



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN, IRA, RESILIENCIA Y FORTALEZAS DE CARÁCTER
EN MUJERES VIOLENTADAS EN SITUACIÓN DE REFUGIO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LUIS VICENTE RUEDA LEÓN

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ



Pachuca de Soto, Hidalgo. Febrero de 2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 Área Académica de Psicología

29 de enero de 2019
 Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of academic psychology area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Luis Vicente Rueda León**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **"Depresión, ira, resiliencia y fortalezas de carácter en mujeres violentadas en situación de refugio"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

'AMOR, ORDEN Y PROGRESO'

Nombres de los Doctores Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Sergio Santamaría Suárez	Presidente	
Dra. Anítmada Ivette Valencia Ortiz	Primer Vocal	
Mtra. Nidia Iris Moreno Vargas	Segundo Vocal	
Dr. David Jiménez Rodríguez	Tercer Vocal	
Dr. Rubén García Cruz	Secretario	
Dra. Claudia Margarita González Fragoso	Suplente	
Dra. María Leticia Bautista Draz	Suplente	



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
 Secretaría de Planeación y Desarrollo
 Calle del Comercio Interior, Paseo de la Independencia s/n, 42100
 Toluca, Hidalgo, México. Tel: 01 (52) 477 430 4300, 4326 4344 y 4310
 Email: secretaria@uaeh.mx

www.uaeh.edu.mx

Agradecimientos

A mis padres, quienes en cada hueco de un momento que recordar, en cada acera que me lleve a caminar, en cada otoño y en cada partícula, en el sonido del maldito despertador, en el abrir de las persianas y la luz del sol, en cada iluso y en cada incrédulo, estarán.

A mis amigos, quienes en cada sonido de las aves a la levedad, en cada instante que me lleve a imaginar, en cada primavera e invierno, en las películas y el café, estarán.

A las responsables del refugio, quienes me dieron la oportunidad de realizar este estudio.

A la UAEH, fuente de conocimiento profesional y personal.

Al Dr. Santamaría, a la Mtra. Nidia, al Dr. David, al Dr. Rubén, a la Dra. Claudia y a la Dra. Leticia, quienes a pesar de su apretado horario, se dieron el tiempo de revisar el trabajo para llevarlo a un mejor final.

A mi Maestra *jedi*, la Dra. Andrómeda quien me recibió como su *padawan*, *guiándome en el camino de la Fuerza (o al lado oscuro, todo depende a quien le pregunte)*. Gracias por confiar, que a pesar de que nunca salí bien en el *poster*, usted creyó en mí, motivándome a creer en mí y en mis fortalezas, gracias. Que la Fuerza siempre este con usted.

Siempre Suyo
Vicente

“El miedo lleva a la ira, la ira lleva al odio y el odio lleva al sufrimiento” (Maestro Yoda).

Índice

Resumen	9
Abstract	11
Introducción	13
Capítulo I. Violencia contra la mujer	16
Epidemiología	16
Violencia contra la mujer: Definición	17
Tipo de violencia en la pareja	18
Ciclo de violencia	24
Perfil de víctima y victimario	28
Factores de riesgo	33
Consecuencias	34
Prevención	37
Capítulo II. Factores psicológicos: depresión e ira	38
Concepto de emoción y emociones básicas	38
Depresión: Definición	44
Síntomas	46
Factores de riesgo asociados con la presencia de sintomatología depresiva	50
Ira: Definición	63
Componentes de la ira	64
Repercusiones biológicas y psicosociales.	67
Capítulo III. Recursos psicológicos positivos: regulación emocional, resiliencia y fortalezas de carácter	70
Definición de regulación emocional	70
Características de la regulación emocional	73
Desregulación emocional	76
Definición de resiliencia	77
Factores protectores y de riesgo asociados con la resiliencia	82
Definición de fortalezas de carácter	84
Características de las fortalezas de carácter	92

Método	98
Justificación	98
Pregunta de investigación	99
Objetivos	99
Tipo de estudio	100
Tipo de Diseño	100
Variables	100
Hipótesis de investigación	102
Participantes	103
Instrumentos	103
Procedimiento	104
Análisis de datos propuesto	105
Resultados	106
Análisis de resultados descriptivos de depresión	111
Análisis descriptivos de resiliencia	115
Análisis descriptivos de Fortalezas de carácter	125
Prueba de asociación entre variables Rho de Spearman	1296
Discusión y conclusión	146
Referencias	160
Anexos	178

Índice de Tablas

Tabla 1. Tipos de violencia que se ejercen sobre el cónyuge.....	21
Tabla 2. Clasificación de los tipos de violencia en la relación de pareja.....	23
Tabla 3. Factores asociados con el comportamiento violento de maltratadores.....	28
Tabla 4. Emociones básicas y su valoración desencadenante.....	39
Tabla 5. Emociones básicas y su función adaptativa.....	40
Tabla 6. Componentes de las emociones.....	42
Tabla 7. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno de Depresión Mayo.....	47
Tabla 8. Criterios diagnósticos del CIE-10 para el episodio depresivo.....	49
Tabla 9. Criterio de nivel de sintomatología depresiva del CIE-10.....	47
Tabla 10. Criterios diagnósticos para sintomatología depresiva infantil.....	61
Tabla 11. Definición de resiliencia desde el concepto.....	80
Tabla 12. Definición de resiliencia desde el sujeto de estudio.....	80
Tabla 13. Clasificación y descripción de las emociones positivas.....	87
Tabla 14. Características de los elementos del modelo PERMA.....	87
Tabla 15. Descripción de virtudes y fortalezas.....	92
Tabla 16. Definición de variables de estudio.....	100
Tabla 17. Escolaridad de las participantes.....	106
Tabla 17. Perspectiva de la relación con los familiares.....	108
Tabla 18. Niveles de depresión según el tipo de agresión.....	112
Tabla 19. Niveles de depresión según la percepción emocional de la infancia.....	112
Tabla 20. Niveles de depresión según la percepción emocional de la adolescencia.....	113

Tabla 21. Medias obtenidas por las participantes en la escala Enojo- Estado.....	114
Tabla 22. Medias obtenidas por las participantes en la escala Enojo- Rasgo.....	114
Tabla 23. Medias obtenidas por las participantes en las escalas de expresión y control del enojo.....	115
Tabla 24. Interpretación de puntajes obtenidos de resiliencia.....	116
Tabla 25. Puntajes descriptivos del instrumento de resiliencia.....	117
Tabla 26. Interpretación y medias teóricas por subescala.....	118
Tabla 27. Medias obtenidas por la muestra en virtudes del carácter	126
Tabla 28. Medias obtenidas en las fortalezas de carácter.....	127
Tabla 29. Correlaciones entre depresión y las subescalas del ML- STAXI.....	129
Tabla 30. Correlaciones entre depresión y las virtudes de carácter.....	130
Tabla 31. Correlaciones entre depresión y las fortalezas de carácter.....	130
Tabla 32. Correlaciones entre depresión y resiliencia.....	132
Tabla 33. Correlaciones entre expresión de la ira y virtudes de fortaleza.....	132
Tabla 34. Correlaciones entre inventario de la expresión de la ira y el cuestionario de fortalezas de carácter.....	134
Tabla 35. Correlaciones de las subescalas del inventario de expresión del enojo y los niveles de resiliencia.....	139
Tabla 36. Correlaciones por subescalas del inventario de expresión del enojo y subescalas de resiliencia.....	140
Tabla 37. Correlaciones entre virtudes de carácter y resiliencia.....	141
Tabla 38. Correlaciones entre fortalezas de carácter y subescalas de resiliencia.....	142

Índice de Figuras

Figura 1. Circulo de violencia.....	25
Figura 2. Respuestas de la víctima a la convivencia con el agresor.....	27
Figura 3. Modelo cognitivo de la depresión de Beck.....	58
Figura 4. Modelo de regulación emocional.....	74
Figura 5. Porcentajes de hijos por madre.....	107
Figura 6. Porcentaje de percepción de sentimientos desagradables.....	109
Figura 7. Frecuencia de mujeres que experimentan síntomas físicos y emocionales.....	110
Figura 8. Niveles obtenidos en el inventario de depresión de Beck.....	111
Figura 9. Porcentajes obtenidos de resiliencia.....	116
Figura 10. Puntajes obtenidos por la muestra y media teórica de la primer subescala.....	119
Figura 11. Puntajes obtenidos por la muestra y media teórica de la segunda subescala.....	120
Figura 12. Puntajes obtenidos por la muestra y media teórica de la tercer subescala.....	121
Figura 13. Puntajes obtenidos por la muestra y media teórica de la cuarta subescala.....	122
Figura 14. Puntajes obtenidos por la muestra y media teórica de la cuarta subescala.....	123
Figura 15. Frecuencia de medias individuales sobre la media teórica por subescala.....	124
Figura 16. Frecuencia de los puntajes que superan la media.....	127

Resumen

El objetivo del presente estudio fue describir la relación existente entre la depresión, expresión de la ira, resiliencia y fortalezas de carácter en mujeres en situación de refugio, conformada por seis mujeres con condición de violencia, albergadas en el refugio perteneciente a la Red Nacional de Refugios, en el periodo octubre-diciembre 2018. Después entregado y firmado el consentimiento informado, las participantes contestaron los instrumentos; el Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario Multicultural de la expresión de hostilidad y cólera (ML-STAXI), Escala de Resiliencia (RESI-M), Cuestionario de Fortalezas de Carácter (VIA, por sus siglas en inglés). La administración de la pruebas se realizó a lápiz y papel en una sola exhibición. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 para realizar la prueba de Spearman de asociación. Los resultados arrojaron una media en puntuaciones moderadas en el inventario de depresión de Beck, en el ML-STAXI la muestra puntuó por arriba de la media teórica en las escalas de enojo-estado y expresión externa e interna del enojo y por debajo las escalas de enojo-rasgo, control externo e interno. Asimismo la población reportó una resiliencia de media a alta, finalmente en el cuestionario de fortalezas de carácter, se destaca el uso de las virtudes de coraje, justicia y templanza. Respecto a las correlaciones, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre depresión y expresión de la ira (expresión interna .829), depresión y resiliencia (-.943). Finalmente en la asociación entre el Cuestionario de Fortalezas y el Inventario de expresión de la hostilidad se encontró que la fortaleza de aprendizaje presentó correlación estadísticamente significativa con las subescalas de enojo-estado, enojo-rasgo y expresión externa (.883, .820 y .886), la fortaleza de integridad presentó relación estadísticamente significativa con las subescalas de control interno y control externo (-.844 y -.941) y por último, la fortaleza de Liderazgo presentó relación estadísticamente significativa con la subescala de control externo (-.812).

Se concluye que las relaciones entre expresión del enojo y depresión son existentes pero débiles, esto posiblemente relacionado al tamaño de la muestra, así mismo no existe relación estadísticamente significativa entre depresión y fortalezas de

carácter, expresión del enojo y resiliencia, tampoco se halló relación entre fortalezas de carácter y resiliencia. Se encontró relación estadísticamente significativa entre depresión y resiliencia, fortalezas de carácter y expresión del enojo.

Palabras clave: Depresión, expresión del enojo, resiliencia, fortalezas de carácter y violencia contra la mujer.

Abstract

The objective of the present study was to describe the relationship between depression, expression of anger, resilience and character strengths in women in a refugee situation, made up of six women with violence, housed in the refuge belonging to the National Network of Shelters After the informed consent was delivered and signed, the participants answered the instruments; the Beck Depression Inventory (BDI), Multicultural Inventory of the expression of hostility and anger (ML-STAXI), Resilience Scale (RESI-M), Questionnaire of Character Strengths (VIA, for its acronym in English). The administration of the tests was done in pencil and paper in a single exhibition. For the analysis of the data, the statistical package SPSS version 22 was used to perform the Spearman association test. The results showed an average in moderate scores in the Beck depression inventory, in the ML-STAXI the sample scored above the theoretical average in the scales of anger-state and external and internal expression of anger and below the scales of anger-trait, external and internal control. Likewise, the population reported a medium to high resilience, finally in the character strengths questionnaire, the use of the virtues of courage, justice and temperance is highlighted. Regarding the correlations, statistically significant associations were found between depression and anger expression (internal expression .829), depression and resilience (-.943). Finally, in the association between the Strengths Questionnaire and the Hostility Expression Inventory it was found that the learning strength presented a statistically significant correlation with the subscales of anger-state, anger-trait and external expression (.883, .820 and .886), the integrity strength presented a statistically significant relationship with the internal control and external control subscales (-.844 and -.941) and finally, the Leadership strength presented a statistically significant relationship with the external control subscale (-.812). It is concluded that the relationships between anger expression and depression are existing but weak, this possibly related to the size of the sample, likewise there is no statistically significant relationship between depression and character strengths, anger expression and resilience, nor was there any relationship between Strengths

of character and resilience. A statistically significant relationship was found between depression and resilience, strengths of character and anger expression.

Keywords: Depression, anger expression, resilience, character strengths and violence against women.

Introducción

El fenómeno de la violencia en la pareja es tanto anómalo como tristemente común. En primer lugar es tan frecuente que exista violencia en la pareja que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) ya lo considera un problema de salud pública mundial, esta misma organización ha reportado estadísticas escalofriantes donde afirma que un gran porcentaje de mujeres, han sufrido de algún tipo de violencia a lo largo de su vida por parte de alguna de sus parejas. De aquí se parte para decir que este fenómeno es un tanto anómalo, pues es de llamar la atención que precisamente sea en la relación cuando más agresión haya, siendo que en la teoría el formar una pareja tiene un componente de elección libre (la mayoría de las veces) donde además este tipo de interacción se basa en la satisfacción de necesidades e intercambio de conductas gratificantes, donde de no cumplirse estos componentes se termina la relación. Sin embargo, en la violencia esto no ocurre de esa manera, incluso se presentan conductas contradictorias donde agredir es mecanismo para solucionar y a pesar de estar siendo transgredida la persona se mantiene en la relación. Esto hace pensar que quizás la explicación de que este tipo relaciones violentas tenga que ver con algún trastorno mental o alteración psicológica en ambas partes de la relación, sin embargo, no es fácil responder cuál puede ser el factor detonante para el inicio de este tipo de conducta violenta, quedando claro que su origen parece ser más bien multicausal (Echeburúa & Amor, 2016).

En este fenómeno se observa, como en un ambiente donde debería permear la intimidad, confianza y ternura realmente está cubierto por constantes estados emocionales de ira, frustración, tristeza y culpa. De ahí que el principal interés del siguiente trabajo es realizar una caracterización o descripción del estado emocional que presentan las mujeres víctimas de violencia de pareja. Las víctimas de violencia de pareja se viven como puntos vulnerables de descarga en un espacio donde para el agresor resulta más sencillo ocultar la evidencia de su comportamiento lo cual permite que el continuo de estas actitudes violentas se mantenga por mucho tiempo causando severas consecuencias en las víctimas (Echeburúa, Amor, & Corral, 2002).

En un primer momento la mujer comienza tomando una postura de sumisión lo cual le permite evitar consecuencias aún más negativas, ya que confrontar o reaccionar ante la violencia le puede representar un mayor riesgo. Sin embargo, esta problemática se vuelve rápidamente crónica, las víctimas comienzan a resentir este estilo de vida en aspectos fisiológicos y psicológicos (Morillas, Patró, & Aguilar, 2011), por lo que no se puede evitar el daño.

La sintomatología física más común de la violencia se presenta en forma de malestares abdominales/torácicas, alteraciones funcionales, contusiones y hematomas, laceraciones, daño ocular y salud percibida deficiente, cabe mencionar que estos síntomas pueden variar según el tipo de agresor.

De igual forma enfermedades o situaciones de carácter sexual se vuelven más frecuentes como: trastornos ginecológicos, disfunciones sexuales, embarazos no deseados o complicaciones en los mismos, hijos con bajo peso al nacer, infertilidad, abortos espontáneos o frecuentes, infecciones como VIH/SIDA y trastornos de la inflamación pélvica y finalmente se incrementa la probabilidad de suicidio u homicidio el cual también lleva consigo un aspecto psicológico muy duro. Estas mujeres pueden desarrollar TEPT, depresión, ansiedad, trastorno de pánico y fobias, trastornos de la alimentación y sueño, disfunción sexual, trastornos psicosomáticos, baja autoestima y sentimientos de vergüenza y culpa. En general existe un descuido de la salud personal que se va agravando con el tiempo, existe abuso de sustancias, conducta sexual no segura, inactividad física, comportamientos auto-lesivos y alteraciones alimentarias (OMS, 2017).

La situación ya es desagradable en sí misma, y se le tienen que agregar también repercusiones en el ambiente social, principalmente en el familiar, ya que estas mujeres comúnmente son madres de varios niños, lo cual dificulta aún más su situación porque tienen que velar por ellas y por sus hijos. Por lo tanto, es importante destacar que la estabilidad emocional de la madre es clave para el desarrollo infantil. Se ha encontrado que algunas características afectivas pueden ser heredadas, por lo tanto si una madre tuvo depresión en algún momento hay mayor probabilidad de que su hijo presente sintomatología depresiva u otro tipo de

conductas que pudiera aprender mediante la interacción con su familia (Álvarez, Sánchez, & Bojó, 2016).

