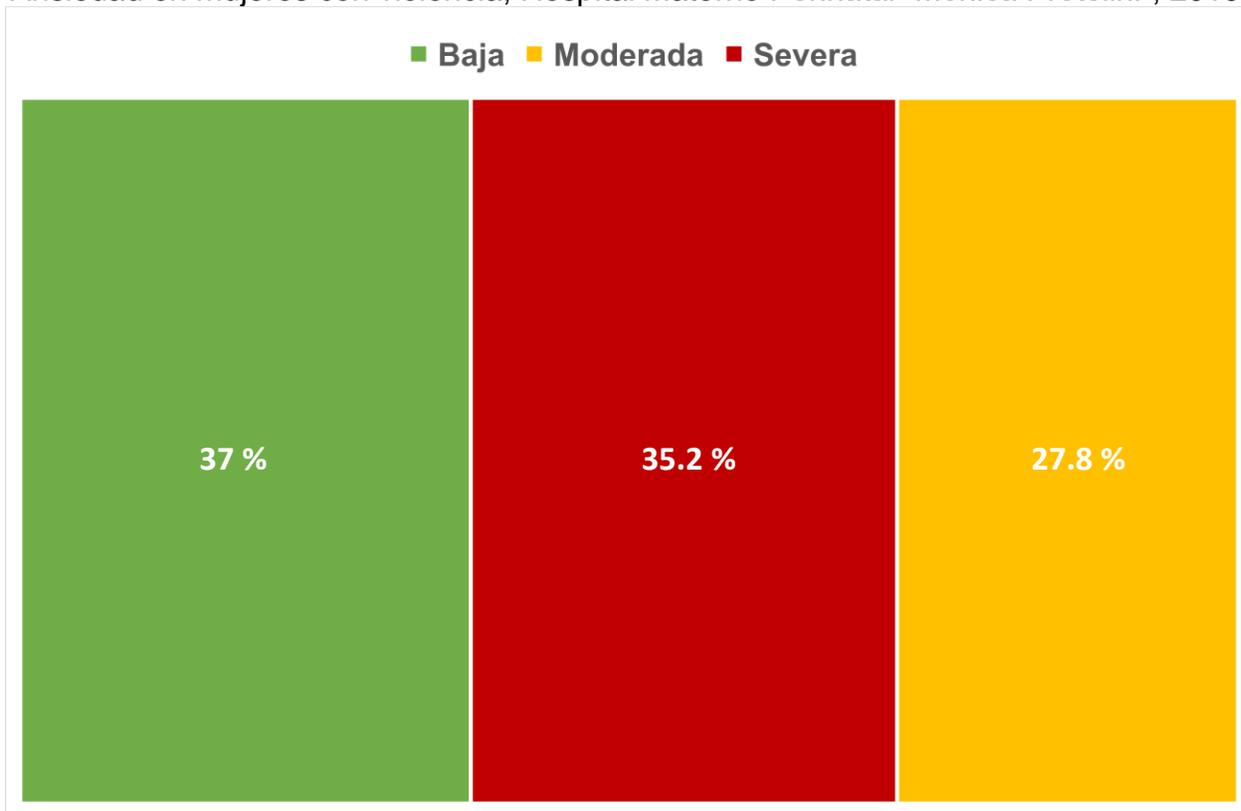
Ansiedad en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Baja	20	37
Moderada	15	27.8
Severa	19	35.2
Total	54	100

Fuente: concentrado de datos

Gráfica No.4

Ansiedad en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No.4.

Cuadro No.5

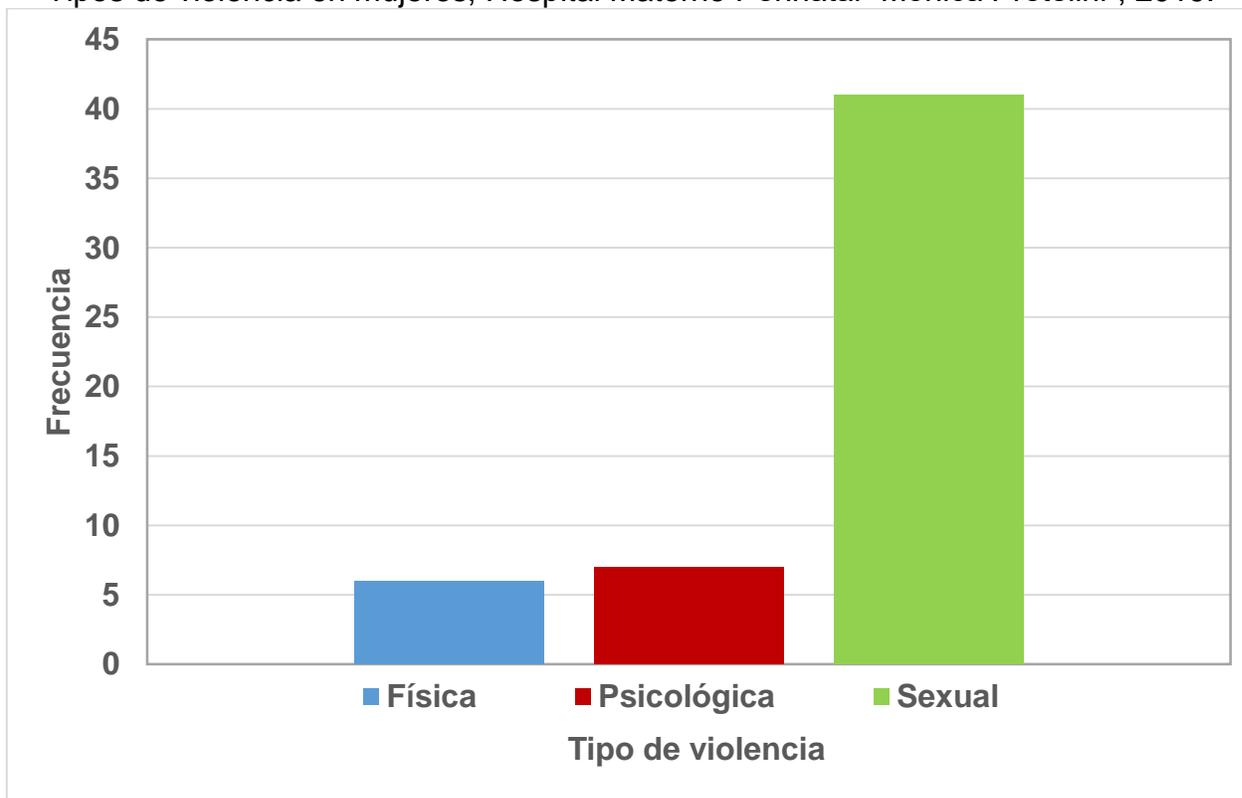
Tipos de violencia en mujeres, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.

Tipo de violencia	Frecuencia	Porcentaje
Física	6	11.1
Psicológica	7	13
Sexual	41	75.9
Total	54	100

Fuente: concentrado de datos

Gráfica No.5

Tipos de violencia en mujeres, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Gráfica No.5.

Cuadro No.6

Resiliencia y ansiedad en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.

Resiliencia \ Ansiedad	Severa		Moderada		Baja		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Baja	2	3.7	2	3.7	0	0	4	7.4
Media	13	24.1	6	11.1	2	3.7	21	38.9
Alta	4	7.4	7	13	18	33.3	29	53.7
Total	19	35.2	15	27.8	20	37	54	100

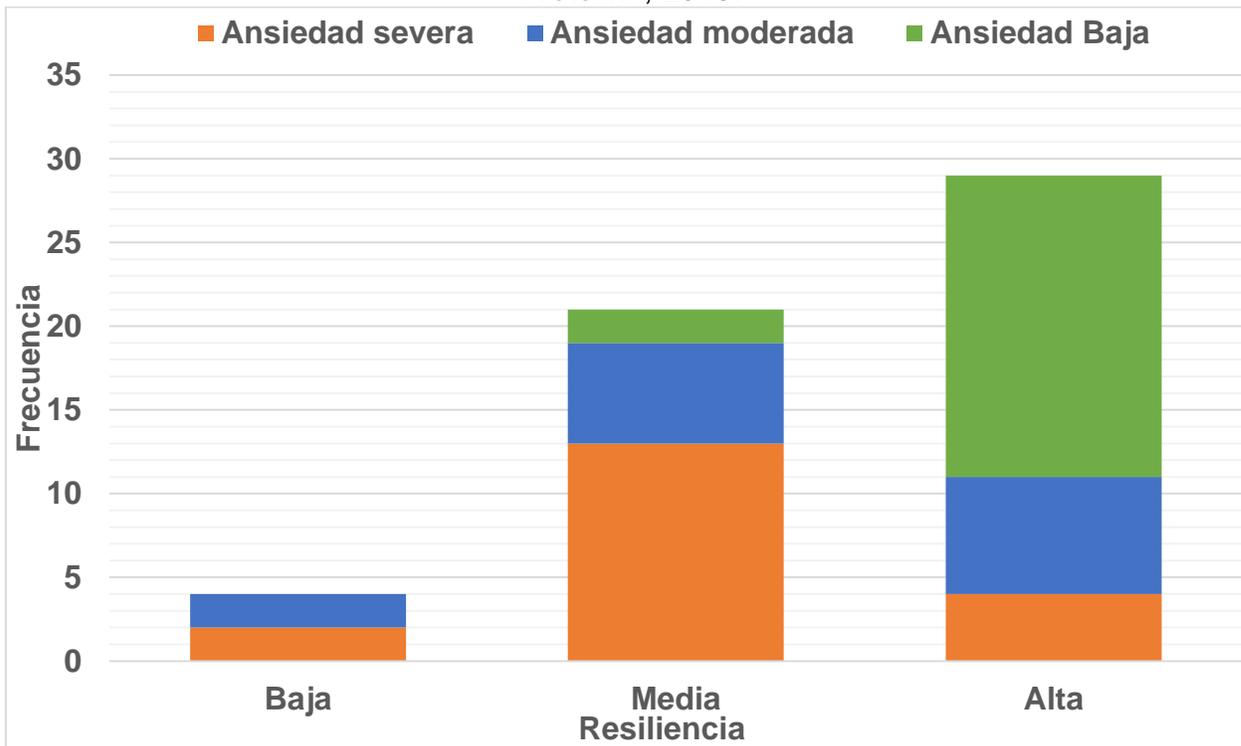
Fuente: concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencias. %= porcentaje

Prueba estadística: Chi Cuadrada= 19.8, con nivel de confianza de 95%, y 4 grados de libertad.

Gráfica No.6

Resiliencia y ansiedad en mujeres con violencia, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No.6.

Cuadro No.7

Resiliencia y ansiedad por tipo de violencia en mujeres, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.

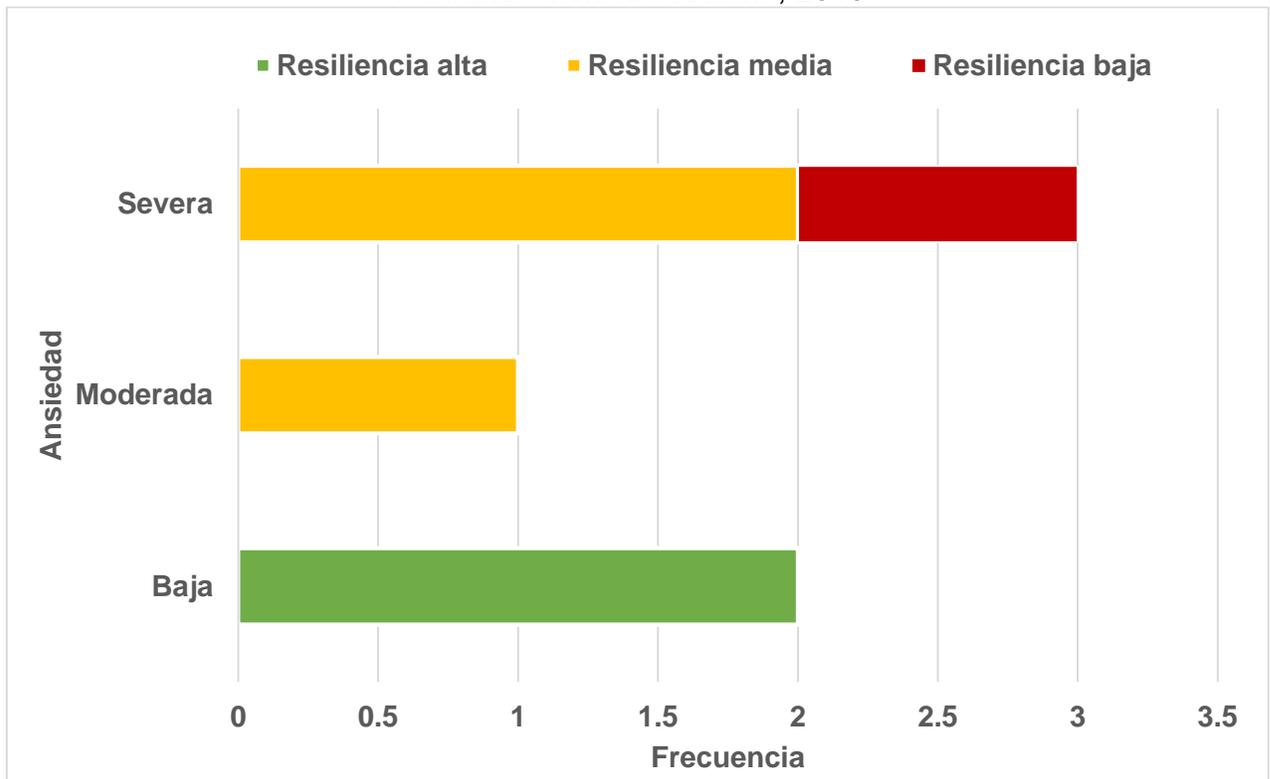
Ansiiedad Tipo de violencia	Severa						Moderada						Baja						Total	
	Fis		Psic		Sex		Fis		Psic		Sex		Fis		Psic		Sex			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Resiliencia																				
Baja	1	1.8	1	1.9	0	0	0	0	1	1.8	1	1.9	0	0	0	0	0	0	4	7.4
Media	2	3.7	3	5.6	8	14.8	1	1.8	0	0	5	9.3	0	0	0	0	2	3.7	21	38.9
Alta	0	0	1	1.8	3	5.6	0	0	0	0	7	13	2	3.7	1	1.8	15	27.8	29	53.7
Total	3	5.5	5	9.3	11	20.4	1	1.8	1	1.8	13	24.2	2	3.7	1	1.8	17	31.5	54	100

Fuente: concentrado de datos

Notas aclaratorias: Fis= violencia física. Psic= violencia psicológica. Sex= violencia sexual. F= frecuencias. %= porcentaje

Gráfica No.7-A

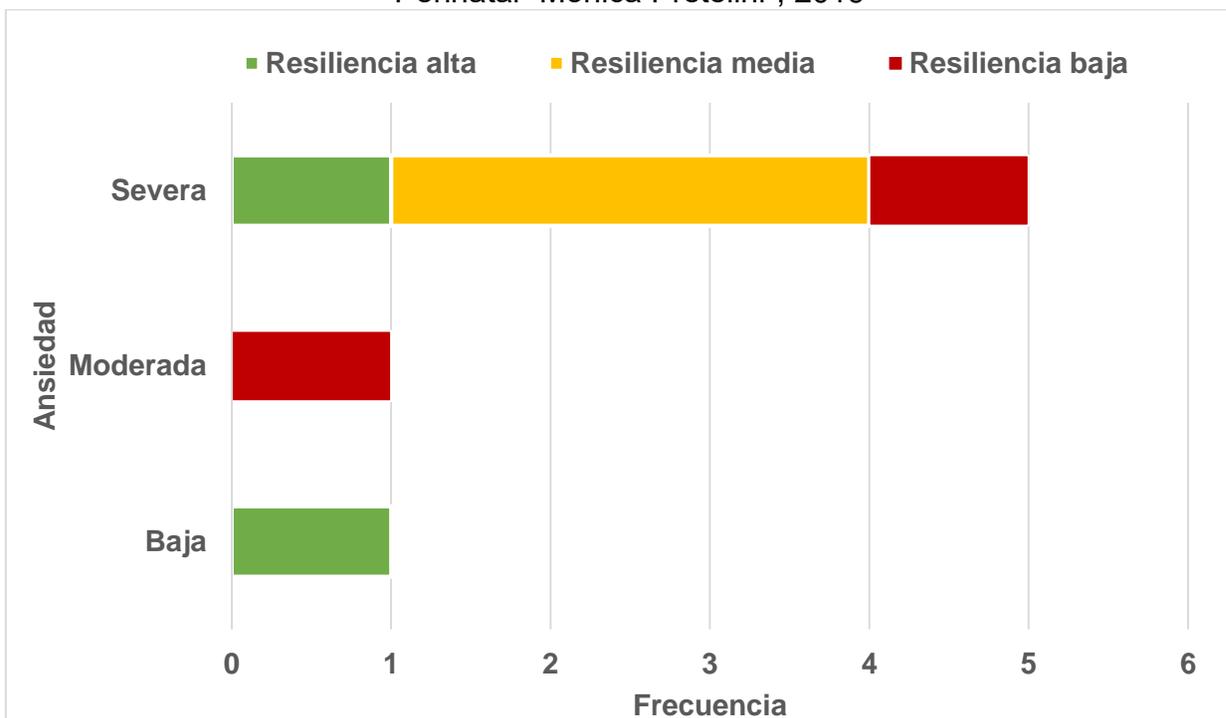
Ansiedad y resiliencia en mujeres víctimas de violencia física, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019



Fuente: Cuadro No.7.

Gráfica No.7-B

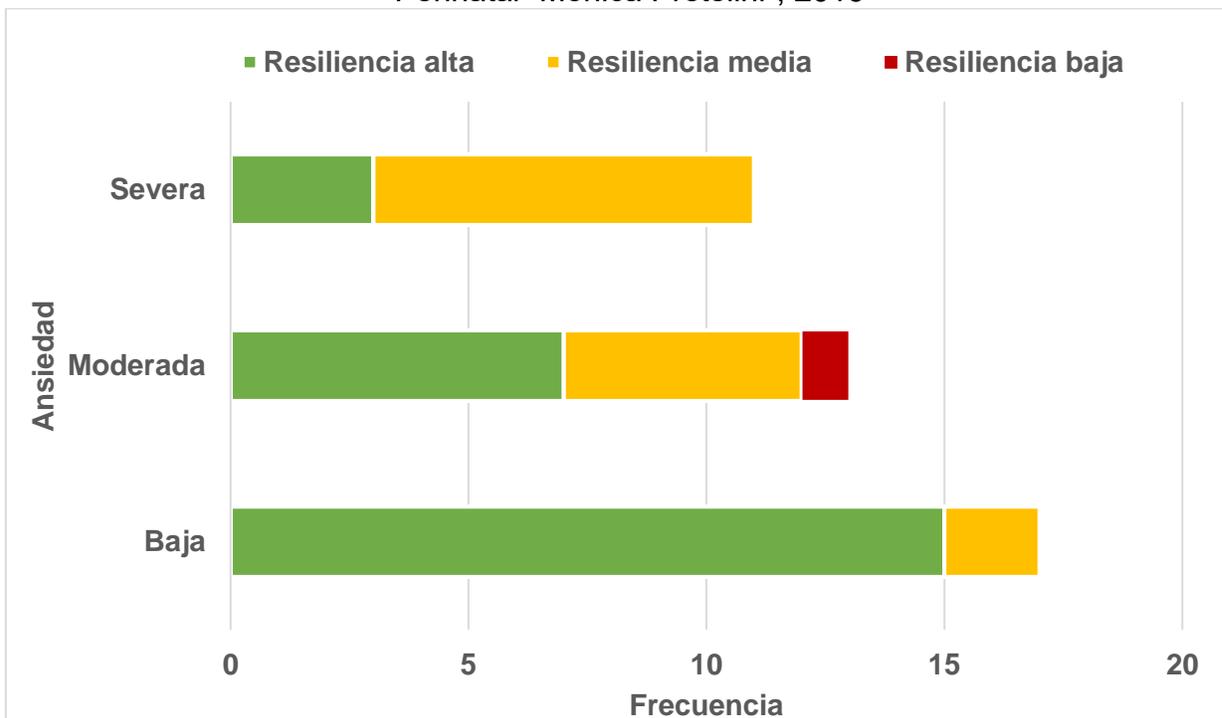
Ansiedad y resiliencia en mujeres víctimas de violencia psicológica, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019



Fuente: Cuadro No.7.

Gráfica No.7-C

Ansiedad y resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019



Fuente: Cuadro No.7.

Cuadro No. 8

Dimensiones de la resiliencia y ansiedad por edad en mujeres, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.

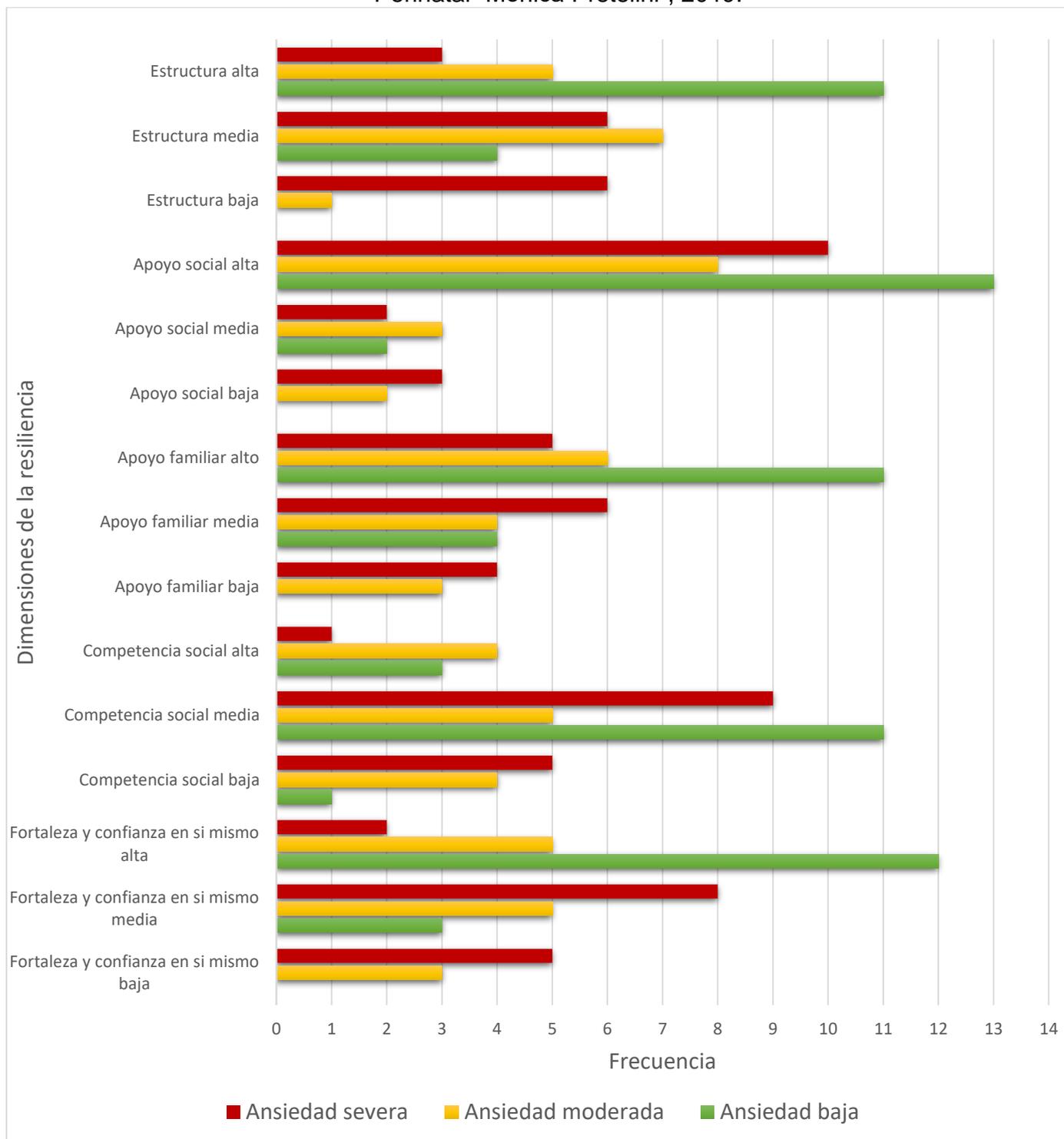
Ansiedad Grupo de Dimensiones de la resiliencia		Severa								Moderada								Baja								Total	
		15-24		25-34		35-44		45-54		15-24		25-34		35-44		45-54		15-24		25-34		35-44		45-54			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Fortaleza y confianza en sí mismo	Baja	5	9.3	0	0	0	0	0	0	3	5.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	14.9
	Med	8	14.8	2	3.7	1	1.8	0	0	5	9.3	0	0	1	1.8	0	0	3	5.7	0	0	0	0	0	0	20	37.1
	Alta	2	3.7	0	0	0	0	1	1.8	5	9.3	0	0	1	1.8	0	0	12	22.2	4	7.4	1	1.8	0	0	26	48
Total		15	27.8	2	3.7	1	1.8	1	1.8	13	24.2	0	0	2	3.6	0	0	15	27.9	4	7.4	1	1.8	0	0	54	100
Competencia social	Baja	5	9.3	1	1.9	0	0	1	1.8	4	7.4	0	0	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	0	0	12	22.2
	Med	9	16.7	1	1.8	1	1.8	0	0	5	9.4	0	0	1	1.8	0	0	11	20.5	1	1.8	0	0	0	0	29	53.8
	Alta	1	1.8	0	0	0	0	0	0	4	7.4	0	0	1	1.8	0	0	3	5.6	3	5.6	1	1.8	0	0	13	24
Total		15	27.8	2	3.7	1	1.8	1	1.8	13	24.2	0	0	2	3.6	0	0	15	27.9	4	7.4	1	1.8	0	0	54	100
Apoyo Familiar	Baja	4	7.4	0	0	0	0	0	0	3	5.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	13
	Med	6	11.1	0	0	0	0	0	0	4	7.4	0	0	0	0	0	0	4	7.4	0	0	0	0	0	0	14	25.9
	Alta	5	9.3	2	3.7	1	1.8	1	1.8	6	11.2	0	0	2	3.6	0	0	11	20.5	4	7.4	1	1.8	0	0	33	61.1
Total		15	27.8	2	3.7	1	1.8	1	1.8	13	24.2	0	0	2	3.6	0	0	15	27.9	4	7.4	1	1.8	0	0	54	100
Apoyo Social	Baja	3	5.6	0	0	0	0	1	1.8	2	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	11.1
	Med	2	3.7	0	0	0	0	0	0	3	5.6	0	0	1	1.8	0	0	2	3.7	0	0	0	0	0	0	8	14.8
	Alta	10	18.5	2	3.7	1	1.8	0	0	8	14.9	0	0	1	1.8	0	0	13	24.2	4	7.4	1	1.8	0	0	40	74.1
Total		15	27.8	2	3.7	1	1.8	1	1.8	13	24.2	0	0	2	3.6	0	0	15	27.9	4	7.4	1	1.8	0	0	54	100
Estructura	Baja	6	11.1	1	1.9	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	14.8
	Med	6	11.1	0	0	1	1.8	1	1.8	7	13.1	0	0	1	1.8	0	0	4	7.4	0	0	0	0	0	0	20	37
	Alta	3	5.6	1	1.8	0	0	0	0	5	9.3	0	0	1	1.8	0	0	11	20.5	4	7.4	1	1.8	0	0	26	48.2
Total		15	27.8	2	3.7	1	1.8	1	1.8	13	24.2	0	0	2	3.6	0	0	15	27.9	4	7.4	1	1.8	0	0	54	100

Fuente: concentrado de datos

Notas aclaratorias: Med= media.. F= frecuencias. %= porcentaje

Gráfica No.8-A

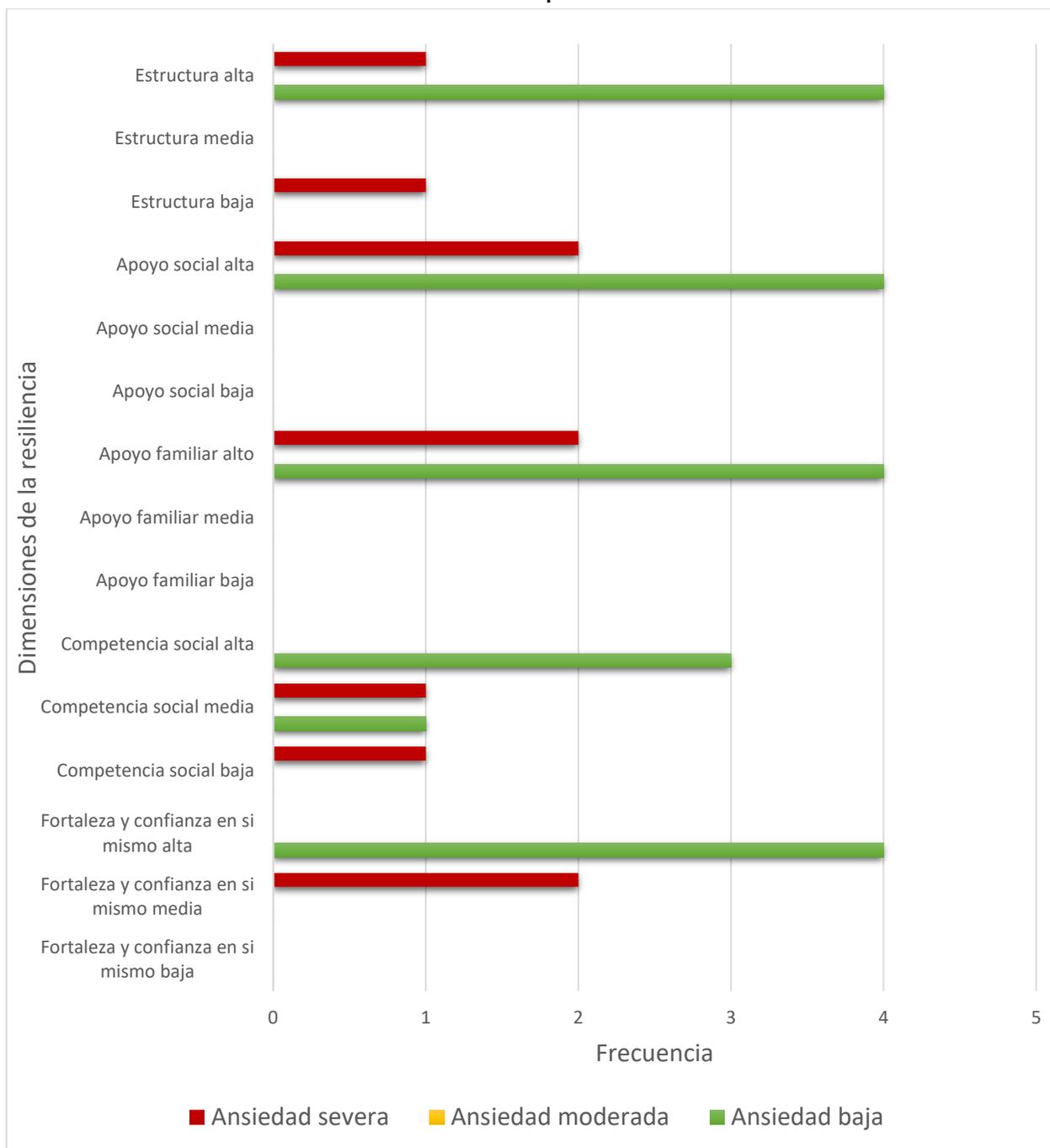
Dimensiones de la resiliencia y ansiedad en mujeres de 15 a 24 años, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No. 8.