Esto hace reiterar la importancia que tienen los espacios dedicados a atender a esta población que ha sido transgredida y su calidad de vida se ha deteriorado, tanto en aspectos psicológicos y físicos. A su vez es importante el apoyo a estas instituciones brindándoles herramientas para una labor más efectiva, esto mediante el desarrollo de estrategias que se puedan adecuar a la mayor cantidad de necesidades presentes en esta población, desde la capacidad de independencia personal, laboral, económica, etc. hasta las necesidades emocionales o psicológicas presentes. El presente trabajo se desglosa en cuatro segmentos, los primeros tres abordan el marco de referencia en el cual se sustenta este estudio. En primer lugar se habla de la violencia de pareja, se plantea la problemática que existe en relación a este fenómeno, en segundo lugar se abordan factores psicológicos que podrían estar presentes en la población estudiada, como son la depresión y la expresión del enojo, así como sus posibles causas y consecuencias, finalmente se menciona factores psicológicos positivos que pueden estar presentes en las participantes, los cuales favorecen el desarrollo psicológico y emocional para afrontar las situaciones adversas que han experimentado. El último segmento de este trabajo tiene como fin detallar la metodología empleada en su realización, explicando su relevancia, metodología, resultados y conclusiones obtenidas a raíz de lo que se llevó a cabo.

Capítulo I. Violencia contra la mujer

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) declara que la violencia de género es un problema de salud pública, pues en su informe de estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer reporta que la prevalencia de violencia de pareja oscila entre el 23.2% en los países de ingresos altos y el 24.6% en la región del Pacífico Occidental, al 37% en la región del Mediterráneo Oriental y el 37.7% en la región de Asia Sudoriental. Así mismo aproximadamente el 35% de las mujeres de todo el mundo han sido víctimas de algún tipo de violencia, ya sea de tipo físico y/o sexual por parte de la pareja o distintas a su pareja, además se estima que alrededor del 30% de mujeres que han tenido pareja manifiestan haber sufrido violencia física y/o sexual. Cabe mencionar que alrededor del 38% de homicidios femeninos tenían como historial la violencia conyugal.

En 2006 el Instituto Nacional de la Mujeres en colaboración con el Instituto Nacional de estadística y geografía (INEGI) desarrollaron la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones Familiares en los Hogares*, la encuesta estuvo conformada por una muestra de alrededor de 83, 159 mujeres de 15 años o más, Los resultados encontrados sobre la violencia en la pareja fueron los siguientes: se estima que aquellas mujeres casadas por lo civil y religioso reportaron una menor violencia física en comparación con aquellas mujeres casadas únicamente por lo civil o religioso o bien, aquellas en uniones libres. Estas mujeres casadas únicamente por lo civil, religioso o unión libre reportaron un 14.5% de los casos en los últimos años, lo cual es casi el doble de lo registrado en mujeres casadas por lo civil y religioso, las cuales se tuvieron un 7.9% de los casos en los últimos 12 meses. Finalmente en lo que corresponde al abuso físico severo y sexual, se encontró que aquellas adolescentes que vivían solamente con la madre tienen un 38% de mayor probabilidad de sufrir abuso físico severo en comparación con las que viven con ambos padres biológicos, asimismo, aquellas que viven con madre y padrastro tiene un 68% más de sufrir abuso físico severo.

Datos alarmantes se observan en el análisis del abuso sexual, ya que las adolescentes que viven solamente con la madre tienen una probabilidad de 134% más de sufrir de abuso sexual, aquellas que viven con la madre y un padrastro tienen un 298% más de probabilidad de ser abusadas sexualmente, ambos casos en comparación con aquellas que viven con ambos padres biológicos (Pliego, 2012).

En este mismo sentido, el INEGI (2016) informó que aproximadamente el 66.1% de mujeres de 15 años y más han sufrido violencia, de este total el 43.9% sufrieron agresiones por parte de su esposo o pareja de ese momento y el 53.1% sufrió violencia por parte de algún agresor distinto a la pareja. Así mismo reportó que los estados con mayor índice de violencia de pareja son Baja California, Colima, Chihuahua, Guerrero, Estado de México, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas.

Hidalgo se encuentra entre los diez estados con mayor violencia hacia las mujeres de todo el país, en el 2018 en México alrededor de 45 mil 853 mujeres fueron víctimas de lesiones dolosas de las cuales el 3.9 por ciento, son hidalguenses, esto equivale 1824 mujeres. Además, ha superado la media nacional en delitos de lesiones dolosas hacia las mujeres y en el caso de lesiones culposas Hidalgo reportó 346 casos, lo cual equivale al 3.1 por ciento de los 11 mil 116 reportados a nivel nacional. Se estima que alrededor de ocho mujeres sufren lesiones diariamente en el estado, donde la mayoría se acometen contra niñas y adolescentes (Hernández, 2018).

Violencia contra la mujer: Definición

Las Naciones Unidas (1993) definen la violencia contra la mujer como *“todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”*.

La violencia de pareja es entendida como un conjunto de actitudes agresivas intencionadas hacia la pareja de manera directa o indirecta las cuales ocasionan un

daño físico o psicológico (Brito-Tinajero, Delgadillo-Guzmán, & Nieva, 2016) la cual está fuertemente relacionada con la violencia de género la cual se entiende como toda acción y omisión, basada en el género, que pueda causar daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público (INEGI, 2016).

La sociedad es quien constituye el papel que hombres y mujeres deben jugar tanto en sociedad como en sus relaciones sociales, dotando a cada sexo con atributos y cualidades deseadas. Lamentablemente en nuestra actualidad es al hombre a quien se le ha conferido autoridad y poder sobre la mujer llegando al punto donde la violencia conyugal es justificada (Paixão et al., 2018).

Socialmente se ha relacionado el sexo; que es un aspecto puramente biológico; refiere las habilidades y capacidades reproductivas entre machos y hembras, con el género que es una construcción social; que establece una serie de normas, leyes, símbolos, tradiciones, mandatos sociales y formas de comportamiento que definen lo masculino y femenino y se relaciona directamente con ser hombre y mujer (Álvarez, Sánchez, & Bojó, 2016).

Lo anterior mencionado constituye lo que es la ideología de género, la cual refiere a los roles, estereotipos e identidad que la cultura confiere a hombres y mujeres de su sociedad. Las personas son caracterizadas con una serie de elementos que deben poseer, estos atributos engloban; roles, rasgos, ocupaciones, características físicas y orientación sexual, según sean hombres o mujeres. Las relaciones de hombres-mujeres se basan principalmente en esta ideología de género, pero además se incluyen situaciones de fuerza o amenaza, control de recursos y asimetrías de las responsabilidades sociales (Rosado y Rosado, Sosa, & Paredes, 2016).

Tipo de violencia en la pareja

La violencia de pareja tiene como principal base la violencia de género, pero a su vez esta se sustenta bajo denominado *sistema patriarcal* existente en nuestra sociedad. Este sistema es un conjunto de características jerárquicas que se

expresan en la familia y sociedad, donde el poder, recursos, bienes, derechos y oportunidades se distribuyen de manera desigual, dotando de favoritismo a las características masculinas sobre las femeninas. El modelo de dominio-sumisión vigente en nuestra cultura para las relaciones sociales entre las personas, y principalmente reflejado en las relaciones de pareja, justifica, normaliza y motiva el uso de la fuerza y otros medios instrumentales para el dominio de hombres sobre las mujeres, esta serie de conductas. La mujer toma un lugar de posesión (ser poseída), lugar que se caracteriza por brindarle el derecho emocional, legal, físico y sexual al hombre sobre la mujer; esta relación desigual genera emociones de injusticia, dolor y violencia lo cual desencadena en un malestar para la mujer (Álvarez et al., 2016).

La perspectiva de género en el ámbito de la violencia hacia a la pareja ha llegado a ser un tanto criticada ya que se considera que por definición, expresar violencia de pareja, es afirmar que hay un hombre agresor y una mujer agredida sesgando la atención penal y limitando el entendimiento del fenómeno por parte de la comunidad científica, ya que como se mencionó con anterioridad, a la mujer solo se pregunta desde su perspectiva de víctima y al hombre desde el victimario. También los medios de divulgación han logrado mediatizar que exista una mayor sensibilización hacia la violencia sufrida por la mujer, ya que se retoman los casos más graves, comúnmente donde la víctima es mujer. Sin embargo a pesar de estar críticas, es innegable decir que las consecuencias de la violencia son más graves y frecuentes en las mujeres víctimas que en hombres víctimas (Muñoz & Echeburúa, 2015).

Valencia y Jiménez (2017) retoman cuatro factores que mantienen y promueven la violencia a la pareja:

- **Factores culturales:** Socialización basada en el cumplimiento de lo esperado por sexos, creencias de superioridad de los hombres e inferioridad de las mujeres, aceptación de la violencia como medio de resolución de conflictos.

- **Factores legales:** Diferencias en el estatus legal de las mujeres en leyes escritas y en la práctica, poco conocimiento en las mujeres de sus derechos legales, falta de sensibilidad en el trato de la policía y judicatura hacia las niñas y mujeres.
- **Factores económicos:** Dependencia económica de las mujeres, acceso limitado a oportunidades laborales
- **Factores políticos:** Desigualdad y poca organización de las mujeres en la vida política y minimización de la violencia machista.

Aunque la violencia en la pareja se puede suscitar por ambas partes, ya que tanto el hombre puede llegar a agredir a la mujer, como ella lo puede agredir a él, esto es poco frecuente, dado que las mujeres tienden a ser violentas sólo en defensa propia. Es más común o probable que las mujeres sean agredidas por sus cónyuges, a diferencia de los hombres que frecuentemente son violentados por personas desconocidas o bien por conocidos sin un lazo tan íntimo de relación. Algunos tipos de agresiones suscitados en la pareja pueden llegar a ser de carácter físico, sexual, emocional y controladores o dominantes (OPS, 2013).

Tovar y Ostrosky-Shejet (2013) mencionan que la violencia surge principalmente en el seno familiar donde un acceso limitado a la educación y una experiencia de violencia de primera mano genera que patrones de golpes e insultos se repitan a través de los jóvenes. Así mismo clasifican dos tipos de violencia: a) violencia primaria y b) violencia secundaria; la segunda refiere a una violencia no consciente y premeditada por el sujeto, existen condiciones externas al sujeto que provocan dicho comportamiento, como pueden ser trastornos de la personalidad, consumo de sustancias, contusiones o afecciones neurológicas. Ahora, la violencia primaria se puede presentar de dos formas, impulsiva o premeditada donde, como el concepto refiere, existe una plena intención de causar daño.

El INEGI (2016) y la OPS (2011) mencionan la violencia física, sexual, económica, emocional y psicológica como tipos de violencia que se ejercen sobre la pareja (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Tipos de violencia que se ejercen sobre el cónyuge.

Tipo	Descripción	Ejemplo
Violencia física	Se refiere a todo acto de agresión intencional en que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la mujer agredida, lo que se traduce en un daño, o intento de daño, permanente o temporal.	Este tipo de acciones conllevan pellizco, bofetadas, golpes, patadas, etc.
Violencia sexual	Toda forma de conducta, consistente en actos u omisiones, ocasionales o reiterados que induzcan a la prácticas sexuales no deseadas.	Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.
Violencia económica	Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima.	Reclamos de dinero, amenazas o incumplimiento con relación a dar el gasto, prohibiciones de trabajar o estudiar, también a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

Tipo	Descripción	Ejemplo
Violencia emocional o psicológica	Se refiere a formas de agresión que no inciden directamente en el cuerpo de las mujeres, pero sí en su psique.	Comparaciones ofensivas, encierros, coacciones, insultos, reclamos sobre las actividades del hogar, falta de respeto a las cosas del otro, amenazas. Comparaciones ofensivas
Violencia patrimonial	Se refiere a los actos de coerción y despojo de sus bienes, recursos materiales o propiedades.	Se identifica si algún familiar o la pareja la ha forzado u obligado a poner sus pertenencias a nombre de otra persona o las ha despojado quitándole o robándole sus bienes y pertenencias

Fuente: Adaptado de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INEGI, 2016).

También podemos clasificar la violencia en dos; violencia expresiva y violencia instrumental. La primera refiere a un aspecto más emocional del individuo, donde el ambiente evoca eventos de carácter frustrante que generan en el individuo episodios de ira intensos. Su expresión radica mayormente en la liberación de la carga emocional, además de que se ve mediada por la relación entre agresor y víctima, si la relación es muy íntima existe mayor posibilidad de que pueda ser mayormente más violenta según el tiempo avance. La segunda clasificación de violencia refiere a un aspecto más frío, a diferencia de la violencia expresiva, los actos instrumentales carecen de impulsividad, además la violencia la víctima es vista como un medio para un fin que va más allá de la descarga emocional (Company & Soría, 2016).

Muñoz y Echeburúa (2015) refieren otra clasificación de violencia, plantean que existe la *violencia controladora coactiva o terrorismo íntimo*; luego está la *violencia situacional asociada a conflictos de pareja* y finalmente, la tercera refiere

a la *violencia situacional asociada al proceso de separación*. A continuación se explica cada una (Ver tabla 2):

Tabla. 2

Clasificación de los tipos de violencia en la relación de pareja

Violencia controladora coactiva o terrorismo íntimo	Violencia situacional asociada a conflictos de pareja	Violencia situacional asociada al proceso de separación
<p>La motivación del agresor es el control del otro miembro de la pareja, siendo la violencia un mero mecanismo para llegar a ese fin, se caracteriza por un patrón de conducta violenta sistemática, unidireccional continua y de intensidad creciente. La principal estrategia de violencia es mediante las agresiones psicológicas, la cual crea un ambiente de tensión emocional constante que va deteriorando a la otra persona.</p>	<p>Esta violencia es fruto de la falta de habilidades de comunicación y de estrategias adecuadas para afrontar los problemas surgidos en la relación de pareja, esto debido a las carencias en el proceso de socialización. Cuando la relación alcanza un estadio de compromiso e intensidad, puede ocurrir una tendencia a la estabilidad o al deterioro de la misma, cuando esta última se presenta comúnmente la parejas suele poner en marcha estrategias inadecuadas para la resolución de conflictos, lo que</p>	<p>Esta violencia se presenta cuando el proceso de ruptura genera intenso estrés y no tiene un adecuado proceso de transición, lo cual evoca en una serie de comportamientos violentos para lidiar con la situación. Los factores que se ven relacionados con un buen o mal proceso de adaptación a la ruptura y que puede o no desencadenar en actitudes violentas pueden versar en, la forma en que se terminó la relación, el motivo de ruptura, los recursos psicológicos, sociales y económicos, el tiempo</p>

Violencia controladora coactiva o terrorismo íntimo	Violencia situacional asociada a conflictos de pareja	Violencia situacional asociada al proceso de separación
	<p>contribuye al aumento de fricciones entre ellos. Lo cual desencadena en una serie de acusaciones, reproches y críticas mutuas que están cargadas de problemáticas secundarias, además de las principales.</p>	<p>juntos, la intensidad de la implicación en la relación, la satisfacción amorosa y la calidad de la relación posterior a la expareja. Se presentan desajustes en la cognición de la persona, lo cuales hacen aparecer sentimientos de rencor y venganza lo cual puede motivar conductas violentas unidireccionales. La expareja se vuelve diana de la venganza del otro lo cual conlleva una desbalance emocional intenso.</p>

Fuente. Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español (Muñoz & Echeburúa, 2015).

Ciclo de violencia

El ciclo de violencia es una serie de comportamientos que fomentan que la violencia se aprende, se desarrolle y además se mantenga, en este proceso se distinguen cuatro fases; a) fase de calma, b) fase de tensión, c) fase de explosión/violencia y finalmente d) luna de miel, aunque al pasar del tiempo este proceso se sintetiza en tres momentos (Echeburúa & Corral, 1998). El concepto de

ciclo de violencia fue establecido primeramente por Leonore Walker (1979, como se citó en Cuervo & Martínez, 2013) donde ya exponía las fases mencionadas, pero además describe características de cada fase. Por ejemplo refiere como en la fase de tensión existe rumiación y excitación aversiva, en la fase de explosión hay presencia de visión túnel por parte del agresor y finalmente la persona maltratada toma una postura de ceder el control en la fase de reconciliación.

Ciclo de violencia



Figura 1. Adaptado de Círculo de la Violencia (INMUJERES, 2017).

El INMUJERES (2017) y el Centro de Justicia para Mujeres (CJM, 2016) definen las fases de la siguiente manera:

Fase de calma: En esta fase la situación se mantiene estable y tranquila, no se suscitan conflictos y desacuerdos (Echeburúa & Corral, 1998).

Fase de tensión: Comúnmente los agresores son hombres carentes de herramientas para la solución de problemas, al presentarse desacuerdos estos se perciben como cuestionados, lo cual provoca en ellos sentimientos de frustración, intolerancia e irritabilidad, estas sensaciones ven manifestados en conductas

sutiles, principalmente con violencia psicológica o con una ira contenida, se presentan menosprecios, comparaciones, largos silencios, sarcasmos, etc. Con el fin de desestabilizar a la víctima y retomar el control (CJM, 2016; Echeburúa & Corral, 1998; INMUJERES, 2017).