Gráfica No.8-B

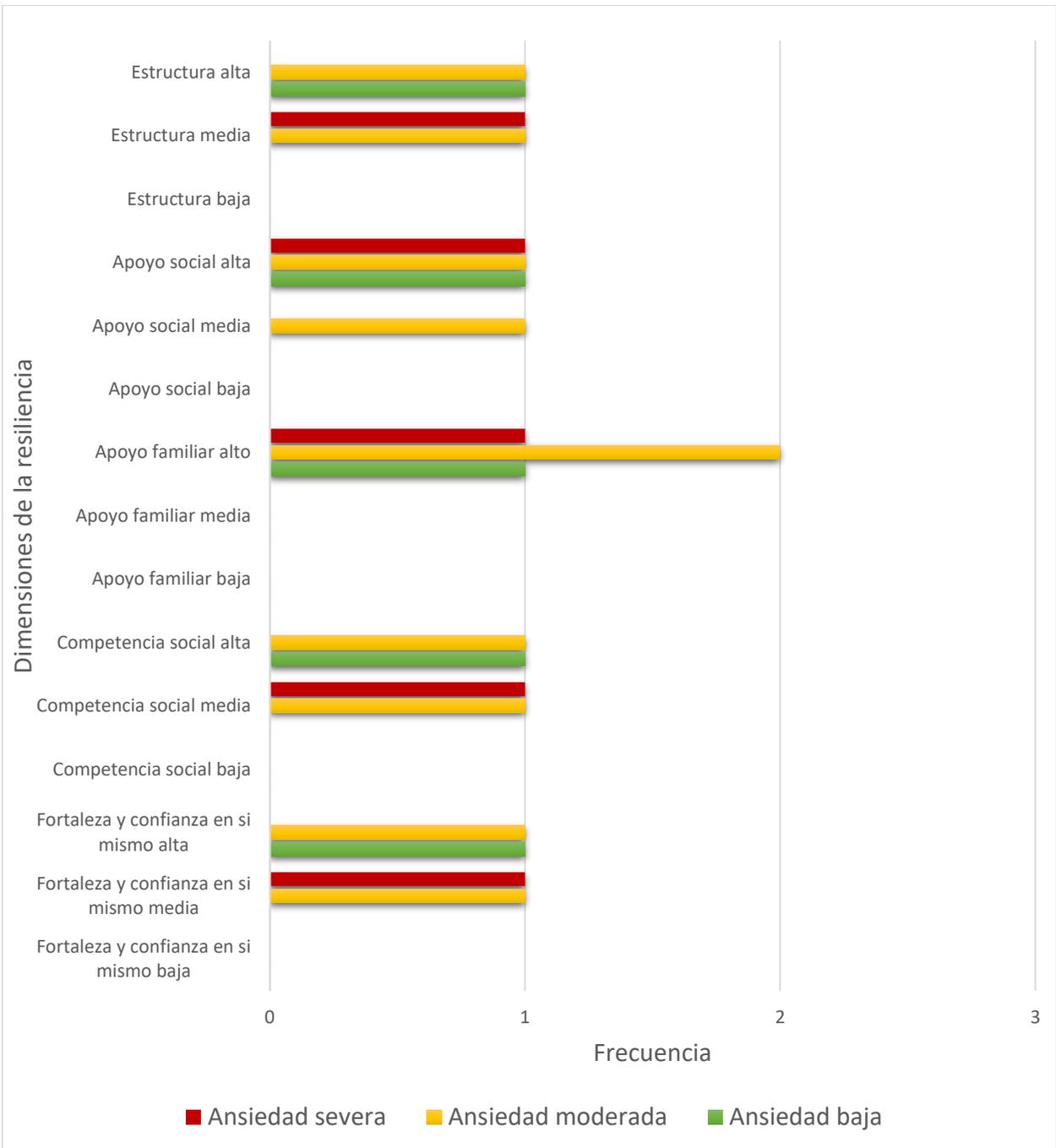
Dimensiones de la resiliencia y ansiedad en mujeres de 25 a 34 años, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro No. 8.

Gráfica No.8-C

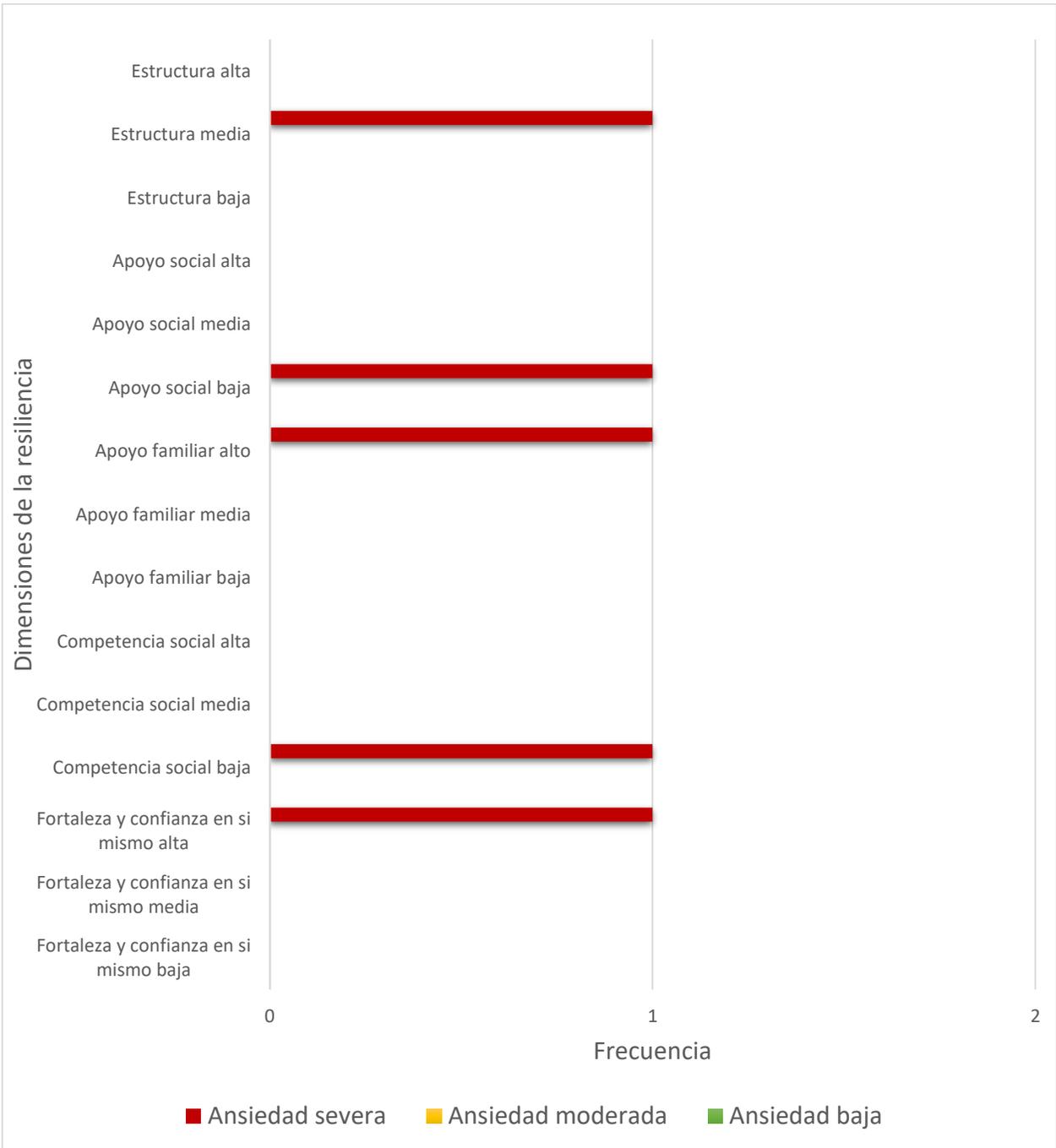
Dimensiones de la resiliencia y ansiedad en mujeres de 35 a 44 años, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro No. 8.

Gráfica No.8-D

Dimensiones de la resiliencia y ansiedad en mujeres de 45 a 54 años, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro No. 8.

Cuadro No. 9

Dimensiones de la resiliencia y ansiedad por escolaridad en mujeres, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.

Ansiedad Escolaridad Dimensiones de la resiliencia		Severa										Moderada										Baja										Total			
		Nin		Prim		Sec		Bach		Prof		Nin		Prim		Sec		Bach		Prof		Nin		Prim		Sec		Bach		Prof					
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Fortaleza y confianza en sí mismo	Baja	0	0	0	0	3	5.6	2	3.7	0	0	0	0	1	1.8	2	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	14.8
	Med	2	3.7	1	1.8	4	7.4	3	5.6	1	1.9	0	0	0	0	1	1.9	5	9.4	0	0	1	1.8	0	0	1	1.8	1	1.8	0	0	20	37.1		
	Alta	0	0	1	1.8	0	0	0	0	2	3.7	0	0	1	1.8	3	5.6	1	1.8	1	1.8	0	0	2	3.7	9	16.7	5	9.4	1	1.8	26	48.1		
Total		2	3.7	2	3.6	7	13	5	9.3	3	5.6	0	0	2	3.6	6	11.2	6	11.2	1	1.8	1	1.8	2	3.7	10	18.5	6	11.2	1	1.8	54	100		
Competencia social	Baja	1	1.8	1	1.8	3	5.6	1	1.9	1	1.9	0	0	1	1.8	2	3.7	1	1.9	0	0	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	12	22.2		
	Med	1	1.8	1	1.8	4	7.4	4	7.4	1	1.8	0	0	1	1.8	2	3.7	3	5.6	0	0	1	1.8	2	3.7	4	7.5	5	9.5	0	0	29	53.8		
	Alta	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	2	3.7	2	3.7	1	1.8	0	0	0	0	5	9.4	1	1.8	1	1.8	13	24		
Total		2	3.6	2	3.6	7	13	5	9.3	3	5.5	0	0	2	3.6	6	11.1	6	11.2	1	1.8	1	1.8	2	3.7	10	18.7	6	11.3	1	1.8	54	100		
Apoyo Familiar	Baja	1	1.8	0	0	1	1.9	2	3.7	0	0	0	0	0	0	2	3.7	1	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	13		
	Med	1	1.8	0	0	4	7.4	1	1.9	0	0	0	0	0	0	2	3.7	2	3.7	0	0	1	1.8	0	0	2	3.7	1	1.9	0	0	14	25.9		
	Alta	0	0	2	3.7	2	3.7	2	3.7	3	5.6	0	0	2	3.7	2	3.7	3	5.6	1	1.8	0	0	2	3.7	8	14.8	5	9.3	1	1.8	33	61.1		
Total		2	3.6	2	3.7	7	13	5	9.3	3	5.6	0	0	2	3.7	6	11.1	6	11.2	1	1.8	1	1.8	2	3.7	10	18.5	6	1.2	1	1.8	54	100		
Apoyo Social	Baja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3.7	1	1.8	2	3.7	0	0	0	0	0	0	1	1.9	0	0	0	0	6	11.1		
	Med	1	1.8	0	0	2	3.7	1	1.9	1	1.9	0	0	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	0	0	2	3.7	0	0	0	0	8	14.8		
	Alta	1	1.8	2	3.7	5	9.4	4	7.4	2	3.7	0	0	0	0	5	9.3	3	5.6	1	1.8	1	1.8	2	3.7	7	13	6	11.1	1	1.8	40	74.1		
Total		2	3.6	2	3.7	7	13.1	5	9.3	3	5.6	0	0	2	3.7	6	11.1	6	11.1	1	1.8	1	1.8	2	3.7	10	18.6	6	11.1	1	1.8	54	100		
Estructura	Baja	0	0	0	0	0	0	1	1.9	0	0	0	0	1	1.9	4	7.5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3.7	0	0	0	0	8	14.8		
	Med	2	3.7	1	1.9	6	11.1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.8	4	7.4	1	1.8	0	0	1	1.9	4	7.4	0	0	0	0	20	37		
	Alta	0	0	1	1.8	1	1.8	4	7.4	3	5.6	0	0	1	1.8	1	1.9	2	3.7	0	0	1	1.8	1	1.8	4	7.4	6	11.2	1	1.8	26	48.2		
Total		2	3.7	2	3.7	7	12.9	5	9.3	3	5.6	0	0	2	3.7	6	11.2	6	11.1	1	1.8	1	1.8	2	3.7	10	18.5	6	11.2	1	1.8	54	100		

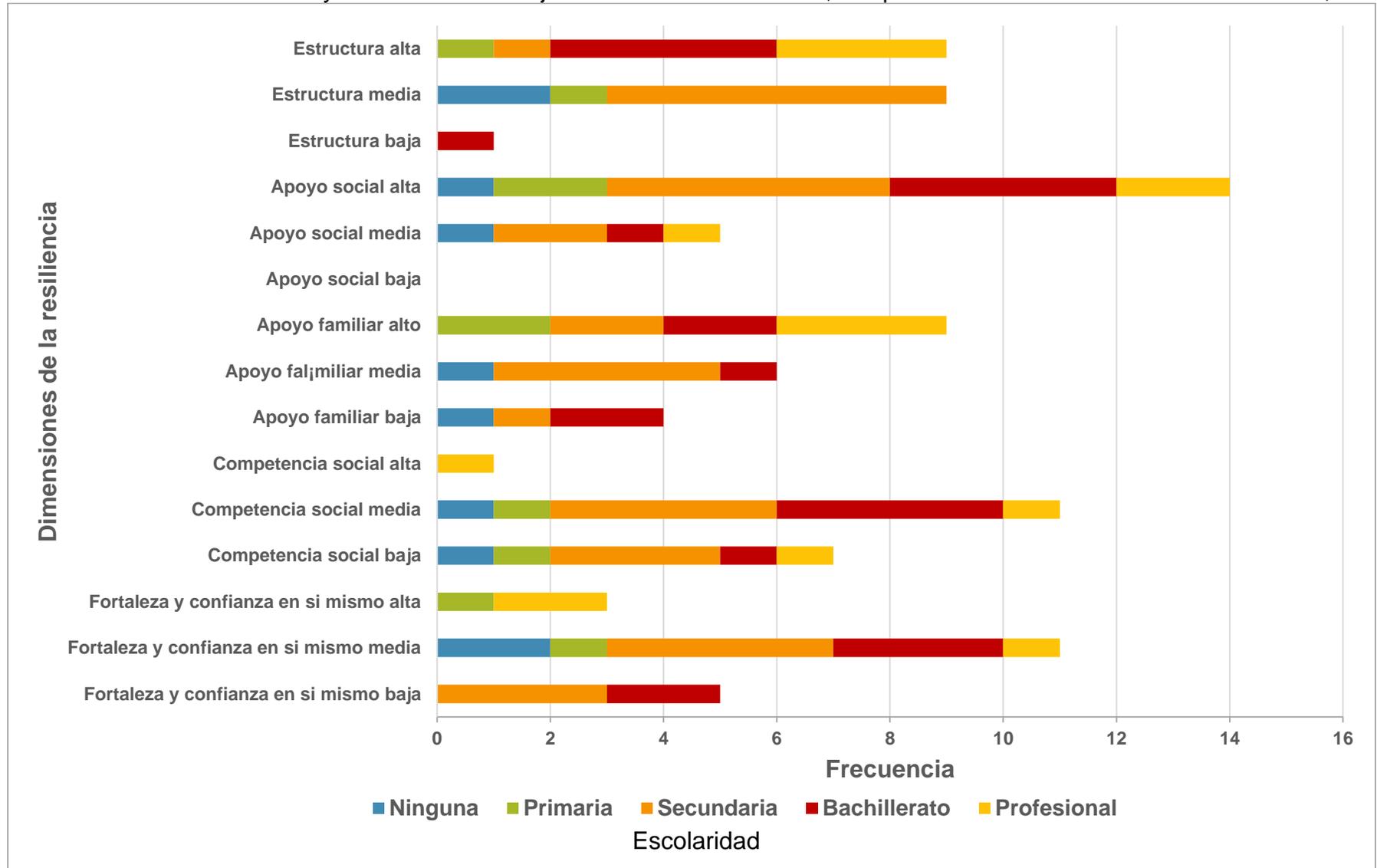
Fuente: concentrado de datos

Notas aclaratorias: Med= media. Nin= ninguna. Prim=primaria. Sec=secundaria. Bach= bachillerato o técnico. Prof= profesional. Pos= posgrado. F= frecuencias.

% = porcentaje

Gráfica No. 9-A

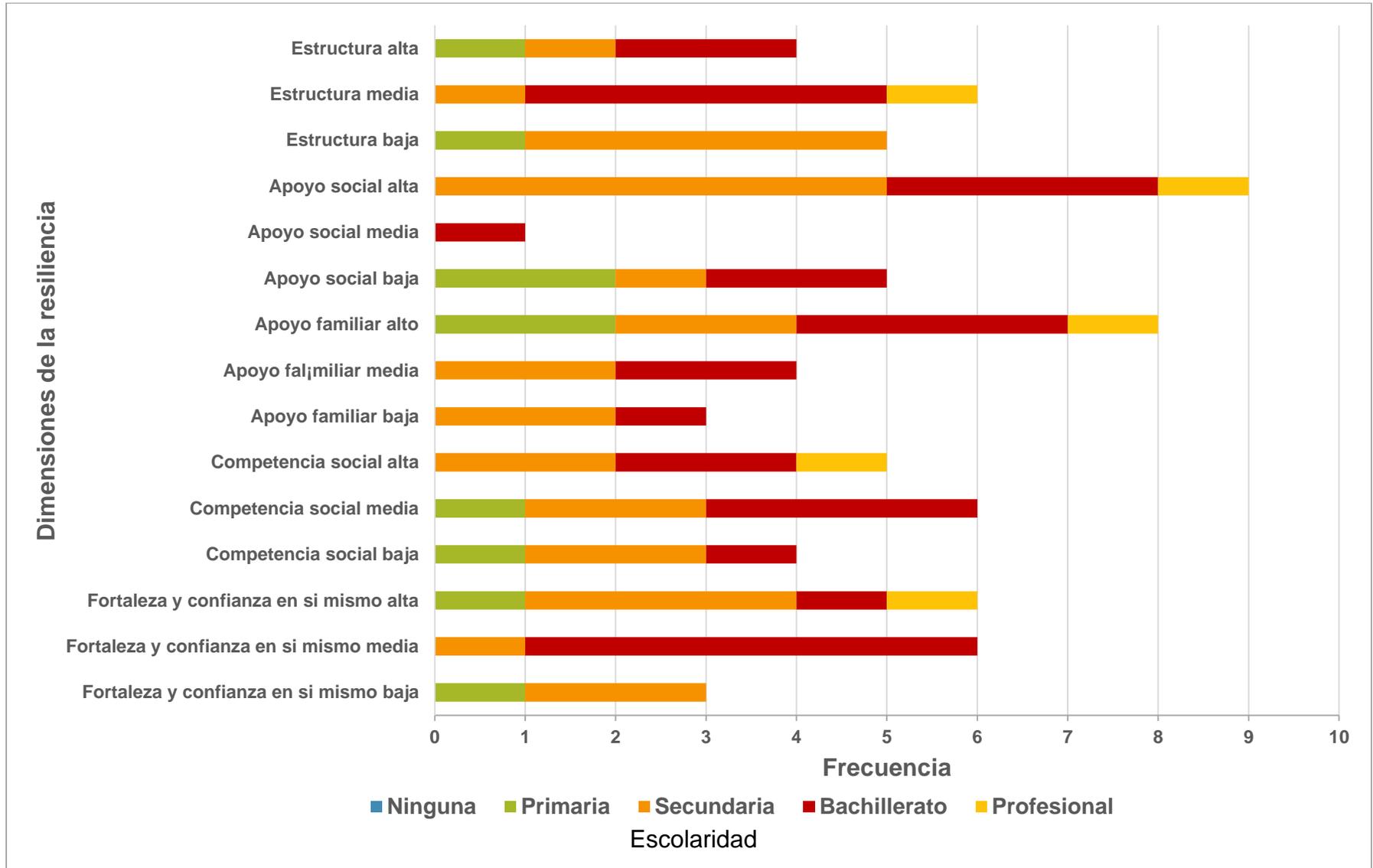
Dimensiones de la resiliencia y escolaridad en mujeres con ansiedad severa, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No. 9

Gráfica No. 9-B

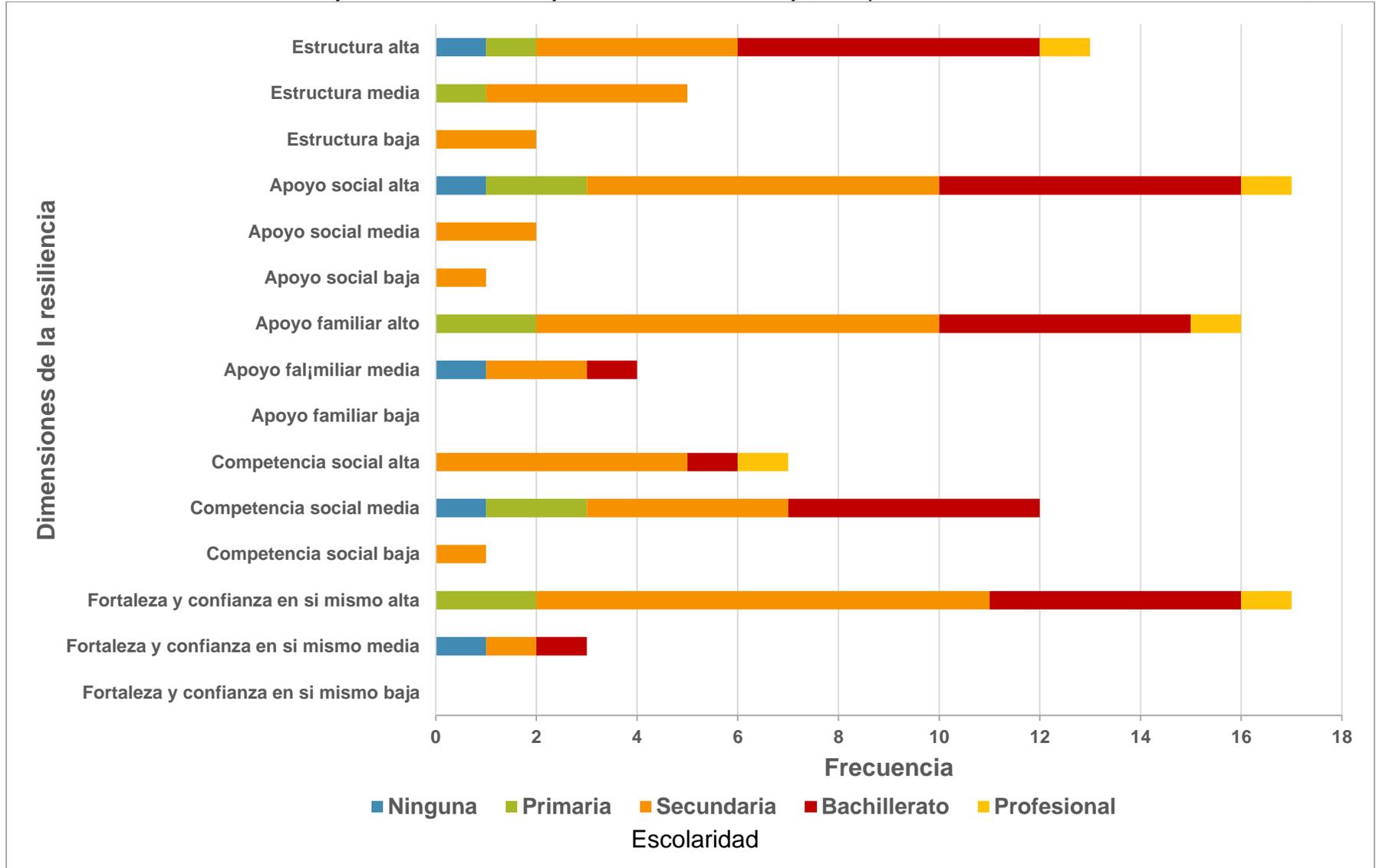
Dimensiones de la resiliencia y escolaridad en mujeres con ansiedad moderada, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No. 9

Gráfica No. 9-C

Dimensiones de la resiliencia y escolaridad en mujeres con ansiedad baja, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No. 9

Cuadro No. 10

Dimensiones de la resiliencia y ansiedad por ocupación en mujeres, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.