Fase de violencia: En este momento el agresor se deja llevar por su frustración y carencia de dar solución mediante la vía pacífica y de la comunicación deja descargar las tensiones de forma física, sexual y emocional o psicológica de una manera muy intensa. Esta fase se ve acompañada de pensamientos por parte de la víctima de “me lo merezco”, “la culpa es mía” y “con el tiempo cambiará” (CJM, 2016; Echeburúa & Corral, 1998; INMUJERES, 2017).

Fase de luna de miel: Esta fase se reconoce porque el agresor siente un intenso remordimiento y lo compensa con comportamientos altamente cariñosos (atenciones, regalos, promesas, etc.) acompañados de un discurso donde él promete no volverá a pasar la agresión (CJM, 2016; Echeburúa & Corral, 1998; INMUJERES, 2017).

Para completar lo anterior se retoma a Echeburúa, Amor y Corral (2002) quienes plantean el modelo de transgresiones intermitentes el cual regula y fortalece el círculo de violencia, el cual al paso de tiempo se vuelve más complicado terminar (Ver Figura 7).

Respuestas de la víctima a la convivencia con el agresor

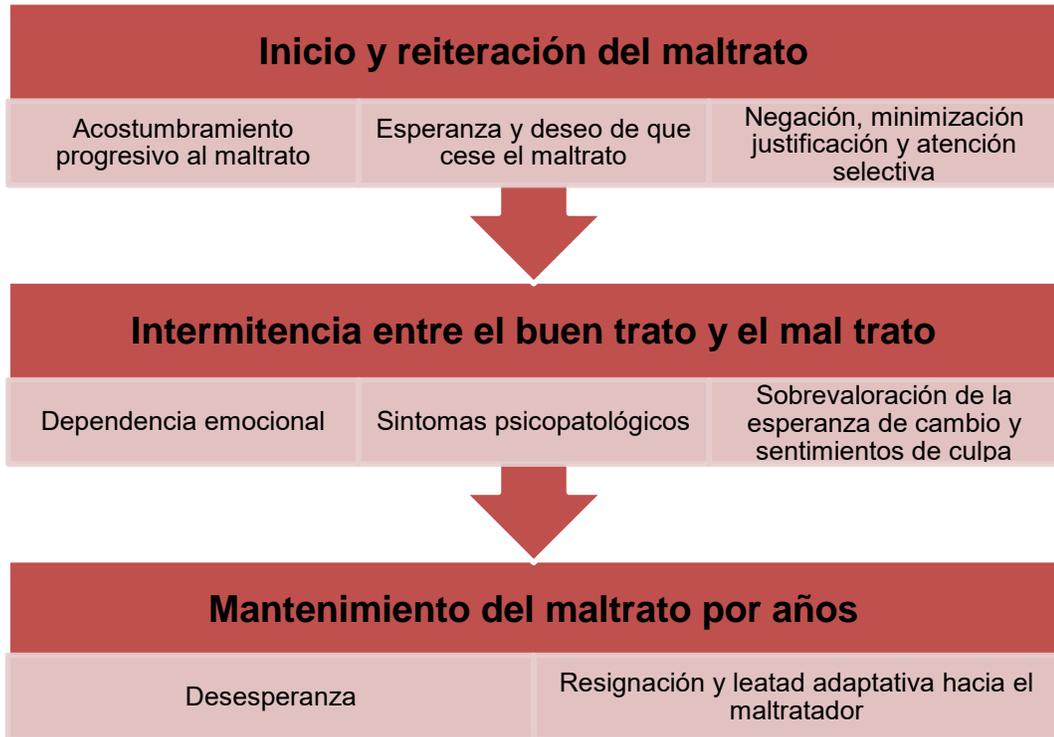


Figura 2. Adaptado de Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: Variables relevantes (Echeburúa et al., 2002).

Existen múltiples factores que imposibilitan que la mujer pueda cortar este ciclo de violencia y aún más terminar la relación dañina; primeramente la indefensión aprendida deja en un estado de incapacidad cognitiva a la mujer pero a este factor se añaden el sistema de creencias tradicionales sobre el rol de género, la normalización social e individual de la violencia dentro del núcleo familiar y de las relaciones interpersonales, también puede existir la dependencia económica hacia la pareja y carencia de apoyo social, auto-responsabilización de la violencia sufrida, concepto muy romántico del amor (visión excesivamente romántica del amor), miedo a las consecuencias de terminar como acoso y amenazas (Echeburúa, Amor, & Corral, 2002; Morillas, Patró, & Aguilar, 2011).

Perfil de víctima y victimario

Victimario

En los agresores es necesario tener en cuenta qué características del sujeto lo predisponen a la violencia como por ejemplo; alcoholismo, drogadicción, infidelidad, trastornos de la personalidad, daños o disfunciones cerebrales que afectan el control de impulsos, entre otras (Rosado y Rosado et al., 2016).

Experiencias de abuso físicos y psicológicos en etapas tempranas del desarrollo, estilos de crianza con características dictatoriales, permisivas o indiferentes y trastornos de la personalidad como antisocial, límite o psicóticas fomentan la aparición de sujetos altamente violentos o personalidades agresivas (Tovar & Ostrosky-Shejet, 2013).

Lo anterior se complementa con un análisis hecho por Echeburúa y Amor (2016) donde describen algunos factores que se pueden relacionar con las conductas violentas de los agresores (Ver tabla 3).

Tabla. 3

Factores asociados con el comportamiento violento de maltratadores

Factores	Características
Abuso de alcohol y drogas	El alcohol actúa como un facilitador y desinhibidor del comportamiento violento, además de que juega una dinámica de <i>dosis-efecto</i> donde a mayor consumo mayor intensidad de la respuesta violenta, además de que aumenta su frecuencia y reincidencia. A nivel clínico aquellos maltratadores consumistas de alcohol tienen un peor pronóstico de recuperación. A nivel general el maltrato bajo efectos del alcohol ronda entre el 40 y el 90 por ciento de los casos.
Trastornos mentales	

Factores	Características
Celos patológicos	Esta patología se caracteriza por una intensa y desproporcionada preocupación sobre la infidelidad de la pareja, sin embargo las sospechas no tienen evidencia. La intensidad de estas emociones genera en la persona una pérdida del control de los impulsos, además de un sufrimiento intenso. Estos se dividen en dos tipos: pasionales y delirantes; donde el primero refiere al temor de perder a la pareja y la posibilidad de que su pareja este disfrutando con otra persona; el segundo refiere a ferviente convicción de que la pareja le está siendo infiel (este último se relaciona con sintomatología psicótica). La agresión en ambos casos es igualmente probable pero en los celos delirantes se es más propenso cuando la relación ya está en deterioro.
Trastorno antisocial	Caracterizada por manipulación, falta de empatía y ausencia de remordimiento ante el dolor causado, esta serie de rasgos propician la aparición de conductas violentas y crueles. Este trastorno tiene comorbilidad con el abuso de sustancias. El antisocial es una persona que ve por beneficio propio.
Trastornos de la personalidad	Trastorno narcisista
Trastorno límite	Presenta intensos sentimientos de grandeza y prepotencia junto con una gran necesidad de ser estimado permanentemente. Se podría pensar que si estas necesidades son insatisfechas tendería a la violencia. En este trastorno se presenta la impulsividad, miedo al abandono, inestabilidad emocional y un sentimiento crónico de vacío lo cual facilita la aparición de conductas caóticas.

Factores	Características
Trastorno paranoide	Los delirios constantes de celos y desconfianza hacen que la aparición de comportamientos violentos sea más probable.
Falta de control sobre la ira	Las situaciones de conflicto o malestar en el entorno generan en estos hombres violentos respuestas inadecuadas e impulsivas para la resolución de los mismos, las cuales se mueven en espectros de la ira y hostilidad hacia la pareja.
Dificultades en la expresión y captación de emociones	En este apartado se podría utilizar el término <i>analfabetismo emocional</i> , donde estos hombres son carentes de identificar y comprender las emociones de su pareja y de igual forma son incapaces de reconocer y expresar sus propias emociones. Presentan una distorsión de la realidad la cual mantiene e intensifica las emociones que sumado a inexistente control emocional termina en actitudes violentas.
Distorsiones cognitivas sobre la mujer y relación de pareja	Este siguiente punto se relaciona con el anterior descrito, al referirnos a una realidad distorsionada, nos referimos a las distorsiones cognitivas. Estas distorsiones son el <i>lente</i> por el cual estos hombres interpretan el mundo; las cuales se caracterizan por sesgos sobre el rol de género, superioridad masculina sobre la femenina y por lo tanto justifican y racionalizan la violencia a la pareja, además de que niegan su responsabilidad y minimizan el daño a la víctima.

Alteraciones psicológicas

Factores	Características
Déficits en habilidades de comunicación y de solución de problemas	Esto lo venimos mencionando desde puntos anteriores. Los maltratadores tienen muy pobres o nulas habilidades de comunicación y de resolución de conflictos, lo cual aunado a la poca tolerancia a la frustración hace que los episodios de violencia se presentan con frecuencia.
Bajo autoestima	El papel de la baja autoestima en los agresores se juega en dos vertientes; la primera a que en afán de conseguir sentirse mejor violentan y someten a su pareja; la segunda versa en que a raíz de su baja autoestima los agresores perciben una gran inseguridad, se sienten amenazados constantemente, lo cual los lleva a la violencia como medio de afrontamiento.

Fuente: Adaptado de Hombres violentos contra la pareja: ¿tienen un trastorno mental y requieren tratamiento psicológico? (Echeburúa & Amor, 2016).

Asimismo, en una investigación en la cual se analizó el discurso de hombres en proceso legal por violencia conyugal, Paixão et al. (2018) encontraron que: a) para estos hombres la violencia conyugal era normal, pues todas las parejas pasan por esos momentos, incluso comentaban como sus padres también presentaron este tipo de situaciones, b) mencionan que la situación era privada y se arreglaba entre ellos y no tienen por qué meterse terceros c) otro punto encontrado es que los hombres comentan que fue la pareja quien empezó la agresión y ellos sólo respondieron, pues no podía permitir que una mujer les golpeará, d) finalmente un punto importante es que estos hombres consideraron violencia sólo cuando se dejaban marcas o se usaban armas u objetos, además de referir que los insultos o amenazas eran normales y no representaban violencia. El factor de normalización de la violencia cobra aún mayor importancia cuando se denota que a raíz de esto las mujeres desarrollan un elevado umbral de *tolerancia aceptada*, lo cual ocasiona que las mujeres tarden en reconocer que viven bajo un sometimiento constante (Valencia & Jiménez, 2017).

La mayoría de los hombres que violentan a las mujeres consideran que aquello que no sea físico no es violencia, sin embargo, aunque las agresiones psicológicas sean más sutiles sus repercusiones son igual de adversas como la física, dado que la violencia psicológica o verbal causa un daño a la estabilidad psicológica y produce una coerción de la otra persona (Díaz, 2017). La dinámica de la violencia de pareja tiene un primer eje donde el victimario ejerce de manera constante una serie de acciones que desvalorizan, intimidan y rechazan a la víctima repercutiendo en las áreas ya mencionadas del individuo (Brito-Tinajero et al., 2016).

Víctima

Walker (2017) menciona que las consecuencias que vive una mujer violentada se puede explicar desde la teoría de la indefensión de Seligman, donde explica que las constantes agresiones provocan en la víctima una percepción de que es incapaz de resolver o controlar su situación actual y probablemente siempre será así, la desesperanza la envuelve dejándola totalmente inmóvil ante la situación.

Esta condición se conoce como síndrome de la mujer maltratada, el cual integra la indefensión aprendida, perspectiva de pérdida de control, pasividad ante las agresiones y una identificación con el agresor, donde ella cree merecer el castigo recibido. Este fenómeno comienzan con un sentimiento de decepción el cual se genera cuando comienzan los primeros maltratos hacia ella, lo cual rompe la confianza y la seguridad que debería brindar la pareja. En un segundo momento comienzan a emerger los sentimientos de culpa, lo cuales se ven reforzados por la situación social que vive la mujer, esta situación es de aislamiento y sentimientos de incompreensión, finalmente la mujer comienza a normalizar la situación intentando entender a su pareja, pero esto se lleva sin éxito, lo cual termina en el proceso de indefensión, donde la mujer comprende al exterior como incontrolable (Walker, 2009 como se citó en López, 2016).

Todas estas circunstancias perfilan a una mujer con baja autoestima y autoconcepto, esto genera en las mujeres un pensamiento que los demás importan más que ellas, que sus necesidades y deseos están por debajo de los demás,

también existen altos niveles de vergüenza y culpa. Las mujeres comienzan a aislarse por sí mismas o bien por el dominio que impone el agresor. Los sentimientos de soledad están altamente presentes, la mujer no soporta la idea de ser abandonada y se piensa que jamás será querida, esta dependencia emocional hace que la mujer mantenga la relación (Echeburúa, Amor, & Corral, 2002; Pinargote & Chávez, 2017).

Las mujeres violentadas presentan desregulación emocional intensa, estas mujeres tienden a negar sus emociones y sentimientos, consideran que sus emociones no son importantes, están exageradas o bien, están equivocadas. La constante vigilancia a sus actos y sentimientos para no ser agredida lleva a la mujer a una inhibición de sus necesidades, sin embargo, al paso del tiempo estas emociones se acumulan y luego son externadas de forma inadecuada, lo cual podría conllevar una ira expresada de manera hostil hacia otros o hacia sí mismas (Santandreu & Ferrer, 2014).

El sentimiento de frustración se presenta por el fuerte repudio hacia su situación de violencia vivida y la percepción de que merecen el maltrato que están sufriendo, lo cual desencadena irritabilidad y sentimiento de fracaso (Pinargote & Chávez, 2017).

Es por eso que dependiendo de que pueda estar mayormente presente en la mujer es como se atenderá, por ejemplo, si existe un intenso sentimiento de abatimiento será preferible buscar atender la intensa depresión o en caso de que exista un TEPT será mejor atender los síntomas de ansiedad y los factores que la detona con mayor intensidad (Rosado y Rosado et al., 2016).

Factores de Riesgo

La violencia hacia la pareja es una problemática multifactorial o multicausal donde aspectos socioculturales, como los rasgos económicos y demográficos y los valores culturales y subculturales construyen un cimiento de significados a nivel individual e social que dan pie a este fenómeno social. Es por eso que la serie de actitudes conductas que se desencadenan en la violencia de género no es un hecho aislado sino más bien un fenómeno fundamentado (Rosado y Rosado et al., 2016).

La OMS (2017) y autores como González-Guarda y Mercedes (2012) mencionan que los factores de riesgo relacionados con la violencia de pareja y sexual pueden encontrarse en distintos ámbitos de la vida de la persona, pues pueden ser de carácter individual, familiar, comunitario y/o social. Por ejemplo, algunas situaciones que pueden predisponer la violencia son: el grado de adhesión a la ideología de género, valores culturales dominantes, un bajo nivel educativo y económico (autónomo), exposición al maltrato infantil, experiencia de violencia familiar, trastornos de personalidad antisocial, uso nocivo de alcohol, parejas altamente celosas, pasividad ante la violencia y normas sociales que privilegian al hombre, sin embargo, los que más se relacionan con la violencia de pareja son: a) antecedentes de violencia b) discordia o insatisfacción marital c) dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja y c) conducta dominadora masculina hacia su pareja.

Aquellas mujeres que se han casado o han empezado a cohabitar con sus parejas a edades tempranas tienden a mantener los patrones de género clásicos existentes, esto tiene un impacto en sus vidas pues ven limitada su autonomía económica y social, reduciendo su desempeño a esposa-madre-cuidadora. Asimismo, mujeres que contrajeron matrimonio en edades tempranas (antes de los 18 o menos) o que se han unido en más de una ocasión presentan mayor índice de violencia (INEGI, 2016).

Consecuencias

La violencia de pareja implica un atentado contra la salud física, sexual y emocional de la mujer donde las consecuencias pueden ir desde lesiones físicas graves, enfermedades de transmisión sexual, trastornos mentales, deterioro en el funcionamiento social, consumo de sustancias nocivas y hasta la muerte, además de que los costos económicos y sociales tanto para las familias como para la sociedad son muy elevados (Brito-Tinajero et al., 2016; Echeburúa et al., 2002; Matud, 2004; OMS, 2017).

Consecuencias físicas

La consecuencia que más aterra referente a la violencia contra la mujer es sin duda la altísima posibilidad de un homicidio o suicidio de la mujer, de igual forma la mujer está sometida a lesiones constantes provocadas por la pareja. Situaciones de cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales trastornos gastrointestinales, limitaciones en la movilidad son frecuentes en mujeres víctimas de violencia (OMS, 2017).

Además, las mujeres que viven en este tipo circunstancias aumentan su riesgo de embarazos no deseados, abortos forzados e involuntarios, muerte fetal, parto prematuro problemas ginecológicos e infecciones de transmisión sexual como VIH. De igual forma las mujeres que sufren violencia de pareja tiene dos veces mayor probabilidad de tener problemas con el consumo de alcohol (OMS, 2013).

Consecuencias Psicosociales

Una de las principales repercusiones en la salud mental que llega a tener la violencia de pareja en la mujer es la presencia o predisposición de trastornos de ansiedad y/o depresión, donde las mujeres víctimas de violencia tienen dos veces mayor riesgo que aquellas que no han sufrido violencia. De igual forma trastornos de estrés postraumático, ansiedad, insomnio, alimenticios e ideación suicida están también altamente relacionados (OMS, 2013). Asimismo, pensamientos de culpa, vergüenza, confusión y situaciones de dependencia emocional refuerzan los estados de ansiedad y depresión que podrían llevar a las mujeres al suicidio (Díaz, 2017).

Las mujeres pueden llegar a aislarse y ser incapacitadas para continuar con su vida cotidiana, por ejemplo, estas mujeres son incapacitadas para trabajar lo cual involucra perder su sueldo, de igual forma dejan de participar en actividades y se ven imposibilitadas de cuidar de sí mismas y sus hijos (OMS, 2017).

Aquellas afectadas por violencia de pareja tiene mayor probabilidad de caer en consumo de sustancias adictivas, tal pueden ser fármacos, alcohol y drogas; los medicamentos pueden llegar a ser de tipo analgésico y psicofármacos, recetados en ocasiones por médicos o bien de carácter auto-medicado y suponen un alivio

para su sintomatología, el consumo de alcohol es mucho más frecuente en mujeres maltratadas y la cantidad de consumo se relaciona directamente con la intensidad de la violencia vivida, finalmente el consumo de drogas se presenta mayormente en mujeres más jóvenes que presentan violencia (Echeburúa et al., 2002).

A nivel nacional la violencia de género es uno de los más grandes problemas a los que se enfrenta la sociedad hoy en día. Se ha registrado mayor índice de violencia y saña en mujeres asesinadas que en hombres, donde se han encontrado estrangulaciones, ahorcamientos o sofocamientos, ahogamientos, quemaduras y heridas con objetos punzocortantes a diferencia de los hombres que la mayoría fueron asesinados con arma de fuego (INEGI, 2016).

Repercusión en hijos

Las dificultades que sufren los niños expuesto a ambientes de violencia son variados, pero principalmente estos pueden presentar mayor susceptibilidad a trastornos conductuales y emocionales, además de que niños menores de 5 años pueden llegar a enfermarse gravemente por malnutrición e incluso morir por estas enfermedades (OMS, 2017).

El niño que se desarrolla en un ambiente de violencia puede llegar a generar problemas de socialización, aislamiento, inseguridad, agresividad y atención, su desempeño y adaptación en el ámbito escolar se ve mermado, de igual forma pueden aparecer síntomas de estrés de postraumático como; insomnio, pesadillas, fobias y ansiedad; también aparecen síntomas de depresión como; llantos, sentimientos profundos de tristeza y aislamiento. Las repercusiones en el estado afectivo ocasionan una desregulación en la expresión de las emociones e igual se internalizan de mala manera los roles de género (Álvarez et al., 2016).

En el ámbito educativo, en el análisis hecho por Creighton, Park y Teruel (2009, como se citó en Pliego 2012) de la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (ENNVIH) del 2003 y 2006, se encontró que aquellos adolescentes que viven con ambos padres tienen 9% en deserción escolar en nivel secundaria y aquellos que viven en familias con madres separadas o divorciadas presentan una

deserción del 17.4%. Esto también se relaciona con un estudio realizado por Ramírez (2018) quien encontró relación positiva y estadísticamente significativa entre el ambiente familiar y la satisfacción escolar, así como inadecuación escolar y conflictos familiares.

Finalmente, también la violencia familiar es un factor que puede ser desencadenante para que niños menores pasen a situación de calle según encontraron Obando, Villalobos y Lorena (2010), donde el 75% de niños de una población de aproximadamente 35,000 niños reportaron haber sufrido violencia y el 35% reconoció el maltrato como causante de abandonar el hogar.

Prevención

Se menciona que la violencia es una situación que puede prevenirse, por eso se propone que debe haber mayor interés en estrategias primarias para evitar que esta problemática siga produciéndose. En poblaciones de bajos recursos, estrategias que brindan a la mujer empoderamiento económico, social y apoyo emocional se han encontrado buenos resultados. Sin embargo en nuestro país la atención primaria a estos problemas de violencia de pareja sigue siendo escasa e incluso mantiene un perfil de segundo plano, pues aunque es obvia la razón, la atención a situaciones radicales de violencia de pareja son las que tienen mayores recursos (Brito-Tinajero et al., 2016).

Tomando de base aquellos sistemas políticos de países de ingresos altos se ha encontrado la fuerte responsabilidad que se tiene enfrente, pues este sistema es quien puede proponer y promover leyes para prevenir la violencia contra la mujer dotándolas de recursos para combatir su situación, asimismo, el sistema de salud también puede intervenir, primeramente sensibilizando y concientizando a la mujer de que su situación es inaceptable y que tiene el poder de cambiarla, además los profesionales de la salud deben buscar prevenir que se repitan actos de violencia, promoviendo normas de género de igualdad psicosocial y sexual e implementando estrategias eficientes y eficaces para la atención de esta problemática (OMS, 2017).

Capítulo II. Factores psicológicos: depresión e ira

Concepto de emoción y emociones Básicas

Es más habitual hablar de cómo los padres y madres se esfuerzan para educar a sus hijos en un correcto moral y social, para ser aceptados en la comunidad que escuchar de cómo un padre se esfuerza por enseñar y educar a su hijo para una adecuada expresión de las emociones, comúnmente se observa que cuando el pequeño llora o golpea los padres tienden a minimizar e incluso negar la emoción (dicen cosas como “ya pasará”), este tipo de acciones condicionan al niño a un estado donde su habilidad de expresar las emociones se ve reducida (La Rosa, 2014).

La palabra emoción proviene del latín “moveré” que significa moverse, esto refleja el aspecto innato de la emoción el cual es el de mover al organismo hacia a la realización de un objetivo (Barrantes-Elizondo, 2016). Las emociones son un foco de alarma para aquellas situaciones que podrían ser peligrosas o aversivas para la integridad o bien para procurar y acercarse aquellas experiencias agradables (Fernández-Abascal & Jiménez, Psicología de la Emoción, 2013).

Darwin (1873) mencionaba que las emociones tienen carácter genético y evolutivo, él refería que a situaciones parecidas, animales y humanos reaccionan de una manera similar, esto demostraba la teoría evolutiva que postulaba. Asimismo, remarcaba que la emoción tenía una expresividad universal y que favorece la habilidad adaptativa del organismo para su supervivencia.

Actualmente la psicología considera a la emoción como un proceso multidimensional suscitado por el análisis e interpretación (según la historia individual-personal) de una situación que se refleja en la expresión, preparación y cambios fisiológicos que sufre el organismo (Fernández-Abascal, 2013).

Hasta este punto se ha comprendido que las emociones son reacciones innatas que los individuos tienen ante eventos internos o externos, además de que son de corta duración con alteraciones fisiológicas y con disposición a la acción,

también presentan elementos cognitivos de atención y valoración específica al evento, lo cual permite la identificación, comunicación y el cómo actuar para lograr las metas que el sujeto tiene presente (Reyes & Tena, 2016).

El carácter evolutivo que presentan se va desarrollando a lo largo de la vida del organismo, por ejemplo, aproximadamente a partir de los tres años de edad las personas empiezan a desarrollar la capacidad cognitiva para identificar las emociones propias y ajenas, explicadas desde resultados favorables o desfavorables respecto a los deseos del individuo, así como la asociación entre emociones agradables y desagradables y eventos o personas, esta habilidad cognitiva va madurando a medida que la persona va creciendo (Cepa, Heras, & Lara, 2016).

Se plantea la existencia de una serie de emociones básicas, esto derivado de la presencia de características muy similares en distintos contextos, estas similitudes se reconocen tanto a niveles causales y de consecuencia; como las respuestas motoras y fisiológicas (Ver Tabla 4) (Ekman, 1992, como se citó en Reyes & Tena, 2016).

Tabla 4

Emociones básicas y su valoración desencadenante.

Emoción básica	Valoración
Alegría	Haber progresado hacia la consecuencia de una meta o valor.
Tristeza	Pérdida o fracaso en lograr un valor u objetivo.
Ansiedad	Existencia de una amenaza incierta hacia los valores o metas.
Miedo	Enfrentar un peligro concreto e inmediato hacia valores o metas
Ira	Frustración (factual o probable) de una meta u objetivo o valor
Disgusto	Estar cerca de un objeto repulsivo para los propios valores o metas

Fuente: Adaptado de Regulación emocional en la práctica clínica (Reyes & Tena, 2016).

Ver la Tabla 5. Para revisar la descripción de las similitudes en la función adaptativa de las emociones.

Tabla 5.

Emociones básicas y su función adaptativa.

Emoción	Función adaptativa	Descripción
Sorpresa	Exploración	<p>Facilitar la aparición de la reacción emocional y comportamental apropiada ante situaciones nuevas.</p> <p>Facilitar la dirección de los procesos atencionales, focalizando y promoviendo conductas de exploración, curiosidad e interés por la situación novedosa.</p> <p>Reclutar recursos y dirigir los procesos cognitivos a la situación novedosa que se ha presentado</p>
Asco	Rechazo	<p>Producir respuestas de escape o evitación ante estímulos desagradables o que son potencialmente dañinos para la salud.</p> <p>Potenciar el desarrollo de hábitos saludables, higiénicos y, por lo tanto, altamente adaptativos</p>
Alegría	Afiliación	<p>Incrementar la capacidad para disfrutar de diferentes aspectos de la vida.</p> <p>Generar actitudes positivas tanto hacia uno mismo, como hacia los demás; lo cual a su vez favorece la aparición del altruismo y la empatía.</p> <p>Establecer nexos de unión entre las personas y favorecer las relaciones interpersonales.</p>

Emoción	Función adaptativa	Descripción
		<p>Dotar a la persona de sensaciones de vigorosidad, competencia, trascendencia y libertad.</p> <p>Favorecer los procesos cognitivos de aprendizaje y memoria, aumentando la curiosidad y la flexibilidad mental.</p>
Miedo	Protección	<p>Facilitar la aparición de respuestas de escape o evitación ante situaciones peligrosas.</p> <p>Focaliza la atención casi exclusivamente en el estímulo temido, facilitando de este modo que el organismo reaccione rápidamente ante el mismo.</p> <p>Movilizar una gran cantidad de energía para dar respuestas más intensas y rápidas.</p>
Ira	Autodefensa	<p>Movilización de energía para reacciones de autodefensa y/o ataque.</p> <p>Eliminación de obstáculos que impiden la consecución de los objetos y metas deseadas.</p> <p>Intentar inhibir las reacciones indeseables de otras personas y evitar así la situación de confrontación.</p>
Tristeza	Reintegración	<p>Aumentar la cohesión con otras personas, de manera especialmente marcada con aquéllas que se encuentran en la misma situación.</p> <p>La reducción del ritmo de actividad general del organismo, potenciando de esta manera la posibilidad de valorar otros aspectos de la vida, a los cuales antes no se les prestaba atención.</p>

Emoción	Función adaptativa	Descripción
		Reclamar la ayuda de otras personas, mediante la comunicación a los demás de que no se encuentra bien.
		Fomenta la aparición de empatía y otros comportamientos altruistas tanto del organismo hacia al mundo como viceversa

Fuente: Adaptado de Psicología de la emoción (Fernández-Abascal, García, Jiménez, Martín, & Domínguez, 2013).

Los componentes de la emoción engloban sentimientos subjetivos y reacciones biológicas que ponen al cuerpo en un estado de alerta para enfrentar algún estímulo que pudiera percibirse como peligroso para la integridad física y psíquica; al determinar al estímulo como aversivo se generan respuestas motoras para afrontar el evento (intencionalidad). Asimismo tienen una funcionalidad social, ya que las emociones expresan el estado emocional en el que nos encontramos, las personas a nuestro alrededor perciben este estado de ánimo y su intensidad mediante un lenguaje no-verbal, como es la expresión facial y la postura corporal, y el lenguaje verbal a nivel fonético (Reeve, 2010).

Izard (1989) ya hacía mención de las funciones sociales que poseen las emociones, como es el facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir los estados afectivos y promover la conducta prosocial (Ver Tabla 6).

Tabla 6.

Componentes de las emociones.

Componente de la emoción	Características
Componente sentimental	Proporciona a la emoción su significado e importancia personal y la intensidad y calidad se experimenta a nivel subjetivo

Componente de la emoción	Características
Componente de estimulación corporal	Involucra nuestra actividad neural y fisiológica, e incluye la actividad de los sistemas autónomos y hormonales; el cuerpo se prepara para la acción, hay alteraciones en la frecuencia cardiaca, epinefrina en el torrente sanguíneo, postura de alerta, puños cerrados, etc.
Componente intencional	El aspecto intencional explica por qué la gente quiere hacer lo que quiere hacer y por qué se beneficia de sus emociones; se entiende este aspecto como el que dirige las acciones a realizar para afrontar circunstancias del momento.
Componente social-expresivo	A través de posturas, gesticulaciones, vocalizaciones y expresiones fáciles, las experiencias privadas o personales se vuelven de carácter público; como son las interpretaciones de alguna situación presente y el sentimiento que eso produce.

Fuente: Adaptado de Motivación y Emoción; Quinta edición (Reeve, 2010).

Carlson (2014) menciona que los componentes de la emoción se dividen en tres; comportamental, neurovegetativos y hormonales:

a) **Comportamental.** El cual comprende todos aquellos movimientos apropiados a la situación que provoca la emoción (agresión, huida, defensa, etc.).

b) **Neurovegetativas.** Al presentarse un aumento en la actividad simpática y una disminución en la parasimpática, por ejemplo, se pueden llegar a presentar cambios en la frecuencia cardiaca, en el diámetro de los vasos sanguíneos lo cual desvía la circulación de la sangre hacia los músculos de áreas periféricas.

c) **Hormonales.** Como consecuencia de la actividad simpática comienza la segregación de hormonas como la adrenalina, la noradrenalina y esteroides por parte de la médula suprarrenal.

El proceso neuronal que ocurre en el organismo ve principalmente en tres áreas del cerebro estas son: a) el hipotálamo, el sistema límbico y la corteza cerebral; el hipotálamo y tálamo transmiten a la corteza cerebral la información necesaria para hacer consciente la emoción, b) en el sistema límbico se ve involucrada la amígdala la cual tiene como función dar un significado emocional a los estímulos sensoriales que llegan del entorno, vía tálamo y corteza cerebral y finalmente c) la corteza cerebral y en especial la corteza prefrontal participa en la interpretación del significado de las respuestas, en la regulación social de la expresiones faciales y en la atenuación o amplificación de la emoción (Derryberry & Tucker, 1992).

Depresión

La OMS (2013) entiende la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Lo anterior descrito no es nuevo en el campo de la salud, actualmente somos totalmente conscientes que la salud mental es un equilibrio entre distintos aspectos del individuo aunado a lo biológico, es así que bienestar físico y emocional, así como la calidad de vida y la presencia de atributos individuales positivos del sujeto son factores involucrados en la presencia o ausencia de la depresión (Bustos & Russo, 2018).

Epidemiología

La OMS (2017) estima que en 2015 alrededor del 4.4% de la población mundial presentó depresión, esto indica un crecimiento del 18.4% de 2005 a 2015. La prevalencia fue mayor en mujeres que en hombres y a razón de la edad se encontró mayor presencia en edades de 55 a 75 años.

La depresión es la principal causa de discapacidad y suicidio en la región de las Américas. Se estima que al menos el 5% de la población ha padecido depresión en América Latina, de las cuales solo 6 de cada 10 personas han recibido tratamiento según lo informa la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012).

Los trastornos depresivos se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, principalmente para los países en desarrollo donde las carencias económicas son mayores (OMS, 2017), se estima que para el 2020 este tipo de afecciones serán las de mayor impacto (Pérez, Guerra, Mengana, Nóbrega, & Grau, 2014). En nuestro país la depresión es el tercer problema de salud mental más prevalente, es la cuarta causa de discapacidad en mujeres y la novena en hombres, se estima que alrededor del 9.2% de la población mexicana ha padecido depresión, donde el sector más joven son quienes presentan mayor prevalencia (Instituto Nacional de Psiquiatría, 2017). El INEGI (2016) reportó que hubo un total de 6730 suicidios, siendo el segundo año con más casos de esta índole después del 2015 con 6425 casos de suicidio, mencionamos estas tasas de mortalidad ya que la depresión es uno de los principales factores desencadenantes del suicidio.

En Hidalgo, hasta la semana 47 registrada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE, 2018) se han acumulado un total de 2194 casos de depresión en población general hasta la semana 52 del 2018, de los cuales 499 casos han sido hombres y 1695 han sido mujeres.

Definición

Depresión, viene del latín *depressus* que significa abatimiento, la característica más significativa del trastorno depresivo, es así que a lo largo de la historia hemos conceptualizado la depresión como una alteración en el estado de ánimo, que puede ser transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de la incapacidad para disfrutar de cosas o actividades que antes generaban placer o bien podrían ser placenteras por sí mismas (Chávez & Tena, 2018).

Uribe (2014) define la depresión como un síndrome prevalente, incapacitante, con una significativa discapacidad producida por la disminución en el rendimiento académico o laboral y las dificultades en las relaciones interpersonales y familiares, además del sufrimiento personal en la forma de dolor emocional.