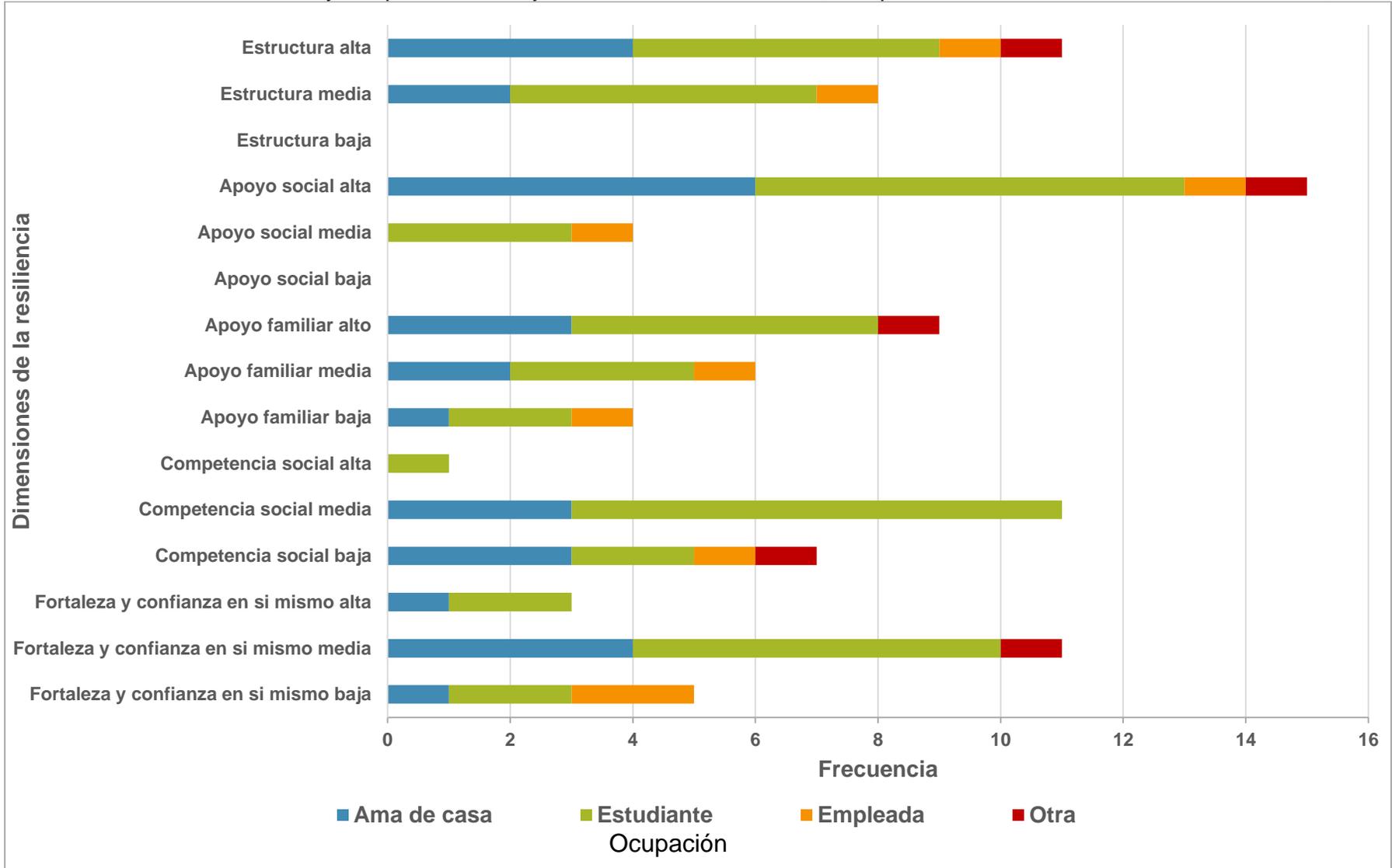
Ansiedad Ocupación Dimensiones de la resiliencia		Severa								Moderada								Baja								Total	
		Ama		Est		Emp		Otro		Ama		Est		Emp		Otro		Ama		Est		Emp		Otro			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Fortaleza y confianza en sí mismo	Baja	1	1.9	2	3.7	2	3.7	0	0	1	1	1	1.9	1	1.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	14.8	
	Med	4	7.4	6	11.2	0	0	1	1.8	0	0	3	5.6	2	3.7	1	1.8	1	1.9	2	3.7	0	0	0	0	20	37.1
	Alta	1	1.8	2	3.7	0	0	0	0	0	0	6	11.1	0	0	0	0	7	13	6	11.1	4	7.4	0	0	26	48.1
Total		6	11.1	10	18.6	2	3.7	1	1.8	1.8	1.8	10	18.6	0	5.5	1	1.8	8	14.9	8	14.8	4	7.4	0	0	54	100
Competencia social	Baja	3	5.6	2	3.7	1	1.8	1	1.8	1	1.8	2	3.7	1	1.9	0	0	0	0	1	1.9	0	0	0	0	12	22.2
	Med	3	5.6	8	14.9	0	0	0	0	0	0	4	7.4	2	3.7	0	0	5	9.3	1	1.8	6	11.1	0	0	29	53.8
	Alta	0	0	1	1.8	0	0	0	0	0	0	4	7.4	0	0	1	1.8	3	5.6	1	1.8	3	5.6	0	0	13	24
Total		6	11.2	11	20.4	1	1.8	1	1.8	1	1.8	10	18.5	3	5.6	1	1.8	8	14.9	3	5.5	9	16.7	0	0	54	100
Apoyo Familiar	Baja	1	1.9	2	3.7	1	1.8	0	0	0	0	2	3.7	1	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	13
	Med	2	3.7	3	5.6	1	1.8	0	0	0	0	4	7.4	0	0	0	0	1	1.8	3	5.6	0	0	0	0	14	25.9
	Alta	3	5.6	5	9.3	0	0	1	1.8	1	1.8	4	7.4	2	3.7	1	1.8	7	13	5	9.3	4	7.4	0	0	33	61.1
Total		6	11.2	10	18.6	2	3.6	1	1.8	1	1.8	10	18.5	3	5.6	1	1.8	8	14.8	8	14.9	4	7.4	0	0	54	100
Apoyo Social	Baja	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.8	3	5.6	1	1.8	0	0	0	0	1	1.9	0	0	0	0	6	11.1
	Med	0	0	3	5.6	1	1.8	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	0	0	3	5.6	0	0	0	0	8	14.8
	Alta	6	11.1	7	13.1	1	1.8	1	1.8	0	0	6	11.1	2	3.7	1	1.8	4	7.4	8	14.9	4	7.4	0	0	40	74.1
Total		6	11.1	10	18.7	2	3.6	1	1.8	1	1.8	10	18.5	3	5.5	1	1.8	4	7.4	12	22.4	4	7.4	0	0	54	100
Estructura	Baja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	7.4	1	1.9	1	1.8	0	0	2	3.7	0	0	0	0	8	14.8
	Med	2	3.7	5	9.3	1	1.9	0	0	1	1.8	4	7.4	1	1.8	0	0	0	0	4	7.4	2	3.7	0	0	20	37
	Alta	4	7.5	5	9.3	1	1.8	1	1.8	0	0	2	3.7	1	1.8	0	0	8	14.9	2	3.7	2	3.7	0	0	26	48.2
Total		6	11.2	10	18.6	2	3.7	1	1.8	0	1.8	10	18.5	3	5.5	1	1.8	8	14.9	8	14.8	4	7.4	0	0	54	100

Fuente: concentrado de datos

Notas aclaratorias: Med= media. Est= estudiante. Emp=empleada. Com= comeniciante. Ama= ama de casa. F= frecuencias. %= porcentaje

Gráfica No. 10-A

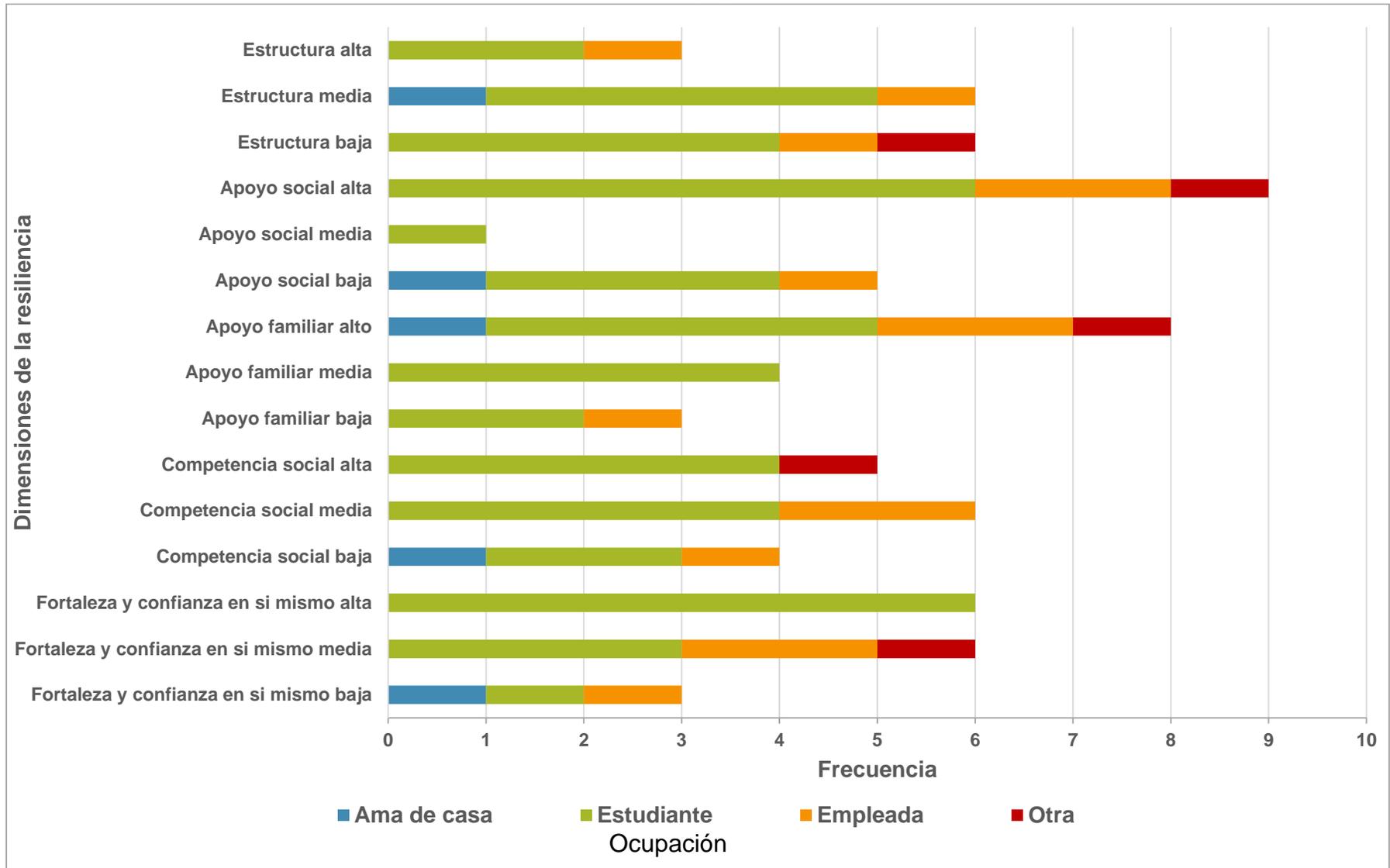
Dimensiones de la resiliencia y ocupación en mujeres con ansiedad severa, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No. 10

Gráfica No. 10-B

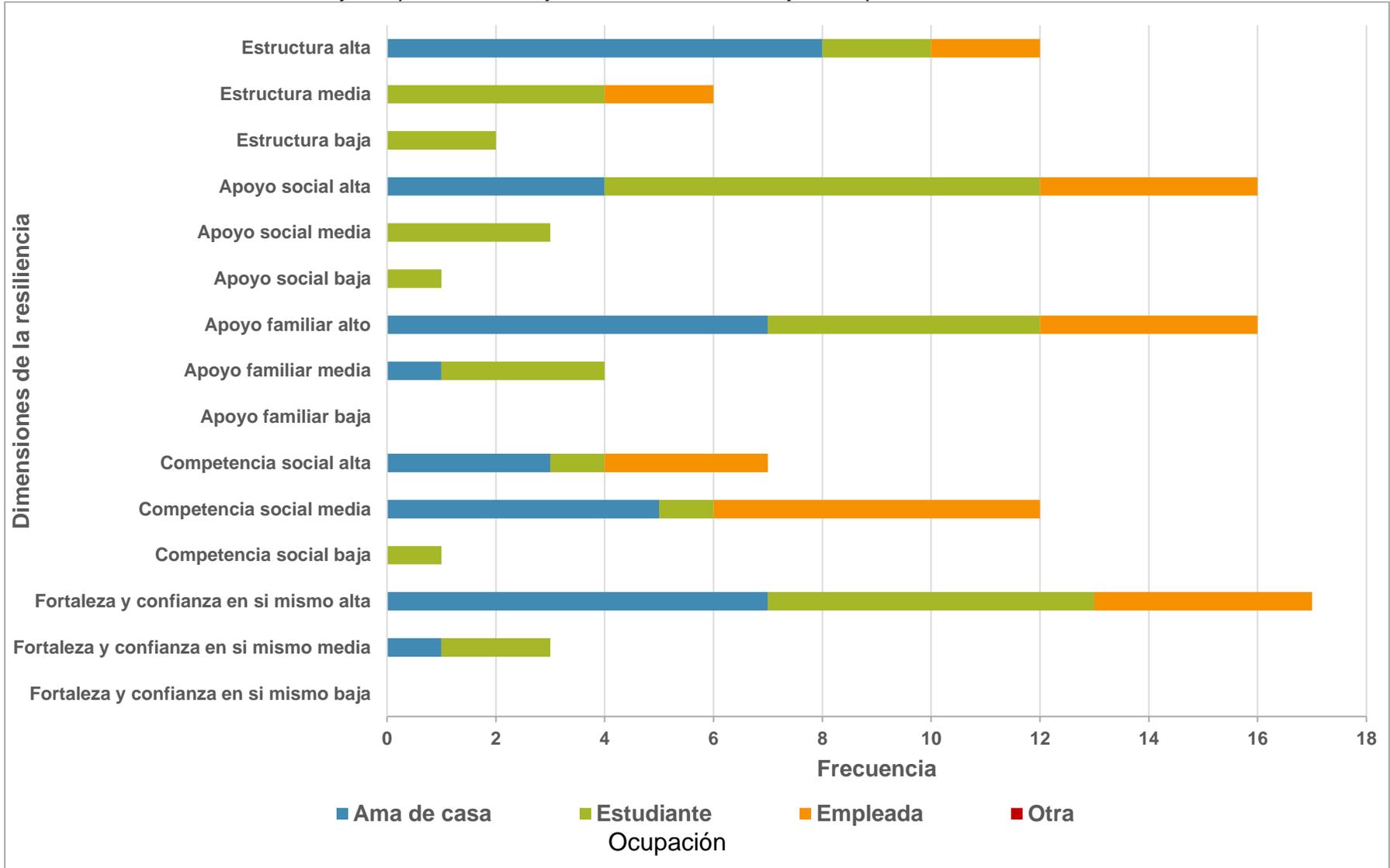
Dimensiones de la resiliencia y ocupación en mujeres con ansiedad moderada, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No. 10

Gráfica No. 10-C

Dimensiones de la resiliencia y ocupación en mujeres con ansiedad baja, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No. 10

Cuadro No.11

Dimensiones de la resiliencia y ansiedad por estado civil en mujeres, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.