Desde otra perspectiva la OMS (2017) entiende al trastorno depresivo como un estado caracterizado por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima bajo, alteraciones de del sueño o del apetito, fatiga o falta de concentración. Su temporalidad puede ser recurrente o duradera.

De la misma forma la American Psychytric Association (APA, 2018) no se aleja mucho de lo anterior descrito, esta refiere a la depresión como un estado de profunda tristeza o desesperación mayor a dos semanas el cual influye en la incapacidad de realizar las actividades del día a día, como trabajar, comer o dormir, además de repercutir de forma negativa en las relaciones sociales del individuo.

Síntomas

Los síntomas de la depresión se pueden dividir en tres grupos; Emocionales, Somáticos y Cognitivos. Como ya hemos mencionado antes, los síntomas como; humor deprimido, tristeza, disminución del placer o falta de interés en la mayoría de las actividades se encuentra en el rubro emocional, aspectos como; alteraciones en el peso o sueño, agitación o retraso psicomotor y fatiga o pérdida de energía, pertenecen al aspecto somático y finalmente en el aspecto cognitivo, encontramos características como; Sentimientos de infravaloración o culpa excesiva o inapropiada, disminución en la concentración e ideación suicida (Mitjans & Arias, 2012). Ceballos (2010) añade a la sintomatología depresiva el aspecto conductual propio de la sintomatología depresiva, este rubro abarca aspectos como: la rumiación, el llanto o deseo de llorar, aislamiento y conductas asociales (como se citó en Lima & Straffon, 2018).

Diagnóstico

Para el diagnóstico de la depresión tanto el DSM-V y el CIE-10 comparten características en los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo, eso nos hace aceptar un consenso entre las características principales que tiene el trastorno depresivo.

La APA (2013) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; Quinta Edición (DSM-5) tiene un apartado el cual lleva el nombre de Trastornos depresivos, en este apartado se incluyen los siguientes trastornos: Trastornos disruptivo y de Desregulación del Estado de Ánimo, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Depresión Persistente (distimia), Trastorno Disfórico, Premenstrual, Trastorno Inducido por Sustancias o Medicamentos, Trastornos Depresivo causado por otra condición médica, Trastornos Depresivos no específicos.

El Trastorno de Depresión Mayor es el que describe la sintomatología depresiva más común y los criterios que usa el DSM-5 se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7.

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno de Depresión Mayor

Trastorno de Depresión Mayor
A. Cinco (o más) de los síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. <ul style="list-style-type: none">- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., Siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

Trastorno de Depresión Mayor

- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 - Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
 - Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 - Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto-reproche o culpa por estar enfermo).
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 - Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Trastorno de Depresión Mayor

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. **Nota.** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; Quinta Edición (DSM-5).

Las OMS (1992) en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10) en su apartado de Trastornos del humor refiere a la depresión en episodios, los cuales pueden llegar a ser leve, moderado o grave. Para la evaluación diagnóstica conforme los criterios del CIE-10 se pueden ver en las Tabla 8 y 9 en las que se describen por un lado, los síntomas depresivos y por otro los criterios diagnósticos.

Tabla 8.

Criterios diagnósticos del CIE-10 para el episodio depresivo.

Pautas diagnósticas

- Decaimiento del ánimo
 - Reducción de su energía y disminución de su actividad
 - Deterioro en la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración
 - Cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos
 - El sueño se halla perturbado
 - Alteración del apetito
 - Aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil
-

Fuente: Clasificación Estadística internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, décima edición (CIE-10).

La Tabla 9 menciona que nivel de depresión presenta la persona según el número de síntomas presentados durante el episodio depresivo

Tabla 9.

Criterio de nivel de sintomatología depresiva del CIE-10.

Episodio	Nivel
Presencia de menos de cuatro síntomas	Sin depresión
Presencia de cuatro síntomas	Depresión Leve
Presencia de cinco o seis síntomas	Depresión moderada
Presencia de al menos siete síntomas con o sin síntomas psicóticos	Depresión grave

Fuente: Clasificación Estadística internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima edición (CIE-10).

Factores de riesgo asociados con la presencia de sintomatología depresiva

La salud mental y la psicopatología resultan de la interacción entre los factores protectores y los de riesgo a los que está expuesto el sujeto a lo largo de su vida. La salud mental ocurre cuando los factores protectores predominan y a si se mantiene el equilibrio, a su vez la psicopatología aparece cuando los factores de riesgo ocasionan un desequilibrio en el desarrollo esperado del individuo (Almonte, 2015). Se menciona que hay una mayor prevalencia de trastornos afectivos en el sexo femenino que en el masculino, sin embargo el sexo masculino presenta mayor tendencia al abuso en la ingesta de sustancias y trastornos de la conducta (Medina-Mora, Real, & Berenzon, 2018).

Entre los factores protectores y de riesgo podemos encontrar las características de origen biológico e individuales (como la regulación de emociones, pensamientos y conductas) en conjunto con situaciones o condiciones externas con carácter precario en ámbitos sociales, económicos, políticos, culturales o ambientales son factores que puede desencadenar en la enfermedad mental, tal como la presencia de depresión y ansiedad, que son los más comunes, cabe mencionar que su prevalencia aumenta si estas características adversas se presentan en la infancia (OMS, 2017).

Factores Biológicos

Como hemos mencionado las causas biológicas juegan un papel de suma importancia en el padecimiento de la depresión, aunque claro, no podemos reducir este padecimiento a sólo este factor.

A nivel genético se menciona que niños con vulnerabilidad co-transmitida serán más sensibles a eventos depresiogénicos a lo largo de su vida, el porcentaje de vulnerabilidad será mayor si la herencia genética viene de ambos progenitores a que si viene de sólo un progenitor (García, 2015).

Los estudios en neuroimagen nos han ayudado a entender la psicopatología desde la actividad neuronal que ocurre en el cerebro. Se ha encontrado que aquellos pacientes que presentan depresión, han presentado un aumento en el riesgo sanguíneo presente en la corteza prefrontal subgenua, además que las lesiones en esta zona están relacionadas con el comportamiento social; es posible que haya un aumento en la autocrítica y las ideas pesimistas (Black & Andreasen, 2015).

En el aspecto neurofisiológico se ha encontrado que individuos con depresión presentan alteraciones de hiperactividad en el eje Hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), en el cual se presentan altos niveles de cortisol, esto probablemente causado por una exposición prolongada a condiciones de estrés. Así mismo se ha encontrado que en pacientes con depresión el sistema noradrenérgico muestra alteraciones; existe baja producción de un metabolito de la noradrenalina en el fluido cerebroespinal (Sánchez-Loyo, Camacho, Vega-Michel, Pérez, & Torres, 2017).

Factores Psicosociales

Los factores que pueden incidir en la presencia de depresión es el género las mujeres, por el sólo hecho de serlo tiene mayor probabilidad de padecer anomalías en el estado de ánimo, así mismo la probabilidad aumenta si se es jefa de familia, si sólo se dedica a labores del hogar o es cuidador primario de algún enfermo y también si tiene un bajo nivel económico. En los hombres el ser desempleado, tener problemas económicos y legales, experiencias de violencia y consumos de

sustancias pueden ser factores que desencadenan depresión (Berenzon, Lara, Robles, & Mediana-Mora, 2013).

El entorno familiar es el primer punto de relación que establece el sujeto, es ahí donde el individuo en sus primeros años de vida tiene un modelo comportamental y actitudinal de la familia el cual irá imitando durante su posterior desarrollo, conforme este individuo vaya experimentando la interacción con otros, las actitudes imitadas se irán reforzando de manera positiva o negativa, esto será el parteaguas para que los comportamientos o actitudes que se presenten en mayor o menor medida (Ruiz, 2015).

La depresión es “contagiosa”, así lo describen Avía y Vázquez (2013) quienes refieren que en etapas más tempranas del desarrollo los individuos son más susceptibles a adquirir los esquemas del pensamiento de los padres y sobre todo de la madre, es así que si los padres tienen una visión negativa del mundo, los niños desde muy pequeños visualizarán de esta misma manera su entorno, cual si fueran un espejo, esto se podría explicar desde un modelo genético, donde esta tendencia es heredada pero también se puede entender que mediante la interacción Padre-Hijo se aprende y refuerza este desarrollo depresivo de manera poco consciente.

Partiendo de lo anterior podemos decir que si existen antecedentes familiares de depresión o bien, si en el ambiente familiar se presentan problemas como; maltrato, pobreza y la interacción o cohesión familiar es poco adecuada o mala, pueden ser factores detonantes para que el individuo presente sintomatología depresiva desde edades tempranas (Buitrago, Pulido, & Güichá-Duitama, 2017; Rivera-Heredia, Martínez-Servín, & Obregón-Velasco, 2013; Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcuca, Leyva-López, & Castro, 2015).

También podemos mencionar que aquellas situaciones de fractura de la estructura familiar como son las separaciones, divorcios o rupturas conyugal son eventos altamente estresantes que pueden desencadenar en una desestabilidad emocional; por ejemplo el niño puede llegar a sentir abandono y rechazo, culpabilidad por separación de los padres, ansiedad, baja autoestima, e inadaptación personal, familiar, escolar y social (Vargas, 2014). En un estudio

realizado por Seijo, Novo, Carrecado, & Fariña (2010) reportaron que los niños con historial de ruptura conyugal de los padres presentan mayor atención psicológica y psiquiátrica a lo largo de su vida para atender algún problema de salud mental.

En la experiencia cognitiva, los niños desde edades tempranas ya empiezan hacer juicios sobre sí mismos, donde aquellos que presentan cogniciones más positivas de sí mismo están menos susceptibles a la presencia de depresión (Cohen, Young, & Abela, 2012). También se ha encontrado que las actitudes que modulan mayormente la interacción en la etapa de la infancia es la agresión, se menciona que a pesar que aquellos niños agresivos son más populares, sus relaciones interpersonales son poco significativas y cercanas, lo cual provoca que en algún momento el niño esté más tiempo en solitario, lo cual posteriormente podría desencadenar en sentimientos negativos y por ende, la progresiva aparición de la depresión (Chen, Huang, Wang, & Chang, 2012).

Consecuencias de la presencia de sintomatología depresiva

La funcionalidad de un individuo se puede ver fuertemente afectada al padecer algún trastorno mental, pues este tipo de padecimientos tienen altas tasas de morbilidad, discapacidad y mortalidad (OMS, 2013).

Repercusiones Biológicas

Existen repercusiones biológicas que pueden ser consecuencia de padecer depresión, Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son una de las principales problemáticas que presentan un peor panorama si hay comorbilidad con la depresión; entre las ECV más relacionadas con la depresión se encuentra la Insuficiencia Cardíaca, los pacientes tienen un aumento en la posibilidad de sufrir un infarto al miocardio, además de duplicar la posibilidad de padecer una nueva ECV (Bichara, Santillán, Rosa, & Estofan, 2011), de igual forma existe una fuerte relación con la probabilidad de padecer diabetes y el riesgo de una muerte prematura aumenta en un 40% o 60% como habíamos mencionado antes (OMS, 2013).

Usuarios que presentan depresión en comorbilidad con una enfermedad orgánica como puede ser una ECV, presentan una menor probabilidad de casi el doble de no-adhesión al tratamiento en comparación de pacientes sin sintomatología depresiva (Gehi, Haas, Pipkin, & Whooley, 2005), además de que son susceptibles a perder habilidades sociales, es de esperarse que el paciente tienda al aislamiento, lo cual incrementará la depresión y el mal pronóstico de la ECV (Chung, Moser, Lennie, & Frazier, 2013).

Repercusiones Psicosociales

La depresión presenta gran comorbilidad junto con otros trastornos del estado de ánimo y afecciones físicas, aumentando el daño a la calidad de vida del sujeto (OMS, 2013). Tal es el caso que se ha reportado que aquellas personas que han padecido depresión tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno bipolar, o bien presentan comorbilidad con sintomatología ansiosa, además de que se incrementa la posibilidad del consumo/abuso de alcohol y otras sustancias (García, 2015).

Existen múltiples dificultades para la evaluación infantil, una de ellas es que en esta etapa la capacidad de expresar emociones, sentimientos y pensamientos es una tarea compleja para los niños y adolescentes (González-Toche, Gómez-García, Gómez-Alonso, Álvarez-Paredes, & Álvarez-Aguilar, 2017), otro factor de su complejidad es su característica de ser atípica y su comorbilidad con otros tipos de trastornos, esto lleva a que muchos niños y adolescentes pasen mucho tiempo sin recibir la atención necesaria, lo cual desencadena en un deterioro en el ámbito social; se producen malas relaciones con familiares y compañeros y el desempeño académico también se ve perjudicado, este deterioro puede ser tan grave que la presencia de pensamientos suicidas aumenta hasta un punto, que en ocasiones, lleva a la acción de quitarse la vida (Zhou et al., 2017).

El acto suicida está altamente correlacionado en la conceptualización de la depresión por eso la importancia de mencionar que en nuestro país por cada 100,000 hombres 8.5 cometen suicidio y por cada 100,000 mujeres 2.0 cometen suicidio. Nos llama la atención que de los casos de defunción por suicidio el 3.7%

eran personas que se encontraban en edades de 10 a 14 años. Todo esto reportado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2017).

Finalmente se hace referencia que el desarrollo de la depresión durante periodos anteriores a la vejez podría provocar que en esta etapa, una sintomatología leve de depresión se vuelva un trastorno mayor de la depresión, además de que favorece la discapacidad o el agravamiento de la misma en la vejez (Astudillo, 2017).

Teorías explicativas sobre la depresión

Existen múltiples modelos teóricos que explican la génesis de la sintomatología depresiva, tal es el caso de la teoría psicodinámica, conductual y cognitiva, de esta misma manera cada teoría ha desarrollado un plan de diagnóstico e intervención, pero para este estudio nos hemos centrado en teorías con base cognitiva.

La teoría cognitiva se basa en la premisa de que el individuo basa sus conductas en el procesamiento que hace de las representaciones mentales que tiene entre el estímulo y la respuesta, estas representaciones son construcciones hechas por el propio individuo a lo largo de su vida (Veytia-López, Guadarrama, Márquez-Mendoza, & Fajardo, 2016).

Teoría de la Indefensión Aprendida

La teoría de la Indefensión Aprendida surge de mano de Seligman en los años 70s. Se define como una respuesta carente de acción ante una situación que es percibida como incontrolable. El organismo a raíz de la adversidad prolongada, tiene la firme convicción de que sus acciones no tendrán efecto para un resultado distinto, que los eventos son independientes a su comportamiento, se viven sin la capacidad de cambiar las situaciones desfavorables, esto provoca que en futuras situaciones el organismo se comporte de manera pasiva, viviendo cada contingencia como si no tuviera salida (Mena & Vizcarra, 2001).

Es así que podemos conceptualizar la indefensión aprendida como un estado psicológico caracterizado por la percepción de ineficacia para predecir, controlar y solucionar acontecimientos de su vida, lo cual desencadena una serie de alteraciones emocionales, cognitivas y emocionales (González & Díaz-Loving, 2015; Maler & Seligman, 1976).

Este modelo comienza meramente desde una perspectiva animal pero a lo largo de los años su aplicación se ha dirigido a alteraciones emocionales y del comportamiento humano como puede ser la explicación a la depresión (Pérez & Díaz-Berciano, 2005).

En una reformulación de la conceptualización de la indefensión aprendida, se agregan variables que antes no se habían mencionado como es el de las atribuciones, se menciona que no son los sucesos los que provocan esta condición sino la forma en que son interpretados. Por lo tanto la depresión surge de una combinación de interpretaciones, en el cual la persona se ve incapaz para cambiar las situaciones desfavorables por las que está pasando, además esta incapacidad se ve como permanente (durante toda su vida) y global (en todo lo que haga), así que las distintas áreas de la vida del sujeto se ven afectadas (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; González & Díaz-Loving, 2015).

González, Greiff y Avendaño (2010) refieren que la indefensión aprendida puede generar afecciones en tres distintas áreas intrínsecas del individuo que se relacionan con algunos síntomas del trastorno depresivo:

- **A nivel motivacional:** Si el organismo tiene la convicción de que sus acciones no tendrán influencia en los resultados, aumentará la probabilidad de que el organismo no produzca respuesta alguna.
- **A nivel cognitivo:** El organismo presenta una dificultad en asociar que sus respuestas controlan una consecuencia
- **A nivel emocional:** Entre más aversivas las consecuencias existe la posibilidad de desarrollar desórdenes conductuales y fisiológicos característicos de un estado de ansiedad, miedo y depresión.

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) mencionan que cuando el sujeto ve que los resultados deseados son totalmente improbables y los indeseados son totalmente inmodificables esto resulta en depresión, así también los aspectos de generalización de los síntomas depresivos y su intensidad dependerán de la globalización de la atribución y su estabilidad (González et al., 2010).

Teoría cognitiva de Beck

La teoría cognitiva de Beck menciona que en el proceso para llegar a ejecutar alguna acción, es necesario hacer una serie de cogniciones que involucran la percepción, clasificación, interpretación, evaluación y significación del estímulo, esto determinado por esquemas previamente establecidos en etapas más tempranas del desarrollo infantil. Los esquemas mediante su función (cognitiva, afectiva, motivacional e instrumental) organizan y estructuran la forma en que el individuo interpreta el mundo, esto se manifiesta en actitudes y supuestos hacia sí mismo, los otros o el mundo (Beck, 1967; Ruiz, Díaz, Villalobos, & Paz, 2012).

Hay dos conceptos que nos es necesario explicar, uno es el proceso cognitivo y otro el producto cognitivo; el primero refiere a lo que mencionamos más arriba, donde el sujeto selecciona la información que será codificada, almacenada y recuperada en caso de que el ambiente lo amerite. Estas acciones se vuelven cada vez más automáticas lo cual puede llegar a evocar sesgos cognitivos negativos los cuales Beck denominaría distorsiones cognitivas. Ahora, el producto cognitivo es aquel pensamiento o imagen que emerge de la interacción entre el ambiente, los esquemas y el proceso cognitivo, a estos productos Beck los denominó pensamientos automáticos (Caro, 2007; Ruiz, Díaz, Villalobos, & Paz, 2012).

La relación entre proceso cognitivo, esquemas, distorsiones y pensamientos automáticos es lo que permite a Beck desarrollar su modelo explicativo de la depresión, esta postura menciona que los individuos que tienen una predisposición genética o ambiental generan una vulnerabilidad cognitiva hacia la depresión, ya que la presencia de esquemas altamente negativos y des-adaptativos evocan y mantienen creencias nucleares relacionadas con sentimientos de pérdida, inutilidad y/o derrota, lo cual, en un evento o en una serie de eventos pueden desencadenar

depresión; esta se ve reflejada en alteraciones fisiológicas, emocionales y conductuales que a su vez son factores en la intensificación y mantenimiento del trastorno (Ruiz, Díaz, Villalobos, & Paz, 2012).

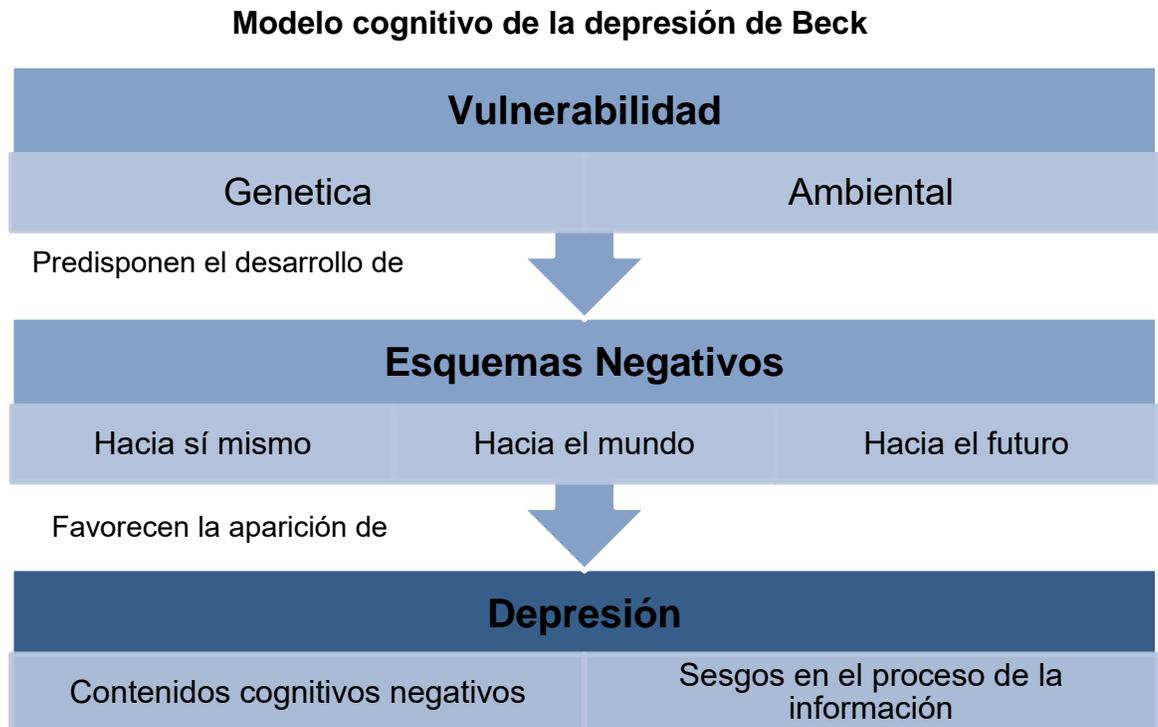


Figura 3. Adaptado de Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012).

Comúnmente sea cual sea el evento activante de la depresión, se ha encontrado que las personas tienen una visión negativa de hacia sí mismos, el mundo o el futuro, estos tres aspectos se denominaron triada cognitiva. La visión negativa hacia sí mismo implica verse como una persona incompetente, inadecuada y desgraciado; la dirigida al mundo refiere una visión de que el mundo es insoportable, dado que las demandas sobrepasan las capacidades de la persona y además no se obtiene ningún placer; finalmente la última visión refiere a un futuro desesperanzador, no habrá situaciones o cosas agradables por venir, además de que serán aún más complicadas. Los síntomas que llega a presentar la persona como: falta de motivación, ideación suicida, pasividad, dependencia indecisión, fatiga o pesadez, entre otros, están fuertemente relacionados con estas visiones negativas (Caro, 2007; Ruiz, Díaz, Villalobos, & Paz, 2012).

Tanto las distorsiones cognitivas como los pensamientos automáticos están relacionadas con una serie de sesgos cognitivos, los cuales aumentan o refuerzan la visión negativa de sí mismo, del mundo o del futuro. Los sesgos que podemos encontrar van dirigidos a 1) Sesgos de memoria: el cual refiere a que las personas tienden a recordar y generalizar mayormente sucesos negativos de su propia vida; 2) Sesgos atribuciones causales: las personas tienden a pensar que las situaciones adversas que se presentan serán de carácter global, estable y rígido, esto nos quiere decir que el sujeto generaliza un evento adverso específico a otras áreas de su vida y le da un carácter de permanencia, sin posibilidad de vislumbrar un pensamiento alternativo. “Soy un mal estudiante, siempre fallo en los exámenes”; Y finalmente el 3) sesgo atencional: el sujeto centra su atención mayormente a lo negativo del suceso adverso que a lo positivo (Beck, 1967; Vázquez, Hervás, Hernangómez, & Romero, 2010).

Las personas que padecen depresión manifiestan un patrón de pensamiento que se caracteriza por inferencias internas, globales y estables lo cual, aunado con los síntomas de desesperanza e indefensión dificultan el cambio de pensamiento y su vez la focalización en aspectos negativos de su medio aumentan, llevando a las personas a una constante remembranza de lo negativo (Chávez & Tena, 2018).

Depresión Infantil

Un factor de riesgo para la aparición de depresión en la etapa adulta, es la presencia de depresión en la infancia la cual ha ido aumentando su prevalencia en los últimos años. La infancia es un periodo de gran relevancia pues es en este momento donde se dan los procesos madurativo-constitucionales más importantes en la vida del sujeto, es aquí donde el desarrollo psico-afectivo se muestra como una prioridad, ya que las interferencias en esta área del desarrollo alteran el desarrollo biopsicosocial y limitan las potencialidades humanas y de la personalidad (Bustos & Russo, 2018).

La depresión infantil es una situación afectiva que se caracteriza por etapas de irritabilidad o tristeza, de intensidad y duración variable que ocurre en las

primeras etapas del desarrollo (González-Toche, Gómez-García, Gómez-Alonso, Álvarez-Paredes, & Álvarez-Aguilar, 2017).

En una encuesta realizada por INEGI (2014) se estimó que alrededor de casi 100,000 menores de edad de entre 7 y 14 años reportaron sentirse deprimidos casi diario.

En un estudio realizado por Gallegos, Linan-Thompson, Stark & Ruvalcaba (2013) en escuelas de nivel primaria de México se encontró que al menos 2 de cada 10 niños presentaban algún síntoma de ansiedad y depresión, además de que se estima que este tipo de problemáticas aumentan conforme el tiempo (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, & Aguilar-Gaxiola, 2009).

La presencia de depresión en los infantes puede ocasionar disfuncionalidad a nivel emocional, conductual, cognitivo y de interrelación, el niño se vive con baja autoestima, se vuelve susceptible a comentarios negativos por parte de su entorno, esto se refuerza por el estilo comportamental a la hora de desenvolverse que presenta el niño, pues este se maneja de una manera en la cual provoca el rechazo de los pares, a su vez el niño tiene relaciones débiles o poco cercanas, puede presentar una fuerte autocrítica, sentimiento de ineficacia y un pobre auto-concepto (McCabe, Ricciardelli, & Banfield, 2011).

Sintomatología depresiva infantil

Si bien la depresión tiene poco de ser considerada ya un trastorno del estado de ánimo presente en cualquier momento del desarrollo humano, Spitz (1946) ya hacía referencia a la presencia de ciertos patrones de comportamiento presentes en los niños pequeños, frente a situaciones conflictivas como; carencia de cuidados e intercambio emocional de sus cuidadores, observó en ellos, tristeza, llanto, evitación progresiva del contacto personal, pérdida de apetito, peso y sueño, movimientos aletargados y poca respuesta a estímulos externos. Kovacs (1992 como se citó en Zavala, 2016) establece algunos factores relacionados con la presencia de depresión infantil:

- **Estado de ánimo negativo:** Este factor refleja sentimientos de tristeza, ganas de llorar y preocupación por las cosas malas, molestia con algo e incapacidad de tomar decisiones.
- **Problemas interpersonales:** Abarcan los problemas y dificultades en la interacción con las personas, la prevención y el aislamiento social
- **Anhedonia:** este factor refiere a la incapacidad de sentir placer, la falta de energía, dificultad para comer o dormir y la sensación de aislamiento.
- **Autoestima negativo:** Refiere a elementos de disgusto consigo mismo, sentimientos de no percibirse amados y la tendencia a tener ideas suicidas.
- **Ineficacia:** Percepción de no poder realizar alguna tarea o bien para relacionarse con los demás.

Actualmente podemos encontrar una serie de criterios diagnóstico de la evolución de la sintomatología depresiva de una etapa de infancia a la adolescencia (Ver Tabla 10).

Tabla 10.

Criterios diagnósticos para sintomatología depresiva infantil.

Edad	Ánimo disfórico (debe estar presente)	Conducta disfuncional (al menos 4 deben presentes)
0 a 3 años	Cara triste o inexpresiva Evitación de la mirada Mirada lejana Afectividad pobre o apática Irritabilidad	Trastornos somáticos: retraso pondoestatural de causa no orgánica. Falta de juego social Persistente irritabilidad o letargo Problemas de separación y/o apego, incapacidad de separarse (12 a 36 meses), separación sin reacción (9 a 36 meses) Dificultades conductuales Retraso del desarrollo (lenguaje y motor especialmente) Dificultades de alimentación Dificultades de sueño

Edad	Ánimo disfórico (debe estar presente)	Conducta disfuncional (al menos 4 deben presentes)
3 a 5 años	Cara triste Mirada de aflicción Irritabilidad Afectividad sombría o lábil	Trastornos somáticos: encopresis, enuresis, asma, eczema, menor progreso pondoestatural Aislamiento social Exceso de actividad o letargo Problemas de separación, incluyendo fobia social Conducta agresiva Autoagresión (tendencia a los accidentes, golpes en la cabeza) Dificultades de alimentación Dificultades de sueño
6 a 8 años	Infelicidad prolongada Irritabilidad Afectividad sombría	Trastornos somáticos: quejas vagas, dolores de abdomen, eccema, episodio semejante a convulsiones, asma, enuresis y encopresis Disminución de la sociabilidad Excesiva actividad o letargo Conductas fóbicas y/o problemas de separación Conducta agresiva, mentiras, robos Conductas de alto riesgo o preocupaciones mórbidas Cambios de apetito o peso Trastorno de sueño Disminución de la capacidad de concentración Excesiva culpa o autodepreciación
9 a 12 años	Apariencia triste Apatía Sentimiento de incompetencia o incapacidad Irritabilidad	Trastornos somáticos Falta de placer en actividades Inquietud o letargo Fobia o problemas de separación Conducta antisocial

Edad	Ánimo disfórico (debe estar presente)	Conducta disfuncional (al menos 4 deben presentes)
		Conducta de alto riesgo, pensamientos mórbidos Cambios de apetito o peso Trastorno del sueño Disminución en capacidad de concentración Excesiva culpa y autodepreciación
13 a 18	Apariencia triste Apatía	Trastornos somáticos: anorexia nerviosa, colitis ulcerativa, dolores abdominales, reacción de conversión
13 a 19	Sentimiento de incapacidad Irritabilidad	Pérdida de placer en actividades Inquietud o letargo Fobias y/o problemas separación Conducta antisocial Pensamientos recurrentes sobre muerte y suicidio Cambios en el apetito o peso Trastornos del sueño Disminución en la capacidad de concentración Excesiva culpa o autodepreciación.

Fuente: Adaptado de Psicopatología infantil y de la adolescencia; Segunda edición (García, 2015).

Ira

Habiendo ya desarrollado brevemente la desregulación de la tristeza en su patología más severa que puede ser la depresión, ahora toca turno de hablar de la ira.

Definición

A modo general se entiende a la ira como un proceso motivador que se produce para dar una respuesta emergente en defensa de la integridad del organismo, esta reacción es activada por un estímulo que puede ser percibido como frustrante o aversivo, asimismo este proceso detiene otras actividades cognitivas

para concentrar la atención en el agente que representa la amenaza de la integridad física, la autoimagen y la autoestima (Domínguez, 2013).

En los animales podemos observar esta reacción de una forma más primitiva pero más clara; *Te considero una amenaza, si continuas en mi territorio, te atacaré* (La Rosa, 2014). Un perro que se ve amenazado tomará una postura agresiva, gruñirá y mostrará los colmillos, si esta advertencia no hace que el intruso se aleje el perro correrá hacia la amenaza y la atacará.

Mestre y Guil (2012) han conceptualizado la ira como una respuesta automática primaria, que surge cuando el organismo percibe una situación como de posible daño u ofensa, indignación, injusticia, traición, engaño o desprecio, la cual entre más grave sea la falta que se perciba, el organismo responderá con mayor intensidad.

Martínez y Sánchez (2014) mencionan que la Ira surge cuando existe un choque entre la realidad y lo que esperamos de esa realidad, principalmente por una contradicción entre ambos, esta contradicción nos habla de una insatisfacción de nuestros deseos; el enojo es una reacción saludable, pues permite al organismo detectar y ponerse en acción para satisfacer las necesidades faltantes, principalmente de corte de integridad individual; por ejemplo, permite al organismo poner límites (decir “no”), resolver desacuerdos y reclamar sus derechos (en defensa de su integridad física, psicológica y moral).

Componentes de la Ira

La Ira puede ser expresada meramente en situaciones específicas o ser un rasgo de la personalidad de cada individuo, en otras palabras, la Ira puede presentarse en una persona bajo contextos delimitados y su expresión radica en ese solo contexto, sin embargo la Ira como rasgo conlleva que hablemos de una persona *irritable*, *temperamental* o con tendencia a explotar con facilidad. Esta experiencia de la Ira puede presentarse de forma similar en niños y adultos (Alcázar-Olán, 2012). Sin embargo en un estudio realizado por Ramírez (2018) en estudiantes mexicanos de secundaria de las ciudades de San Luis Potosí y Pachuca

de Soto, se encontraron cambios drásticos en la presencia de enojo en la población de mujeres de un grado a otro; el 28.3% de la mujeres de primer año reportaron enojo alto a diferencia de la mujeres de segundo año donde el 66.7% nivel alto de enojo, esto reportado en San Luis Potosí. En Pachuca de Soto se encontraron datos similares, ya que el 51.6% de la población de segundo año manifestó enojo alto y sólo el 22.4% en primer año. En los hombres de secundaria no se encontraron diferencias tan marcadas, además de que en ambos casos la muestra de tercer año redujo la presencia de enojo alto.

Comúnmente la intensidad y frecuencia de una emoción se ve modulada por las estrategias de *escape* o de *evitación* que no resultan adecuadas para reducir la experiencia de la emoción, las personas recurren a la hostilidad y a la violencia, para así conseguir desquitarse o vengarse (hablando estrictamente de cuando se expresa la ira) lo cual generará un hábito inadecuado de resolución de problemas (Lazarus, 2000; Sánchez & Sánchez, 2009).

Cuando Lozano, Pacheco, Carmona, y Burciaga, (2018) se refieren a hostilidad nos hablan del componente cognitivo, que emerge a raíz de la presencia de la Ira (que es el componente emocional), el cual puede finalizar con la presencia de violencia. Estos componentes cognitivo, emocional y comportamental lo definen de la siguiente manera:

- **Hostilidad:** Se refiere a la desconfianza de las intenciones de otros y a una tendencia a interpretar estímulos neutrales como ofensivos
- **Enojo:** Se refiere al componente emocional, catalizador de la respuesta fisiológica y comportamental
- **Violencia:** Se refiere a la serie de acciones motivadas por la emoción que generalmente buscan provocar daño.