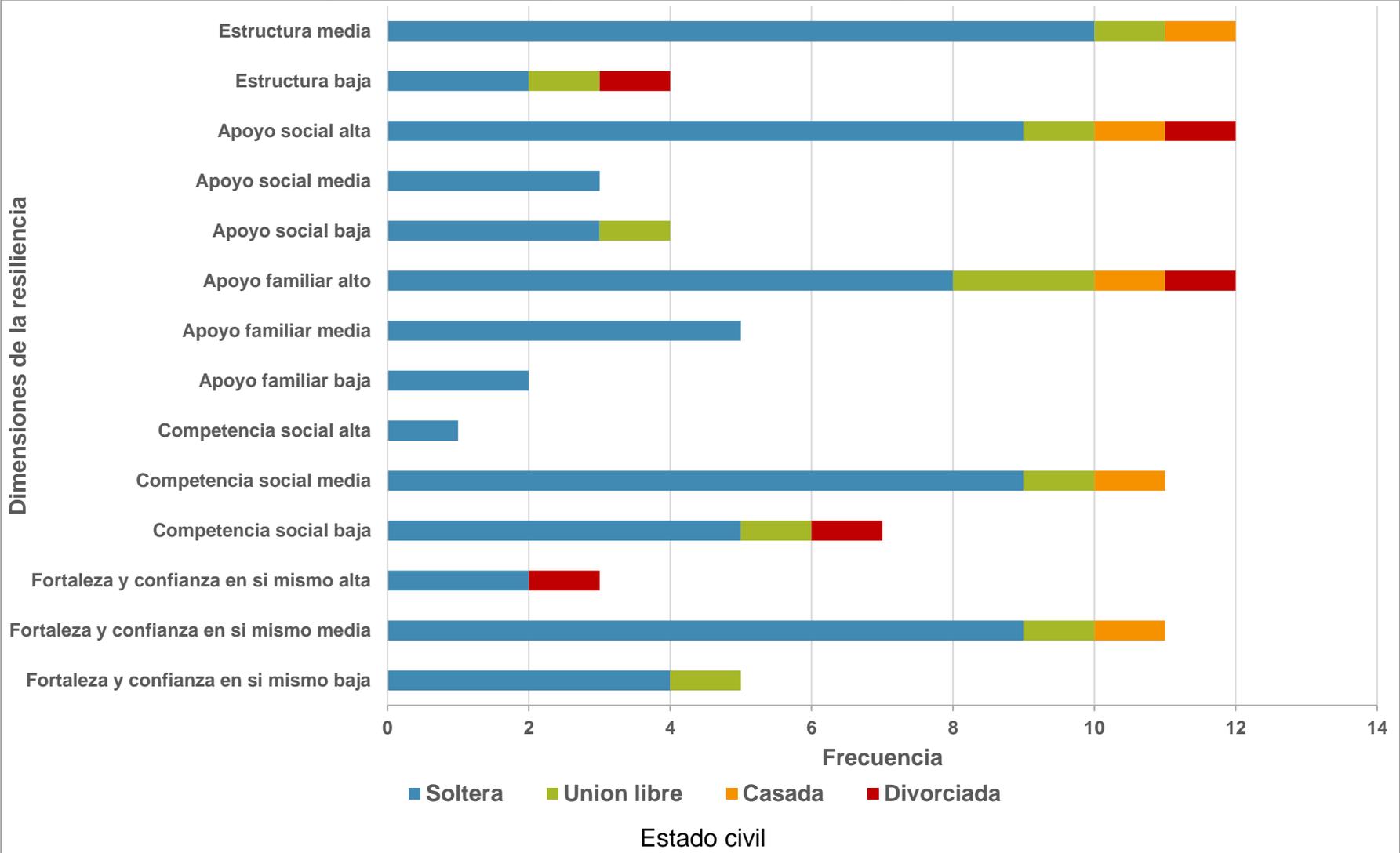
Dimensiones de la resiliencia		Ansiedad		Severa								Moderada								Baja								Total	
				Estado		Sol		UL		Cas		Div		Sol		UL		Cas		Div		Sol		UL		Cas			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Fortaleza y confianza en sí mismo	Baja	4	7.4	1	1.8	0	0	0	0	3	5.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	14.8
	Med	9	16.7	1	1.8	1	1.8	0	0	5	9.4	0	0	0	0	1	0	3	5.6	0	0	0	0	0	0	0	20	37.1	
	Alta	2	3.7	0	0	0	0	1	1.8	6	11.1	0	0	0	0	0	0	11	20.4	6	11.1	0	0	0	0	0	26	48.1	
Total		15	27.8	2	3.6	1	1.8	1	1.8	14	26.1	0	0	0	0	1	1.8	14	26	6	11.1	0	0	0	0	54	100		
Competencia social	Baja	5	9.3	1	1.8	0	0	1	1.8	4	7.5	0	0	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	0	0	0	12	22.2	
	Med	9	16.8	1	1.8	1	1.8	0	0	5	9.3	0	0	0	0	1	1.8	8	14.8	4	7.5	0	0	0	0	29	53.8		
	Alta	1	1.8	0	0	0	0	0	0	5	9.3	0	0	0	0	0	0	5	9.3	2	3.6	0	0	0	0	13	24		
Total		15	27.9	2	3.6	1	1.8	1	1.8	14	26.1	0	0	0	0	1	1.8	14	25.9	6	11.1	0	0	0	0	54	100		
Apoyo Familiar	Baja	2	3.8	0	0	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	0	0	4	7.4	0	0	0	0	0	0	7	13		
	Med	5	9.2	0	0	0	0	0	0	3	5.6	0	0	0	0	0	2	3.7	4	7.4	0	0	0	0	0	14	25.9		
	Alta	8	14.9	2	3.7	1	1.8	1	1.8	10	18.5	0	0	0	0	1	1.8	8	14.9	2	3.7	0	0	0	0	33	61.1		
Total		15	27.9	2	3.7	1	1.8	1	1.8	14	25.9	0	0	0	0	1	1.8	14	26	6	11.1	0	0	0	0	54	100		
Apoyo Social	Baja	3	5.6	1	1.8	0	0	0	0	1	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	6	11.1		
	Med	3	5.6	0	0	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	0	3	5.6	1	1.8	0	0	0	0	8	14.8			
	Alta	9	16.7	1	1.8	1	1.8	1	1.8	12	22.3	0	0	0	0	1	1.8	11	20.4	4	7.5	0	0	0	0	40	74.1		
Total		15	27.9	2	3.6	1	1.8	1	1.8	14	26	0	0	0	0	1	1.8	14	26	6	11.1	0	0	0	0	54	100		
Estructura	Baja	2	3.7	1	1.8	0	0	1	1.8	1	1.9	0	0	0	0	0	3	5.6	0	0	0	0	0	0	0	8	14.8		
	Med	10	18.6	1	1.8	1	1.8	0	0	5	9.4	0	0	0	0	1	1.8	1	1.8	1	1.8	0	0	0	0	20	37		
	Alta	3	5.6	0	0	0	0	0	0	8	14.8	0	0	0	0	0	10	18.5	5	9.3	0	0	0	0	26	48.2			
Total		15	27.9	2	3.6	1	1.8	1	1.8	14	26.1	0	0	0	0	1	1.8	14	25.9	6	11.1	0	0	0	0	54	100		

Fuente: concentrado de datos

Notas aclaratorias: Med= media. Cas= casada. UL= unión libre. Sol= soltera. Viu= viuda. Div= divorciada. F= frecuencias. %= porcentaje

Gráfica No. 11-A

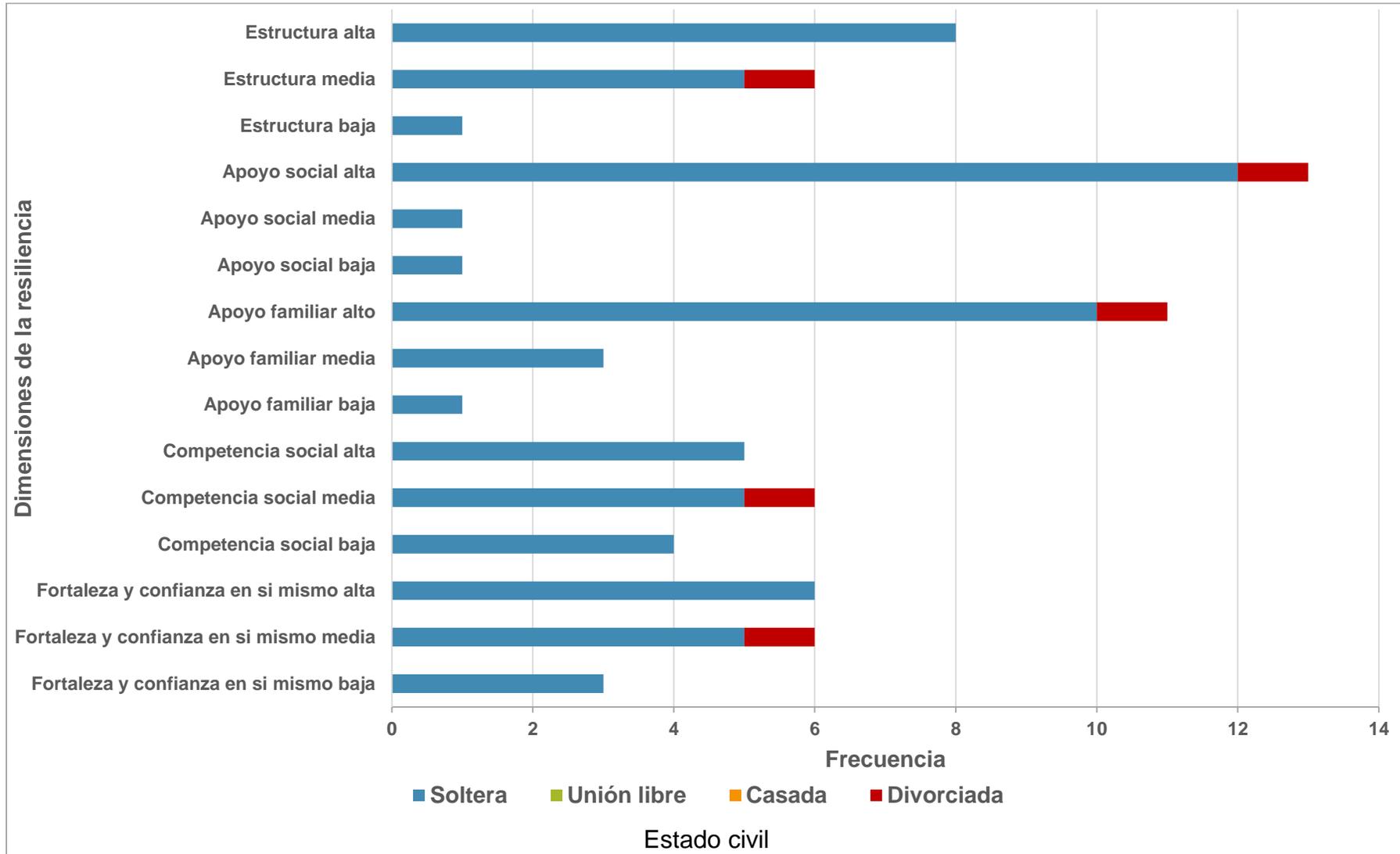
Dimensiones de la resiliencia y estado civil en mujeres con ansiedad severa, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No. 11

Gráfica No. 11-B

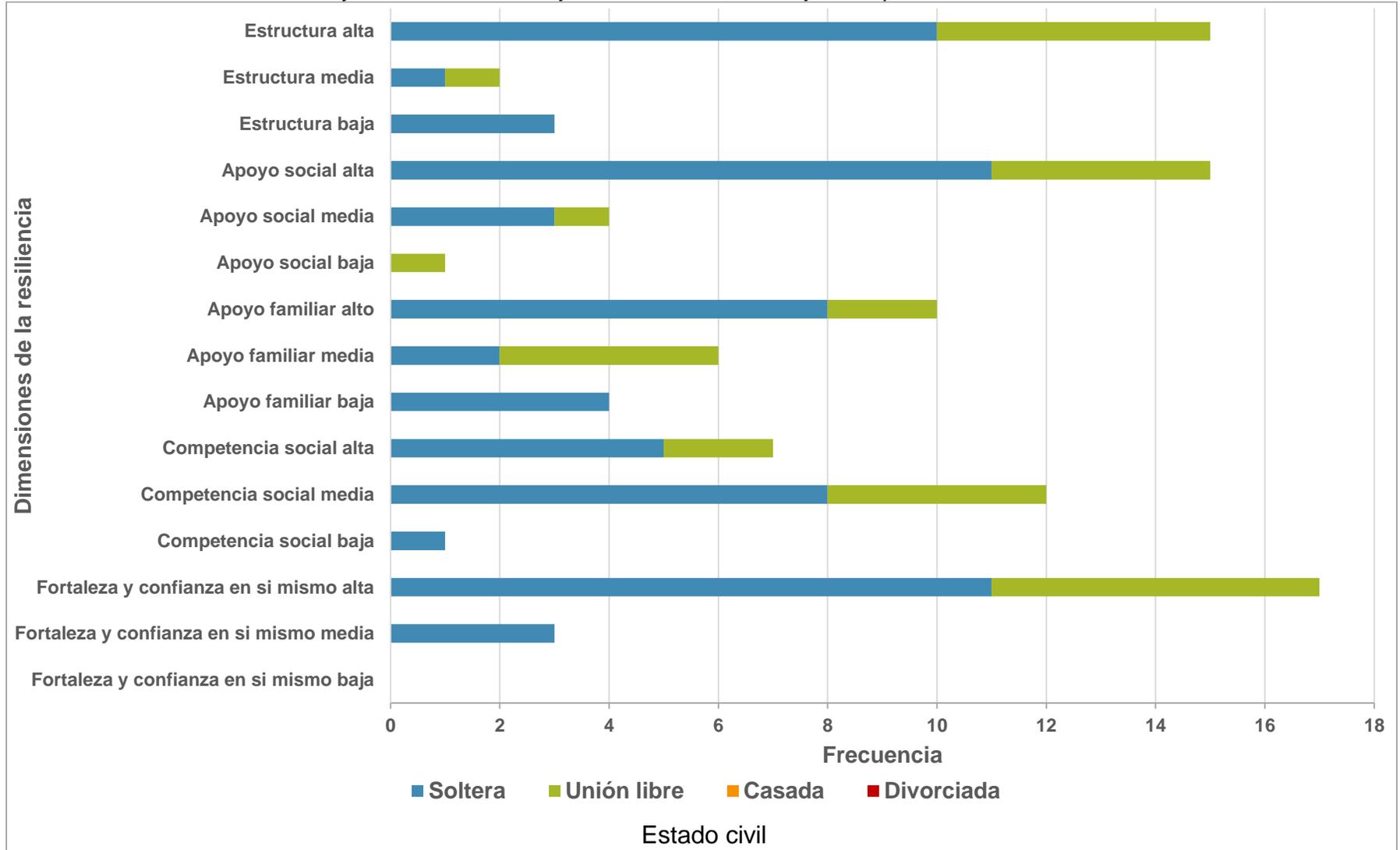
Dimensiones de la resiliencia y estado civil en mujeres con ansiedad moderada, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No. 11

Gráfica No. 11-C

Dimensiones de la resiliencia y estado civil en mujeres con ansiedad Baja, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, 2019.



Fuente: Cuadro No. 11

Cuadro No.12

Dimensiones de la resiliencia y ansiedad por religión en mujeres, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.

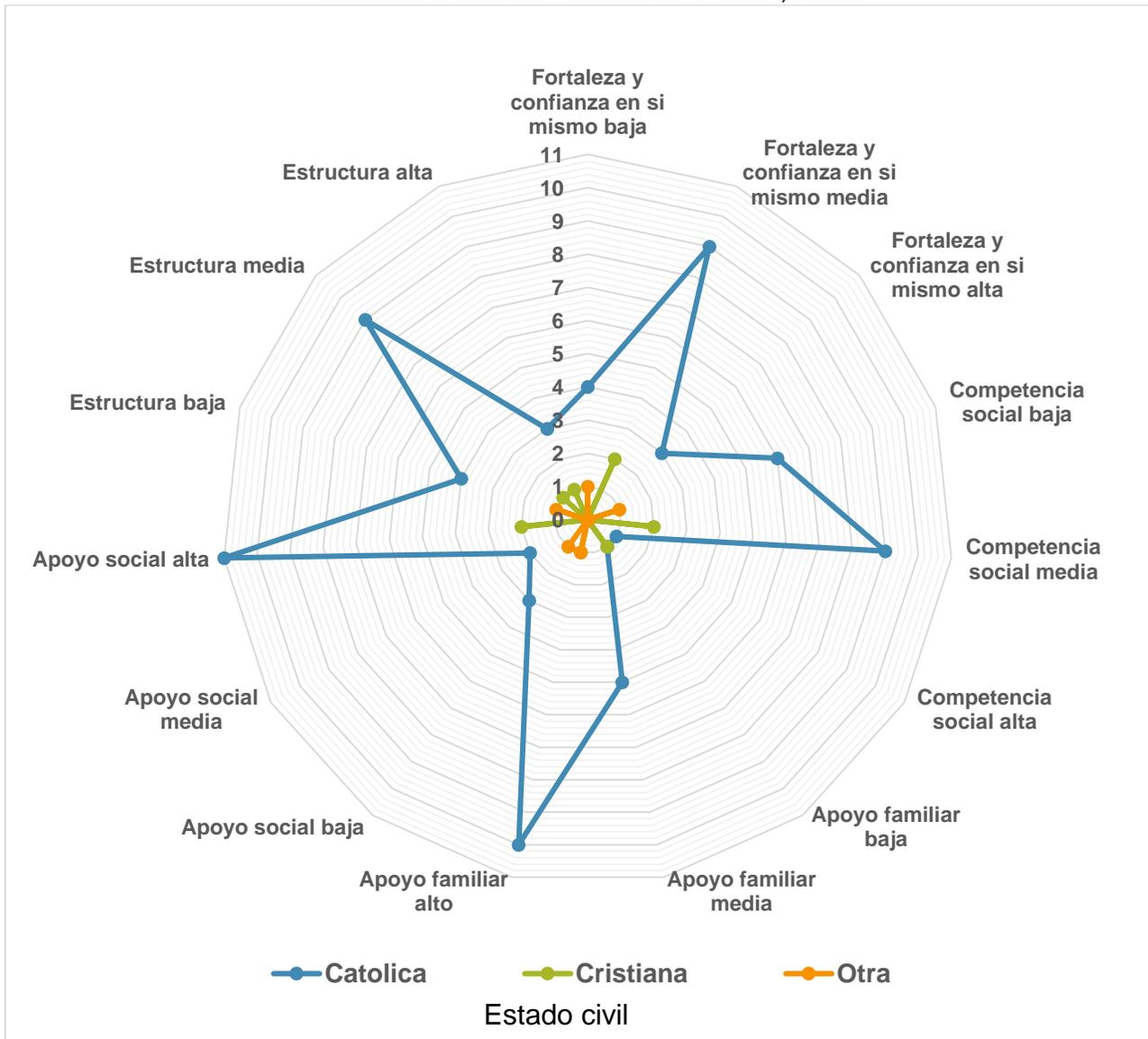
Dimensiones de la resiliencia		Ansiedad Religión		Severa						Moderada						Baja						Total	
				Católica		Cristiana		Otra		Católica		Cristiana		Otra		Católica		Cristiana		Otra			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Fortaleza y confianza en sí mismo	Baja	4	7.4	0	0	1	1.8	3	5.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	14.8	
	Media	9	16.5	2	3.7	0	0	6	11.1	0	0	0	0	3	5.6	0	0	0	0	20	37.1		
	Alta	3	5.6	0	0	0	0	4	7.4	0	0	2	3.7	15	27.8	1	1.8	1	1.8	26	48.1		
Total		16	29.7	2	3.7	1	1.8	13	24.1	0	0	2	3.7	18	33.4	1	1.8	1	1.8	54	100		
Competencia social	Baja	6	11.1	0	0	1	1.8	4	7.4	0	0	0	0	1	1.9	0	0	0	0	12	22.2		
	Media	9	16.8	2	3.7	0	0	6	11.1	0	0	0	0	12	22.2	0	0	0	0	29	53.8		
	Alta	1	1.8	0	0	0	0	3	5.6	0	0	2	3.7	5	9.3	1	1.8	1	1.8	13	24		
Total		16	29.7	2	3.7	1	1.8	13	24.1	0	0	2	3.7	18	33.4	1	1.8	1	1.8	54	100		
Apoyo Familiar	Baja	1	1.8	1	1.9	0	0	1	1.9	0	0	0	0	4	7.4	0	0	0	0	7	13		
	Media	5	9.3	0	0	0	0	2	3.7	0	0	0	0	7	13	0	0	0	0	14	26		
	Alta	10	18.6	1	1.8	1	1.8	10	18.5	0	0	2	3.7	7	13	1	1.8	1	1.8	33	61		
Total		16	29.7	2	3.7	1	1.8	13	24.1	0	0	2	3.7	18	33.4	1	1.8	1	1.8	54	100		
Apoyo Social	Baja	3	5.6	0	0	1	1.8	0	0	0	0	0	0	2	3.7	0	0	0	0	6	11.1		
	Media	2	3.7	0	0	0	0	1	1.8	0	0	0	0	5	9.3	0	0	0	0	8	14.8		
	Alta	11	20.4	2	3.7	0	0	12	22.3	0	0	2	3.7	11	20.4	1	1.8	1	1.8	40	74.1		
Total		16	29.7	2	3.7	1	1.8	13	24.1	0	0	2	3.7	18	33.4	1	1.8	1	1.8	54	100		
Estructura	Baja	4	7.4	0	0	1	1.8	0	0	0	0	1	1.9	2	3.7	0	0	0	0	8	14.8		
	Media	9	16.7	1	1.8	0	0	3	5.6	0	0	1	1.8	5	9.3	0	0	1	1.8	20	37		
	Alta	3	5.6	1	1.9	0	0	10	18.5	0	0	0	0	11	20.4	1	1.8	1	1.8	26	48.2		
Total		16	29.7	2	3.7	1	1.8	13	24.1	0	0	2	3.7	18	33.4	1	1.8	1	1.8	54	100		

Fuente: concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencias. %= porcentaje

Gráfica No.12-A

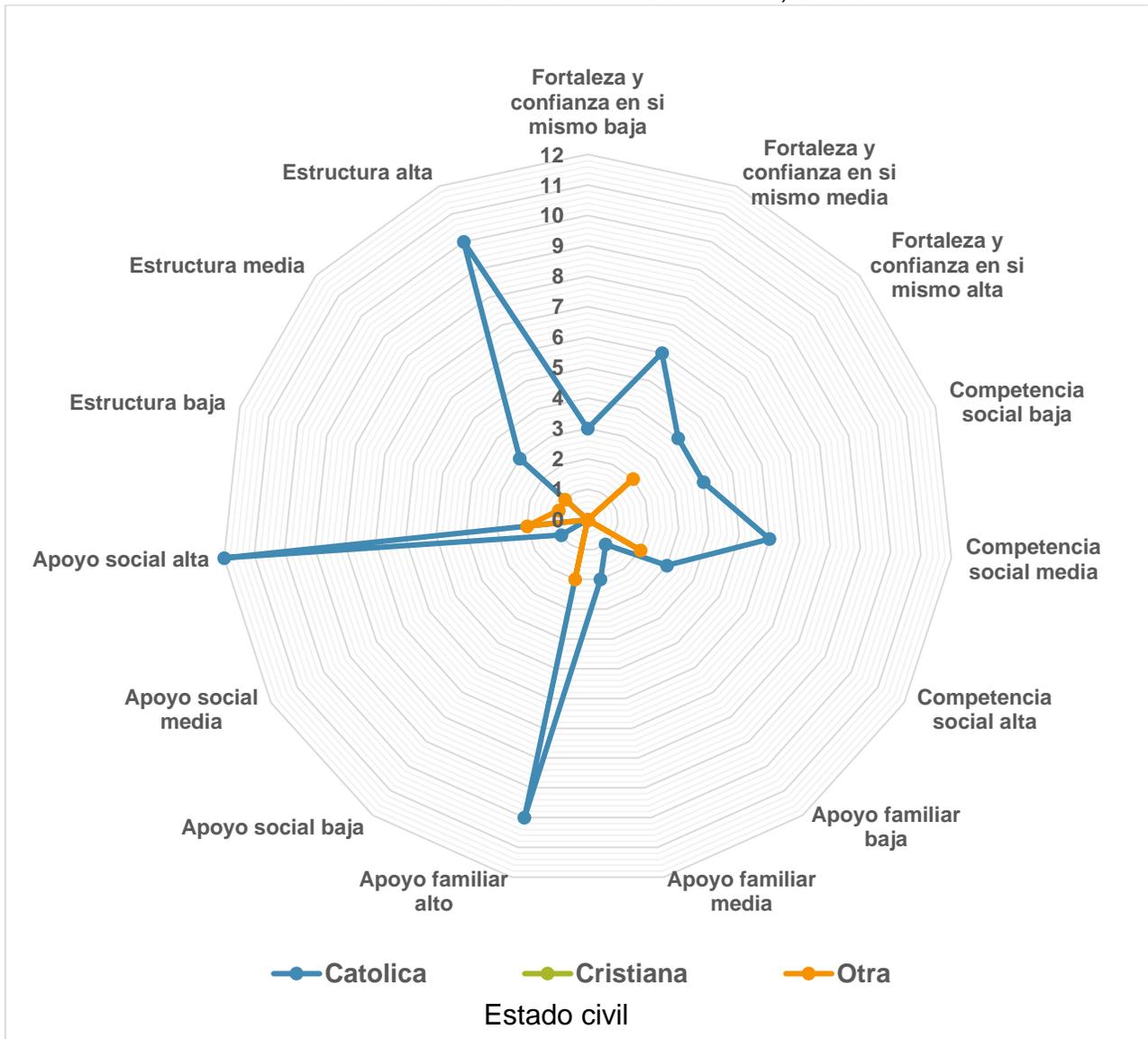
Dimensiones de la resiliencia y religión en mujeres con ansiedad severa, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro No. 12.

Gráfica No.12-B

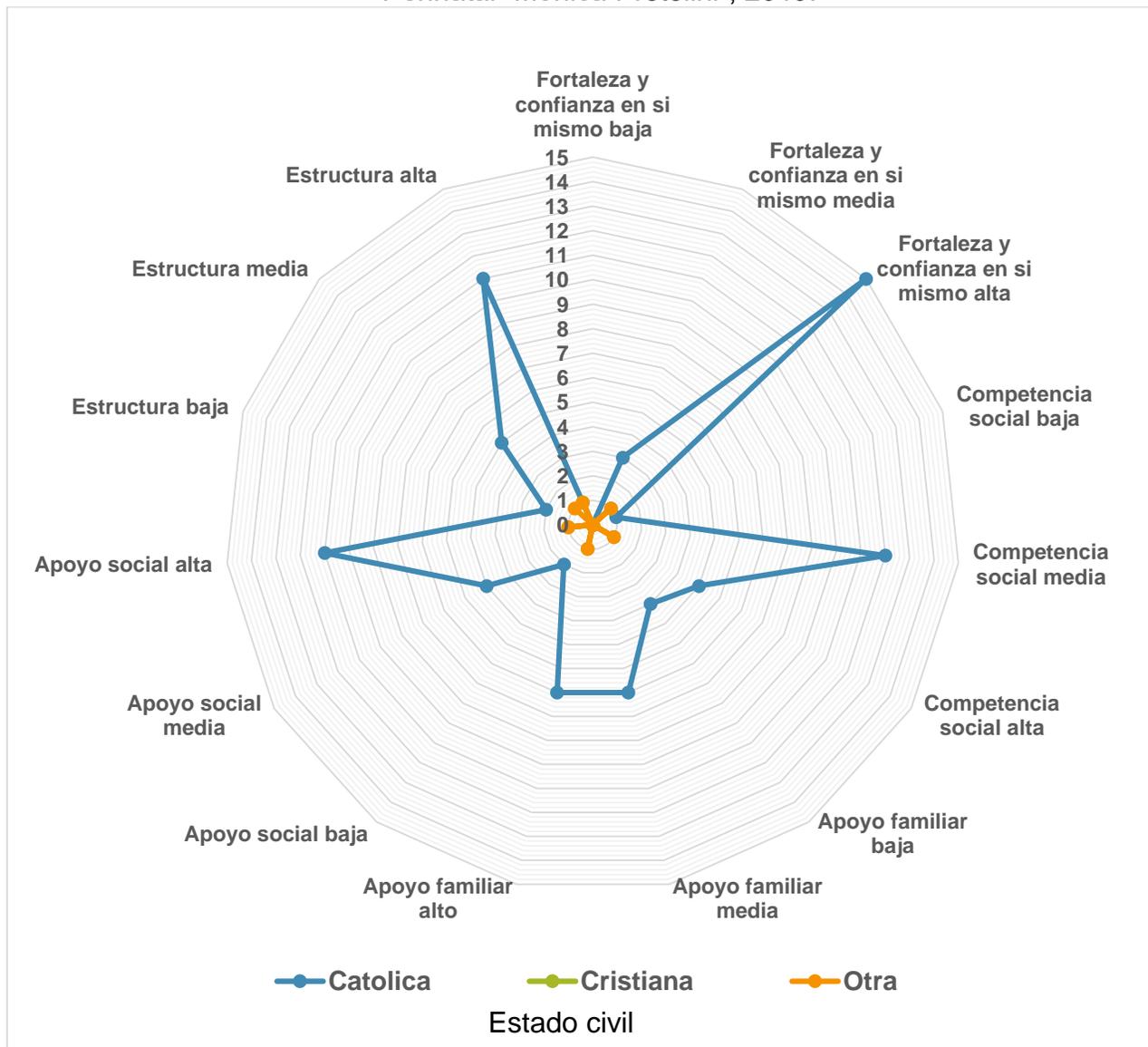
Dimensiones de la resiliencia y religión en mujeres con ansiedad moderada, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro No. 12.

Gráfica No.12-C

Dimensiones de la resiliencia y religión en mujeres con ansiedad baja, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini", 2019.



Fuente: Cuadro No. 12.

XI. CONCLUSIONES.

Esta investigación permitió analizar las dimensiones de resiliencia y la ansiedad en 54 mujeres víctimas de violencia que acudieron al módulo Provida del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, en las que se encontró que, competencia social es la dimensión mayormente afectada, mientras que el grado de ansiedad predominante es bajo. También se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre ansiedad y las dimensiones competencia social, estructura y fortaleza y confianza en sí mismo, no así para apoyo familiar y apoyo social.

Con base en lo anterior se concreta el objetivo general y se concluye que la hipótesis alterna se cumple de manera parcial, puesto que, no es la fortaleza y confianza en sí misma la dimensión más afectada, pero si presenta una asociación estadísticamente significativa con ansiedad.

Es importante señalar, que las dimensiones de la resiliencia que involucran el factor interno, como conductas, herramientas y habilidades individuales son las que presentaron asociación con ansiedad, sugiriendo que el fortalecimiento de estas evita el desarrollo de trastornos de ansiedad cuando una mujer se enfrenta a situaciones de violencia. En cambio, aquellas que derivan de factores externos como la familia y la sociedad no mostraron grandes alteraciones, ni una asociación estadísticamente significativa con ansiedad; ya que el instrumento utilizado no es capaz de medir la calidad de las relaciones familiares o sociales, parte de este resultado puede estar influenciado por la difícil diferenciación entre el apoyo y el acompañamiento.

El grupo de edad más abundante fue el de 15 a 24 años con 79.9%, descendiendo en porcentaje conforme a mayor edad. Por otra parte, el tipo de violencia más frecuente fue sexual con 75.9%, solo una minoría se atendieron por violencia psicológica o física, sin embargo, los trastornos de ansiedad son más comunes en éstas últimas.

Estos resultados difieren de las encuestas nacionales, lo cual puede deberse a que, la violencia sexual es el tipo de violencia más observable y castigado, principalmente

cuando las víctimas son jóvenes; por lo que, a pesar de haber sufrido una experiencia de este tipo, la mayoría de ellas no desarrolla trastornos severos de ansiedad y cuenta con las dimensiones de resiliencia que le permiten recuperarse, no así con la violencia psicológica o física que generalmente se normaliza dentro de la pareja o la familia por lo que tienden a ser menos denunciadas y atendidas, salvo en casos severos, donde las secuelas son más graves.