Tovar y Ostrosky-Shejet (2013) mencionan que es importante diferenciar entre agresión y violencia, pues señalan que existe la agresión benigna que no propiamente tiene la intención de *dañar por dañar*, sino que tiene el objetivo de

protegerse, en cambio la violencia no tiene un fin protector sino más bien, su objetivo es el de meramente dañar para obtener un placer sadista.

Sin embargo, a pesar de lo mencionado con anterioridad, es necesario remarcar que no es propiamente la Ira la que ocasiona la enfermedad del organismo o el génesis absoluto de la violencia, sino más bien, la regulación de la misma; el cómo se reacciona ante la emoción. Repetimos, no estamos tratando de decir que “no hay que sentir Ira” sino que una respuesta adecuada es distinta a la inhibición total o a la exacerbación. Lo mejor es tratar de no mostrar agresividad ni hostilidad (de ser posible) (La Rosa, 2014; Lozano, Pacheco, Carmona, & Burciaga, 2018).

Ostrosky (2011) refiere que el aspecto agresivo de la Ira es natural y adaptativo, pues infunde sentimientos de poder y esto facilita el ejercer autoridad y defenderse físicamente de una trasgresión de ser necesario, el problema radica cuando estos recursos son usados en eventos que no necesariamente necesitan dichas acciones, a este estado permanente o constante de Ira, se le conoce como hostilidad. Además se menciona que existen tres diferentes formas de manejar la Ira, desde la más adaptativa hasta la menos adaptativa:

- **Comunicación:** La primera forma es considerada la más adaptativa, pues como su nombre lo desvela, se busca expresar los sentimientos de Ira principalmente de una forma asertiva y no agresiva. Aunque bien esto puede llegar a ser un poco complicado si no se sabe exponer de forma clara y respetuosa las necesidades.
- **Supresión:** Refiere al hecho de esconder o suprimir la Ira, esta conducta también es conocida como agresividad pasiva, pues aunque no rechaza abiertamente aquello que le incomoda sus acciones sutiles lo manifiestan.
- **Hostilidad:** Este rubro refiere a todas aquellas personas que son incapaces de expresar de manera constructiva su enojo, comúnmente hacen comentarios hirientes y dolorosos, son cínicos y agresivos. Este último apartado es el más des-adaptativo porque puede llegar a tener repercusiones físicas y psíquicas con mayor probabilidad.

Repercusiones biológicas y psicosociales.

Biológicas

El manejo inadecuado de la Ira puede llegar a ser riesgosa para la salud, si esta se presenta con frecuencia e intensidad puede llegar a ser dañina para el organismo como ente biológico y psíquico; ya que los ataques de enojo frecuentes e intensos pueden desencadenar en sintomatología depresiva, además, si durante mucho tiempo se ha reprimido la Ira, posiblemente en algún momento el enojo sobrepasará a la persona y ésta explotará de una manera desmedida; asimismo la represión constante de esta emoción puede ocasionar una presión arterial elevada, además de una susceptibilidad a padecer enfermedades intestinales y crónicas como cáncer y enfermedades al corazón (Mund & Mitte, 2012).

A lo anterior queremos agregar que las personas que expresan demasiado el enojo (coloquialmente conocidos como “enojones”) o bien, tienen una inadecuada regulación emocional son mayormente propensos a padecer accidentes vasculares cerebrales y enfermedades cardiovasculares, esta vulnerabilidad aumenta en adultos mayores y aquellas personas que tienen hipertensión y no reciben tratamiento (Chida & Steptoe, 2009; Núñez & Castillo, 2017).

Psicosociales

El mal manejo de la Ira tiene graves repercusiones externas, esto es porque personas con vínculo cercano al “iracundo” se ven perjudicadas a nivel físico, emocional y psicológico, y el problema ha llegado tal magnitud que esta situación de agresividad y hostilidad manifiesta, representan un problema a nivel social, como ya hemos mencionamos en el capítulo uno en el cual la mala expresión de la ira se ve reflejada en situaciones como violencia familiar; con crímenes de abuso en pareja y de niños, relaciones tormentosas, malas condiciones de trabajo y los estados de salud precarios (Grieff, Gaviria & Restrepo, 2003, López, Rodríguez, Vázquez, & Alcázar, 2012, Ostrosky, 2011).

En nuestra cultura la expresión de la Ira es fácilmente reconocida porque denotamos que se encuentra de mal humor o cuando se percibe a sensible a discutir con los demás. De igual manera algo que se valora o se espera es que las personas puedan reflexionar sobre la situación, controlarse y calmarse en el momento, además se recomienda hacer otras cosas para distraerse y reducir la intensidad de la emoción. Aunque el reflexionar puede ser sano para regular la presencia de Ira, el disminuir o dejar de lado (evadir) las necesidades que expresa la Ira provocan un efecto desregulador a largo plazo (Sánchez-Aragón & Díaz-Loving, 2009).

Comúnmente podríamos pensar que en la vida adulta laboral-social es donde se presentan más situaciones de enojo debido a que es el entorno donde más podría percibir situaciones injustas, moralmente incorrectas, quizás actitudes de incompetencia, de faltas de respeto o de humillación, sin embargo el entorno con mayor frecuencia de enojo es la familia, dado que es en este núcleo donde se presentan más eventos de conflicto o peleas (Martínez & Sánchez, 2014). Los padres se enojan cuando perciben que los niños les desobedecen, son traviesos o bien tienen características que los padres perciben como deficientes, en cambio los niños suelen enojarse cuando perciben que algo es injusto, que no reciben atención o se sienten muy presionados por la disciplina que demandan los padres. En la relación padres-hijos es donde se ve mayor discrepancia entre intereses, metas, sensibilidades y respuestas antes diferentes eventos (Thompson & Waters, 2010).

La expresión del enojo exacerbada, en general puede ser perjudicial para las relaciones sociales y puede llegar afectar a la persona que recibe este comportamiento, tal es el caso de cuando un padre molesto regaña a su hijo, el padre habitualmente hace comentarios críticos, generalizados e incluso despectivos hacia el hijo (Siempre rompes todo, Otra vez te equivocaste, Eres un inútil) lo cual provoca que el niño tenga una autoimagen bastante precaria, dañando así el autoestima del pequeño. Por lo cual este tipo de disciplina, bien podría ser considerada como maltrato psicológico (que además podría ser acompañada por maltrato físico) (Milicic & López de Lérída, 2010).

Los regaños vienen cargados con exigencias o demandas del padre o bien de los deberías que se le son impuestos al niño (*debes ser siempre el mejor, debes siempre hacer bien las cosas, nunca debes equivocarte*), los cuales son transmitidas de una forma rígida y generalizada, dándole al infante una visión poco realista y perfeccionista del mundo, esto ocasiona que al fallar el niño se vea como incompetente e insuficiente para cubrir las demandas que se le impusieron (Milicic & López de Lérída, 2010). Esto se relaciona con la Indefensión Aprendida pues el niño se percibirá como incapaz de lograr un cambio en su entorno o insatisfecho con el resultado obtenido y desencadenará un descontento con él mismo y así en un malestar interno, que bien podrá repercutir en la salud mental (Maler & Seligman, 1976; Minici, Rivadeneira, & Dahab, 2010).

Teniendo a la agresión y la hostilidad como resultantes de una mala regulación de la Ira, los padres que presentan este patrón conductual pueden ver mermada la relación entre ellos y sus hijos, pues el apego se ve mermado, el niño no desarrolla elementos positivos de la relación lo cual genera un vínculo percibido como inseguro e inestable, este antecedente en la historia del niño podría desencadenar en él una personalidad hostil y agresiva hacia con los demás (Ostrosky, 2011).

Se menciona que para mantener un grado de enojo funcional es importante centrarse en las interpretaciones o evaluaciones que da el sujeto al estímulo, las deficiencias que se presentan en dichas evaluaciones, tienden a predisponer al sujeto a sólo centrarse en lo negativo de los sucesos lo cual dificulta que haya una variedad en las respuestas al malestar emocional (Lazarus, 2001).

Capítulo III. Recursos psicológicos positivos: regulación emocional, resiliencia y fortalezas de carácter

Es importante que las instituciones y actores involucrados en la atención de individuos vulnerables creen nuevas visiones para la atención de estas personas, que se les motive a la acción, a la construcción y deconstrucción de su realidad, que a pesar de lo trágico la persona tiene el potencial de bajo su propio control tiene el poder desarrollarse hacia un bienestar deseado. Para lograr esto, mantenido por el mal manejo y control de las emociones es importante que se pueda guiar a las personas hacia un entendimiento distinto de sus emociones, para así modificar sus cogniciones y por ende sus respuestas comportamentales, que les permita adherirse a un estilo de vida saludable, tanto en aspectos físicos y psicológicos.

Definición de regulación emocional

El estudio de la regulación emocional ha ido avanzando con el tiempo, donde se ha demostrado su importancia y relación con problemas físico y cambios biológicos. La regulación emocional se ha definido como la capacidad para saber cómo determinados comportamientos, en ciertas situaciones, pueden maximizar, minimizar o mantener una experiencia emocional en uno mismo o en otras personas (Estévez & Jiménez, 2017).

También se ha conceptualizado que la regulación emocional es un instrumento para lograr un objetivo y no necesariamente para cambiar el estado emocional. Las personas regulan sus emociones por adaptación, para optimizar su vida personal y social, versando en los objetivos que se hayan planteado (Mestre & Guil, 2012).

Mayer, Salovey y Carusso (2004) establecen que el poder regular las emociones debería dotarnos de una capacidad reflexiva y regulatoria que permitiera acceder y generar emociones y pensamiento más adecuado a la situación, sin embargo esta visión ha ido cambiando. Esto es porque separar *emoción* y *regulación emocional* es incorrecto, pues el cómo se desarrolle la emoción de

manera natural es regulación, sin embargo esta puede ser adecuada, insuficiente o inadecuada (Mestre & Guil, 2012)

Actualmente la definición más aceptada de regulación se retoma de Gross y Thompson (2007) quienes refieren que el cómo, para qué, con quién, con qué intensidad y la forma en que se expresan las emociones (negativas o positivas) en sí mismo o hacia los demás, es lo que se entiende como regulación emocional. Y como mencionamos antes, esta regulación puede no ser correcta, además de que puede variar en su controlabilidad y conciencia.

Antes de avanzar con al vertientes en la investigación de la regulación emocional queremos mencionar cómo se va desarrollando esta habilidad desde pequeños. Son Cepa, Heras y Lara (2016) quienes describen cuatro conceptos a jugarse en el desarrollo emocional, los cuales van madurando conforme el niño va creciendo, estos cuatro componentes son los siguientes:

- **Conciencia emocional:** Es la capacidad de nombrar, comprender y reflexionar sobre las propias emociones así como sus interacciones entre emoción, cognición y comportamiento.
- **Regulación emocional:** Es una capacidad para manejar las emociones de forma apropiada, tener buenas estrategias de afrontamiento, autogenerar emociones positivas y desarrollar una expresión emocional adecuada.
- **Competencia social:** Es la capacidad que tiene una persona para entender lo que otra persona podría estar experimentando y tomar acciones en relación a ese estado emocional ajeno. Esto es bien conocido como *empatía*.
- **Habilidades de la vida para el bienestar:** Es la capacidad para identificar los problemas, encontrar las estrategias para resolverlos, tomar decisiones y buscar ayuda de ser necesario para así lograr superar frustraciones que no permitan organizar una vida sana y equilibrada.

Es entre los tres y los seis años, donde el niño se ve en la necesidad de enfrentar nuevos retos y por lo tanto, desarrollar nuevas habilidades generadas de estas necesidades emergentes, el niño se ve en un ámbito donde debe desarrollar

las habilidades que le permitan relacionarse con los otros niños. El ingreso al colegio pone al niño frente a una serie de eventos como; el desacuerdo con los demás y el trabajo en equipo que suponen una comprensión social, tanto que empieza a comprender qué conductas le generan malestar y cuales le son gratas (Cepa et al., 2016; Esquivel, 2010).

Estas experiencias sociales, que principalmente se dan en el ámbito educativo, van dotando al infante de una capacidad cognitiva mayor, que facilita que el niño experimente con mayor rapidez, intensidad, duración y diferenciación las emociones, al familiarizarse con sus emociones el niño es capaz de controlar estas emociones, sin embargo esto podría no ser así, pues se puede presentar el caso que al momento de que el pequeño quiera expresar sus emociones no necesariamente exprese lo que siente (Cepa et al., 2016).

La expresión emocional tiene en gran medida una carga cultural, pues mediante las reglas sociales es que el niño aprende a cómo debe expresarse o experimentar sus emociones para así lograr una armonía con su entorno. Reconoce lo que está bien y lo que está mal en sus acciones, además de obtener recompensa o castigo intrínseco a través de experimentar orgullo (por algo bueno o un obstáculo superado) o vergüenza (ser consciente de hacer algo mal o tras fracasar en algo (Cepa et al., 2016; Mestre & Guil, 2012; Sepúlveda & Capella, 2015).

El proceso de socialización se acompaña del desarrollo de la regulación emocional, el respeto en el mundo social se obtiene mediante la expresión adecuada o esperada de las emociones, el niño tiene que aprender a tolerar frustraciones, controlar la duración e intensidad de las emociones según las pautas y limitaciones que imponga la sociedad. Un ejemplo que podemos hacer para la delimitación de la expresión emocional es cuando la sociedad te dice que dejarse llevar y agredir a una persona física o verbalmente está mal y no es *reconocido* por la sociedad o bien cuando existe un constante que podría decir algo como: *la gente grande no deja que las cosas le afecten, un hombre no llora, etc.* Estas afirmaciones son internalizadas por el infante y se vuelven reglas de expresión emocional (Esquivel, 2010; Sepúlveda & Capella, 2015).

El desarrollo emocional se ve favorecido cuando los niños tienen la posibilidad de apalabrar sus experiencias emocionales con miembros de su familia, esto permite que los pequeños puedan interpretar de mejor manera las emociones propias y ajenas, lo cual favorece una mejor resolución de conflictos. Palabras como *tristeza, miedo, enojo*, etc. empiezan a aparecer en su léxico conforme van creciendo, esta parte es importante porque cultivar en los niños un lenguaje más amplio posibilita que el niño encuentre diversas formas para expresarse emocionalmente. Los niños ya pueden ser capaces de reconocer las emociones ajenas como las de un personaje de un cuento, o bien reconocen que eventos les evocan emociones específicas, esto modula sus acciones como con quienes jugar y con quienes no, estas acciones pudieran incluso verse como drásticas, pues la visión del niño en esta edad es totalmente dicotómica, sin escalas o graduaciones (Cepa et al., 2016; Esquivel, 2010; Sepúlveda & Capella, 2015).

Finalmente entre los cinco y seis años, es cuando se produce de manera más acelerada de la expresividad emocional la cual se manifiesta en conductas como; bromas o molestar a sus compañeros de manera intencionada. Además se vuelven conscientes de que pueden sentir más de una emoción al mismo tiempo (Cepa et al., 2016).

Componentes de la regulación emocional

Se menciona que existen dos vertientes para el estudio de la regulación emocional el primero que refiere al proceso de autorregulación emocional y el segundo a las características de la regulación misma. La primera implica el conjunto de respuestas que funcionan como alternativa a un conjunto de conductas consideradas como deficientes para el proceso de adaptación personal o social. (Mestre & Guil, 2012).

Para la segunda se retoma como el enfoque de Gross y Thompson (2007) quienes explican que:

- a) Las emociones surgen cuando a las personas se les presenta una situación que pueda ser relevante para sus metas u objetivos, estas metas pueden ser de larga duración o bien esporádicas.
- b) Consideran que las emociones tienen múltiples efectos, pues se movilizan en todo el cuerpo, afectando la psique y el aspecto fisiológico.
- c) Mencionan que las emociones tienen un impulso que puede ocasionar que cambiemos de perspectiva de una situación determinada, provocando una interrupción en el proceso inicial.