En concordancia con la distribución de edad, las variables escolaridad, estado civil y ocupación se distribuyeron con mayor frecuencia en: secundaria con 47.2%, solteras 79.8% y estudiantes 52%.

Si bien, tanto el grado de estudios como la solvencia económica, permiten a las mujeres tener un criterio más amplio para visibilizar lo que no es correcto y por lo mismo pueden estar menos expuestas a sufrir algún tipo de maltrato o su identificación temprana, esto no las excluye de ser víctimas de violencia. (52)

XII. RECOMENDACIONES.

Habiendo analizado los resultados y contrastado con otras investigaciones sobre resiliencia, ansiedad y violencia contra la mujer, se pueden emitir las siguientes recomendaciones.

Se requiere realizar más trabajos de investigación que permitan conocer a profundidad la complejidad de las mujeres víctimas de violencia física y psicológica, principalmente sobre sus dimensiones de la resiliencia, con el objetivo de generar estrategias para fortalecerlas, de tal forma que las mujeres puedan identificar la situación de manera temprana y eviten su normalización.

A pesar de ya estar establecidos los protocolos para la referencia de pacientes a módulos de atención de violencia, es fundamental generar buena relación y comunicación médico paciente, tanto para detectar situaciones de violencia, como para darles el seguimiento adecuado.

Una estrategia para que las mujeres puedan reconocerse y tomar decisiones es la generación de espacios de ayuda mutua, con personas que comparten el mismo problema y se reúnen para intentar superar o mejorar su situación.

Es inminente que, en la educación para la salud en todos los niveles, se mantengan programas para el fortalecimiento de los factores internos como la estructura, fortaleza y confianza en sí mismo, autoestima y autoconocimiento, así como las habilidades sociales, con la finalidad de para evitar la invisibilidad del maltrato.

El problema de la violencia contra la mujer es muy complejo y a pesar del esfuerzo realizado hasta el momento, no se ha logrado erradicar, por lo que se sugiere explorar nuevas estrategias para reforzar la salud mental con equidad de género; se debe trabajar con la misma intensidad tanto en la salud mental de la mujer como en la del hombre. Además de la atención que ya se brinda a mujeres víctimas de violencia, es necesario generar espacios de atención a la salud mental para el hombre, donde les sea posible

modificar actitudes que les son programadas desde su infancia y que se encuentran arraigadas y marcadas por generaciones anteriores.

XIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Ortunio C. et al. Aproximación teórica al constructo resiliencia. *Comunidad y Salud*. 2016; 14(2): 96-105.
2. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española 23ª Edición*. Real Academia Española. 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?di=WA5onlw>
3. López L. La adherencia terapéutica y su asociación con resiliencia en pacientes con hipertensión arterial. *Coordinación municipal en salud Zinacantepec Norte*. *Repos Inst UAEMex*. 2017; 1(1): 1-104.
4. Espinoza M. et al. Resiliencia: una mirada sistémica. Construcción y validación preliminar de test. *Universidad del Bío-Bío*. *Red de Bibliotecas*. 2012. 1(1): 1-367
5. García J. et al. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Salud y drogas*. 2016;16 (1):59-68
6. Hu, T.et al. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*. 2015; 76: 18-27.
7. Artuch R. Resiliencia y autorregulación en jóvenes navarros en riesgo de exclusión social, que acuden a programas de cualificación profesional inicial. *Universidad Navarra*. 2014; 1(1): 1-367.
8. García M. et al. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv*. 2013; 11 (1): 63-77.
9. Becoña E. Resiliencia; definición, características y utilidad del concepto. *Rev. Psicopat y Psicol Clin*. 2006; 11(3): 125-146.
10. Sánchez Y. Resiliencia, estrés y depresión en personas adultas de la comunidad de San Mateo Solidaridad Tultitlán 2011-2012. *Repos Inst UAEMex*. 2013; 1(1): 1-112.
11. Rodríguez A. Resiliencia. *Rev. Psicopedagogia* 2009; 26(80): 291-302.
12. Von Barguen. *Factores Sociales y Psicosociales Asociados al Consumo de Drogas entre Escolares de Colegios Rurales de la RM de Chile*. Diplomica Verlag GmbH. 2011.
13. López F. La resiliencia y su relación con la educación. *La resiliencia*. [internet] 2019. Recuperado de <http://es.slideshare.net/margaysabel/aproximacin-al-concepto-de-resiliencia>.

14. Albarrán M. La resiliencia y la depresión en adolescentes agredidos sexualmente, Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz. Repos Inst UAEMex. 2017; 1(1): 1-93.
15. Morelato G. Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. Revista de Psicología. 2011; 29(2): 203-224.
16. Franco V. ¿Superamos la adversidad? Concepto y Aspectos psicobiológicos de la resiliencia. Universidad Jaén. 2014; 1(1): 1-41.
17. Salgado A. Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. LIBERABIT. 2008; 11: 41-48.
18. Ospinoza M, et al. Measurement of resilience. Invest. educ. enferm [internet]. 2007; 25(1): 58-65. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100006&lng=en&nrm=iso>
19. Camacho D. Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia mexicana en población del norte de México. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2016; 21(1), 78-83.
20. Palomar J. et al. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). Interdisciplinaria. 2010; 27(1): 7-22.
21. Mayne J., Emotions and Health, Emotions, New York, The Guilford Press, 2001
22. Vazquez M. Estructura familiar y ansiedad en pacientes de 18 a 65 años de edad con diversos grados de dependencia de nicotina adscritos a la unidad de medicina familiar 64 del instituto mexicano del seguro social en el periodo del 2011 al 2012. Repos Inst UAEMex. 2013; 1(1): 1-74.
23. Sierra J. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade. 2003; 3 (1):10 – 59.
24. Lozano V. La resiliencia y su asociación con la ansiedad y los estilos de afrontamiento en los alumnos de la licenciatura de terapia física de la facultad de medicina, universidad autónoma del Estado de México, Toluca. Repos Inst UAEMex. 2013; 1(1): 1-80.
25. Galindo O. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. Psicooncología.2015; 12 (1): 51-58.
26. Reyes A. Trastornos de ansiedad: guía práctica para el diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. [internet]. 2011. Disponible en: www.bvs.hn

27. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. España. 2008.
28. Torres B. et al. Asociación entre ansiedad y obesidad. *Ansiedad y estrés*. 2009; 15 (1): 39-47.
29. Cano A. El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*. 1994; 10 (1): 145-156.
30. López B. El papel del malestar físico y psicológico en los accidentes laborales en la agricultura. *Ansiedad y estrés*. 2009; 15(1): 249-261.
31. PAHO. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. PAHO/NMH/17-005, 2017.
32. Heinz G. et al. Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muniz. 2010.
33. Medina M. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México *Salud Mental*. 2003; 26 (4): 1-16.
34. Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. *Salud Mental en México*. INCyTU. 2018; 7: 1-6.
35. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos. Secretaría de Salud. 2010: 1-124.
36. Asamblea General de la ONU. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución 48/104. ONU. 1993.
37. Consejo de Salubridad General. Guía de referencia rápida. Detección y atención de la violencia de pareja y violencia sexual en el primer y segundo nivel de atención. 2015.
38. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. DOF. 2009.
39. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. WHO. 2013.

40. PNUD. ONU Mujeres. Del Compromiso a la Acción: Políticas para erradicar la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe, 2016. Documento de análisis regional. ONU. 2017.
41. Pérez T. Diagnóstico sobre la violencia de género y social en la Ciudad de México. Observatorio sobre la violencia de género y social de la Ciudad de México. 2010.
42. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre) / datos nacionales. INEGI. 2018
43. Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (SENSP).
44. Méndez P. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública Méx 2003;45;472-482.
45. Organización Internacional del Trabajo. Trabajo, Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad. Reunión de expertos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo. OIT, 2016.
46. Kilpatrick D. et.al. Victim and crime factor associates with the development of crime related PTSD. Behavior Therapy 2010; 20:199-214,
47. Robles R. et al. Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. Revista mexicana de psicología. 2001; 18(2): 211-218.
48. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: Diario Oficial de la Federación (Última reforma publicada el 02 de Abril de 2014) Disponible en: www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014
49. Jaramillo D., et. al. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. Rev Salud Publica 2005; 7: 281-292
50. Canaval G., et. al. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. Col Med. 2007;38(4):72-78
51. Cordero V., Teyes R. Resiliencia de mujeres en situación de violencia doméstica. OMNIA. 2016; 22(2): 107-118.
52. Lara C., et.al. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. RACC. 2019;11(1): 1-8

53. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre) / datos nacionales. INEGI. 2018
54. Soto N. Violencia de Género contra la mujer en la pareja y acciones gubernamentales: El caso de Metepec Estado de México. Repos Inst UAEMex. 2018; 1(1): 1-93.
55. Rizo L., et. al. El Síndrome de Estocolmo en Mujeres Mexicanas Víctimas de Violencia de Pareja. Anuario de Psicología Jurídica. 2020; 30: 55-62
56. González N., et. al. Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. Acta Inv Psic. 2013; 3 (1): 941 – 955

XIV. ANEXOS.

XIV.1. Anexo 1. Instrumento de investigación

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

Le invitamos a responder éste cuestionario. Por favor conteste con tranquilidad todas las preguntas. Recuerde que éste cuestionario NO es una prueba, no hay respuestas correctas ni incorrectas. Debe responder siempre de acuerdo a su experiencia o manera de pensar. Las respuestas son confidenciales.

Instrucciones: En las siguientes hojas encontrará una serie de reactivos; cuando encuentre recuadros seleccione aquel que corresponda a su respuesta, cuando encuentre líneas responda libremente lo que se pregunta.

I- Cédula de Identificación:

1. **Edad:** _____ años.

2. **Escolaridad:** Ninguna Primaria Secundaria
 Bachillerato o técnico Profesional Posgrado

3. **Ocupación:** Estudiante Empleada Comerciante
 Ama de casa Otro: _____

4. **Estado civil:** Soltera Casada Unión libre
 Divorciada Viuda Otro

5. **Religión:** Católica Cristiana Testigo de Jehová
 Otra: _____

II- Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M):

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Afirmaciones	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
2.- Sé dónde buscar ayuda.				

3.- Soy una persona fuerte.				
4.- Sé muy bien lo que quiero.				
5.- Tengo el control de mi vida.				
6.- Me gustan los retos.				
7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas.				
8.- Estoy orgulloso de mis logros.				
9.- Sé que tengo habilidades.				
10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.				
11.- Creo que voy a tener éxito.				
12.- Sé cómo lograr mis objetivos.				
13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución.				
14.- Mi futuro pinta bien.				
15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
16.- Estoy satisfecho conmigo mismo.				
17.- Tengo planes realistas para el futuro.				
18.- Confío en mis decisiones.				
19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.				
20.- Me siento cómodo con otras personas.				
21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.				
22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				
23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.				
24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas				
25.- Es fácil para mí hacer reír a otras personas.				
26.- Disfruto de estar con otras personas.				
27.- Sé cómo comenzar una conversación.				
28.- Tengo una buena relación con mi familia				
29.- Disfruto de estar con mi familia.				
30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros				
31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos				
32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.				
33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida				
34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.				
35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.				
36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.				
37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.				
38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades				
39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil				
40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles				
41.- Prefiero planear mis actividades.				
42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.				
43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.				

III- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: En el siguiente cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada uno de los ítems atentamente, e indica con una **X** cómo te has sentido y cuánto te ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumida				
2. Acelerada				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarte				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se te va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizada o asustada				
10. Nerviosa				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieta, insegura				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

XIV.2. Anexo 2. Carta de consentimiento menores de edad

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

Yo: _____

Padre / madre / tutor, autorizo la participación de mi hija/tutorada:

En la investigación cuyo título es:

“Resiliencia y su asociación con ansiedad en mujeres con violencia”

A cargo de la QFB Karen Adriana Avila Arzate, residente del primer año de la Especialidad en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. No. Telefónico: 7222292303

Entiendo que la participación consistirá en dar respuesta a las preguntas incluidas en dos escalas para valorar las variables de estudio, por lo que no implica ningún riesgo.

Conozco que la información que se obtenga será manejada con total confidencialidad y utilizada solamente con fines de investigación.

He comprendido que la obtención de datos será únicamente por la residente antes mencionada.

Acepto que la participación en esta investigación es totalmente voluntaria, entiendo que no existirá ninguna consecuencia desfavorable en caso de no aceptar la invitación. Firmo de autorización, habiendo comprendido lo mencionado previamente y resuelto todas las dudas con la investigadora.

A los _____ días del mes de _____ del año 2019.

Padre o tutor: _____ Firma: _____

Investigadora _____ Firma: _____

Testigo 1: _____ Firma: _____

Testigo 2: _____ Firma: _____

ASENTIMIENTO INFORMADO

Investigación acerca del

“Resiliencia y su asociación con ansiedad en mujeres con violencia.”

Nombre: _____ Fecha: _____

A. Propósito: realizar una investigación acerca de la resiliencia y su asociación con ansiedad

B. ¿Qué se hará? Responder dos cuestionarios.

C. Riesgos: no existen riesgos para esta actividad.

D. Beneficios: sus aportes permitirán realizar una investigación basada en el método científico.

E. Libertades: su participación es voluntaria. Tiene el derecho a negarse o suspender su participación en cualquier momento si usted lo considera necesario.

F. Confidencialidad: los datos que se obtengan no se publicarán nombre y/o datos personales. Incluso solo se analizarán los datos marcados en el Anexo 1 que corresponden a variables sociodemográficas.

He leído y comprendido, toda la información escrita en este documento antes de firmarlo. Se me ha dado la oportunidad de realizar preguntas que han sido contestadas en forma adecuada. Por lo que acepto participar en este trabajo de investigación.

Nombre: _____ Firma: _____

XIV.3. Anexo 3. Carta de consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

Acepto participar en la investigación cuyo título es:

“Resiliencia y su asociación con ansiedad en mujeres con violencia”

A cargo de la QFB Karen Adriana Avila Arzate, residente del primer año de la Especialidad en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. No. Telefónico: 7222292303

Entiendo que mi participación consistirá en dar respuesta a las preguntas incluidas en dos escalas para valorar las variables de estudio, por lo que no implica ningún riesgo.

Conozco que la información que se obtenga será manejada con total confidencialidad y utilizada solamente con fines de investigación.

Acepto que la participación en esta investigación es totalmente voluntaria, entiendo que no existirá ninguna consecuencia desfavorable en caso de no aceptar la invitación.

Firmo de autorización, habiendo comprendido lo mencionado previamente y resuelto todas las dudas con la investigadora.

A los _____ días del mes de _____ del año 2019.

Participante: _____ Firma: _____

Investigadora _____ Firma: _____

Testigo 1: _____ Firma: _____

Testigo 2: _____ Firma: _____