Así mismo proponen un modelo del proceso emocional, lo cual permite que en cada segmento del proceso se pueda intervenir para generar una respuesta emocional o conductual diferente (Ver Figura 3)

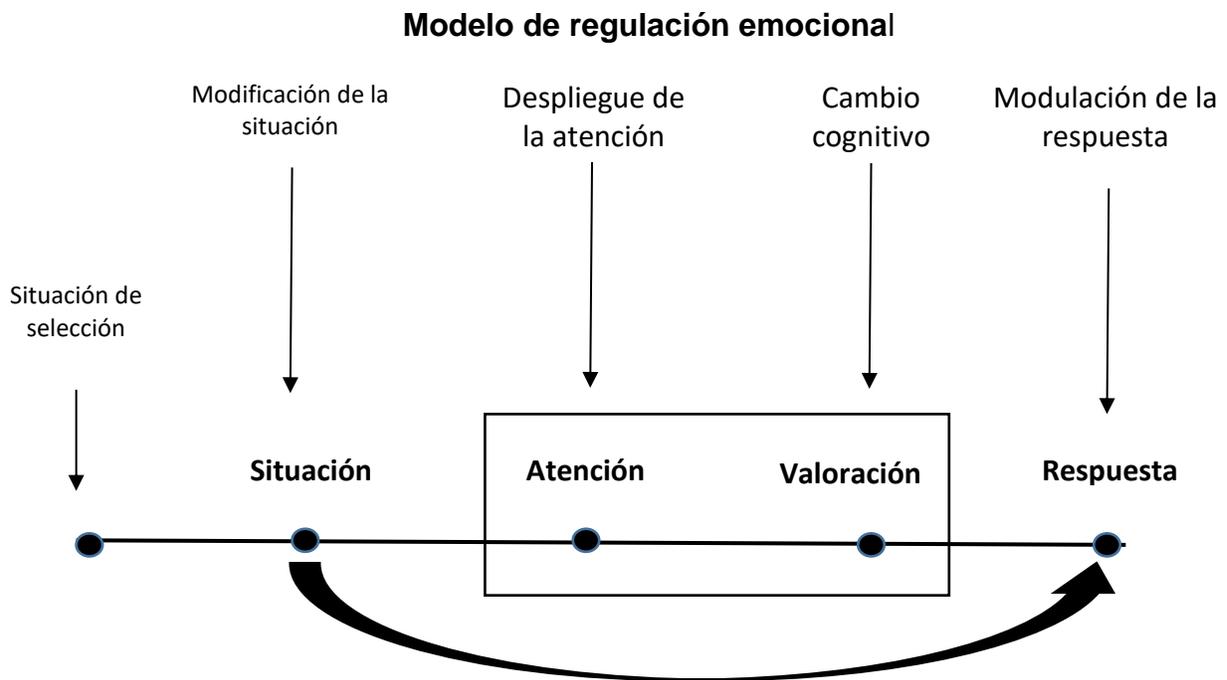


Figura 4. Modelo modal del proceso de regulación emocional de Gross y Thompson (2007) adaptado por Consuelos et al. (2018).

Reyes y Tena (2016) explican las partes de cómo se puede efectuar el proceso de regulación emocional:

- **Selección situacional:** Se refiere a la elección estratégica de las situaciones a las que la persona se expone y la función que esta elección tiene para experimentar o evitar las emociones asociadas.
- **Modificación situacional:** Cuando las personas se exponen a una situación, mediante un comportamiento pueden alterar y modificar el impacto emocional; por ejemplo expresar una emoción (enojo, tristeza o alegría) que desencadene en el otro un comportamiento distinto (acercarse o alejarse).
- **Manipulación de la atención:** Las personas pueden modificar el impacto emocional que experimentan mediante una manipulación de los eventos ocurren en su consciencia, esto modificando la atención (concentrándose o distrayéndose) hacia ciertos aspectos específicos de un evento.
- **Revaloración cognitiva:** Es una acción deliberada donde la persona le da un re-significación cognitiva al suceso experimentado y así generando emociones alternativas.
- **Modulación de respuesta:** Son intentos de modificar la emoción cuando ya está en proceso, se intenta modificar la experiencia o la expresión.

Como ya habíamos ido mencionando la regulación emocional efectiva o adaptativa versa en función del contexto, no precisamente a una ley general o estandarizada, sino más bien si las acciones evocadas por la emoción permiten al sujeto reconocerla y procesarla, además de brindarle controlabilidad de eventos internos o externas y le brinden la capacidad de ser productivo, es lo que se entendería como una adecuada o inteligente regulación emocional (Leahy, Tirch, & Napolitano, 2011; Werner & Gross, 2010).

Werner y Gross (2010) mencionan una serie de factores que toman parte para encaminarse a un efectivo proceso de regulación emocional:

- **Pausarse y permitir la experiencia emocional:** Esto implica una perspectiva de observador, donde se vive la experiencia sin intentar evitarla o renegar de los pensamientos, sensaciones, impulsos o sentimientos.

- **Reconocer la emoción:** Identificar las dimensiones conductuales, fisiológicas y funciones interpersonales, reconocer las características que componen la emoción permite una facilidad en la regulación.
- **Discriminar controlabilidad del suceso:** Dar cuenta de que tan capaz es uno de controlar o modificar el evento (los eventos pueden suscitarse de tal manera que el individuo pueda ejercer algún cambio sobre ellos, sin embargo hay otros que son incontrolables, dar cuenta de esta situación permite reenfocarse hacia una estrategia que ayude de mejor manera a cumplir los objetivos.
- **Consciencia y jerarquización:** Consiste en inhibir la conducta impulsiva y centrarse en los valores, objetivos o metas deseadas para así reorientar el comportamiento.

Desregulación emocional

Se había mencionado que no existe una estandarización de lo que es la regulación emocional, sin embargo sabes que cuando las emociones se presentan de una manera caótica pueden llegar a ocasionar patologías en el individuo. A esta forma poco saludable de expresar y controlar la emoción se le ha denominado desregulación emocional (Vargas & Muñoz, 2013).

La carencia o deficiencia en la regulación emocional se manifiesta en la dificultad para el procesamiento emocional; esta desregulación se muestra con una gran intensificación de las emociones o una excesiva inhibición (Leahy, Tirch, & Napolitano, 2011).

Por medio de la educación emocional y la repetición y establecimiento de comportamientos que esta desregulación se mantiene. Comúnmente la manera en que abordamos la expresión emocional es mediante estrategias de regulación inefectivas, las cuales se dividen en dos tipos: meta-cognitivas y conductuales, la primera; engloba la rumiación, preocupación, monitoreo y distracción, y la segunda refieren a conductas de seguridad o control, evitación y escape, e inhibición

emocional expresiva, si bien estas estrategias generan un bienestar momentáneo a largo plazo puede repercutir de manera negativa en la vida del sujeto (a nivel salud, cognitivo, conductual, interpersonal, recreativo y afectivo), esto porque al obtener la “satisfacción” (aunque no lo parezca) de reducir el malestar se refuerza el seguir manteniendo este comportamiento (Reyes & Tena, 2016). Estas estrategias dificultan la posibilidad de integrar información correctiva y el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento más eficientes y eficaces (Clark, 2001).

El mal manejo de las emociones puede llegar a afectar el desempeño de la persona ya que funciones como la atención, la memoria de trabajo, la percepción, el juicio el razonamiento están mediados por las mismas (Chabot & Chabot, 2015), se ha demostrado que los resultados a la hora de realizar una actividad están mediados por emociones agradables o desagradables, siendo que las personas con percepciones desagradables efectúan de una peor manera las actividades (Comunian, 1993). Los problemas emocionales problemas que nos van superando y el ambiente social e estructural no ayuda que esto mejore, pues cada día existe mayor malestar y frustración en los individuos de una realidad que es difícil manejar (Obando, Villalobos & Lorena, 2010).

Definición de resiliencia

Un factor importante para la regulación emocional es la resiliencia. Aunque es más fácil identificar este concepto cuando existen situaciones de crisis o eventos críticos, no necesariamente hay que exponerse a tal extremo para poder hablar del constructo.

Antes de comenzar con el tópico de la Resiliencia, se considera apropiado desarrollar brevemente el concepto de crisis. Este concepto es definido por la Real Academia Española (RAE) como un cambio en un proceso o situación con consecuencias importantes o profundas. A pesar de que esto nos parece claro y atinado, quisiéramos agregar la definición que da el lenguaje chino para relacionar dicho concepto con la resiliencia.

Durante algún tiempo se creyó que en la cultura china los signos que conformaban la palabra *crisis* significaban *peligro y oportunidad*, pero ahora sabemos que no es así, que si bien el segundo signo sí puede ser conjugado de tal manera para referir a oportunidad, el sentido literal de la palabra no tiene por ningún lado tal significado. Esto es de relevancia teórica dado que si bien, la conceptualización de oportunidad podría haber sido amañada, es interesante de analizar dado que habla de un aspecto que acompaña al evento crítico. Pues la crisis representa un cambio situacional que también exige uno a nivel cognitivo, donde la persona tiene la opción de decidir qué hacer con eso que le está sucediendo, tomar lo que tiene disponible tanto en recursos físicos, emocionales y cognitivos para sobrellevar la adversidad (Vanistendael, Vilar, & Pont, 2009).

Es así que el desarrollo de la resiliencia es un componente individual que favorece el bienestar del individuo; por ejemplo, niños resilientes tienden a ser más felices y aptos para lograr sus propósitos académicos y sociales, además de desarrollar una creatividad y habilidad para tomar decisiones en situaciones difíciles que contribuyan a una satisfacción personal, a diferencia de aquellos niños menos resilientes que tiene mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales y enfermedades crónicas (Karapetian, Zucker, & Johnson, 2011).

Se ha encontrado que, enfermedades mentales, como depresión, ansiedad, estrés crónico y esquizofrenia tiene mejor pronóstico de recuperación o de sobrellevarse en aquellas personas resilientes, además esto también se ve reflejado en personas con enfermedades físicas como: diabetes, cáncer, dolor crónico y VIH donde la calidad de vida y efectividad del tratamiento están relacionados de manera positiva con la resiliencia. Finalmente en situaciones sociales adversas como violencia de pareja, las mujeres resilientes tenían actitudes que favorecen la disminución de traumas relacionados con la violencia de género (Fernandes, Teva, & Bermúdez, 2015).

Existen múltiples entendidos sobre la resiliencia; esto ha llevado a que se formulen escritos, dónde se critique la conceptualización del constructo, planteando que al no tener una definición clara, permite la ambigüedad, dejando de lado el rigor

científico (Piña, 2015) y acomodándose a la diversidad de visiones que emplean el término. Para empezar, la palabra resiliencia no es propia de nuestro idioma español, de hecho se ha retomado el idioma anglosajón, además de que surge principalmente desde la rama de la física, esto es una de las primeras dificultades que se encuentra para el consenso de su definición. La RAE define este concepto como una propiedad de algunos materiales, la cual se caracteriza por la capacidad de resistir impactos (González-Arratia, 2016).

En el campo de la psicología la resiliencia es un concepto multifactorial que involucra aspectos genéticos, individuales, sociales y ambientales. Esto hace que pueda considerarse que hay personas con mayor predisposición a desarrollar resiliencia de manera casi innata, pero a su vez también alguien puede fortalecer su resiliencia a lo largo de su vida (Karapetian, Zucker, & Johnson, 2011; Quinceno, Remor, & Vinaccia 2016).

La Psicología Positiva retoma en gran medida la resiliencia y la difiere de otro concepto el cual es el crecimiento postraumático; la resiliencia implica aquella capacidad del individuo para sobrellevar la adversidad de algún evento (durante o después), el crecimiento postraumático refiere a un cambio cognitivo experimentado por el individuo después de un intenso evento, estos cambios cognitivos se ven reflejados de manera positiva en relación a la valoración de las relaciones personales y sus capacidades y limitaciones, además se nota un incremento en el aprecio a la vida. Estas fortalezas no proponen que el sujeto siempre pueda estar en un estado de euforia o sea invulnerable a lo aversivo de la vida sino que el individuo tiene la capacidad de crecer y en base a sus fortalezas, cambiar para bien después de lo difícil que pudiera haber sido la mera existencia (Corral, 2012; Quinceno, Remor, & Vinaccia, 2016).

Debido a que diversos investigadores han coincidido en sus definiciones para resiliencia, y se han encontrado aspectos clave para su entendimiento, por ejemplo, un conjunto de autores entiende este concepto como una capacidad; lo que refiere a que se es resiliente, o como un proceso; o sea se está resiliente o se aprende y finalmente como algo pragmático; lo cual refiere a que se construye resiliencia. De

igual forma las definiciones pueden diferenciarse por el tipo de estudio, por ejemplo aquellas que se centran en el individuo, en el resultado o en el proceso (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013; González-Arratia, 2016; Puig & Rubio, 2011). En la Tabla 11 se puede observar las definiciones de la resiliencia como una capacidad, proceso o algo pragmático.

Tabla 11.

Resiliencia desde del concepto.

Concepto	Descripción
Capacidad	Enfatiza la capacidad humana de adaptación a factores adversos y la capacidad de interpretar la situación después de ocurrir.
Proceso	Enfatiza en la relación entre factores protectores internos y externos que permiten la adaptación.
Pragmático	Enfatiza el cambio de mirada y la respuesta resistente y adaptativa que da el individuo.

Fuente: Adaptado de Manual aplicado de resiliencia aplicada (Puig & Rubio, 2011).

A continuación en la Tabla 12 se describe la resiliencia centrada en el individuo, en el resultado o bien en el proceso.

Tabla 12.

Resiliencia desde el sujeto de estudio.

Sujeto de estudio	Descripción
Centrada en el individuo	Se manejan conceptos de características personales necesarias para el enfrentamiento positivo.
Centrada en el resultado	Se maneja como un estado final que se alcanza o bien algunos lo retoman como el rehacerse o reconstruirse.

Centrada en el proceso

Manifiesta que no es solo individuo y el ambiente son los que se relacionan, sino que también la adversidad que sucede durante y después del enfrentamiento traumático repercute en el proceso resiliente.

Fuente: Adaptado de Manual aplicado de resiliencia aplicada (Puig & Rubio, 2011).

Fernandes, Teva, y Bermúdez (2015) refieren que a lo largo de la historia han existido algunos constructos que se han considerado como equivalentes de la resiliencia, sin embargo más que equivalentes se consideran constructos asociados o incluidos en la resiliencia. Un primer constructo fue la competencia entendida como lo competente del individuo para sobrellevar sus situaciones, un segundo constructo era el afrontamiento entendido como la serie de esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados por el individuo para afrontar las demandas internas y externas. Otro factor era la autoeficacia entendida como la creencia de la persona de poder tener autocontrol en la vida. Como podemos notar algunos son inherentes en el aspecto general de lo que entendemos como resiliencia y otros se quedan carentes de aspectos esenciales. Sin embargo retomamos algunas definiciones de autores que consideramos se relaciona con el trabajo que se presenta.

Obando, Villalobos y Lorena (2010) la entienden como el potencial humano para crear desde y para sí un sentido nuevo desde la adversidad, entendiendo que la tragedia no se ignora, sino que se reorganiza en función de los objetivos y metas del individuo.

González-Arratia (2016) define la resiliencia como una característica de potencial humano, la cual se caracteriza por un enfrentamiento efectivo ante adversidades que se pueden presentar a lo largo del ciclo de vida. Donde además de presentar resistencia antes la adversidad se llega a una construcción adaptativa y positiva ante el evento.

De igual forma la Asociación Americana de Psicología (APA, 2018) menciona que la resiliencia es un conjunto de conductas, pensamientos y acciones que permiten al sujeto adaptarse de buena manera a traumas, tragedias, amenazas o

fuentes de tensión significativas, como problemas familiares, personales, de salud y socio-económicos. Cabe remarcar que ser resiliente no significa ser invulnerable (como se solía entender en la lengua francesa al referirse a resiliencia), no quiere decir que una persona resiliente no experimente dolor emocional, angustias o dificultades, sino que al experimentarlas es capaz de sobrellevarlas.

Factores protectores y de riesgo asociados con la Resiliencia

La APA (2018) menciona que algunos factores asociados para el buen desarrollo de la resiliencia son:

- Relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia.
- Capacidad de hacer y seguir planes realistas
- Destrezas en la comunicación y en la solución de problemas
- Capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuerte

Por su parte González-Arratia (2016) menciona que también factores protectores asociados con la resiliencia pueden ser:

- Sentido del humor
- Autonomía e independencia
- Flexibilidad
- Automotivación
- Sentimientos de autoestima y confianza en sí mismo
- Alto nivel socioeconómico y cultural
- Necesidades fisiológicas satisfechas (alimento, salud, abrigo, etc.).
-

Otro factor a considerar es el aspecto neuronal y neuroquímico, dado que puede suceder que un individuo pueda tener todo a favor para ser resiliente ante un evento alta o leve magnitud simplemente no puede responder de manera adecuada y el estrés le consume, esto podría deberse a una alteraciones o lesiones en áreas neuronales como la neocorteza cerebral y subcortical, el complejo amigdalino, el hipocampo y el locus cerúleo. De igual forma alteraciones en la segregación de

cortisol y testosterona imposibilita la probabilidad de respuestas resilientes (Naranjo, 2010).

Ahora, aunque son bastantes los factores protectores que pueden intervenir en el desarrollo de la resiliencia desde lo biológico interno hasta lo social externo, hay algunos que se señalan mayormente, por ejemplo el entorno de apoyo y cariño. Esto se mencionaba desde Bowlby (1958) que señalaba la importancia del apego seguro entre el niño y sus progenitores. Aquellos niños que manifiestan sentirse queridos incondicionalmente generan vínculo seguro o sano permite que durante el periodo de la infancia el niño sea capaz de reconocer sus limitaciones pero sobre todo su potencialidades. Incluso a nivel de maduración orgánica se denota como estas atenciones amorosas potencia la maduración, organización y funcionamiento adecuado de del cerebro y el sistema nervioso central (Puig & Rubio, 2011). Esta afirmación se relaciona con una investigación realizada por (2008) donde se reportó una asociación alta entre aquellos adolescentes resilientes y el factor de familia, de igual forma se encontró que aquellas mujeres eran resilientes siempre y cuando tuvieran un apoyo significativo externo (González-Arratia, Valdez, & Zavala, 2008).

La familia es la primera red de interacción y de desarrollo donde se desenvuelve el niño, pero la escuela, la comunidad y el grupo de pares también juegan un rol determinante para el desarrollo de la resiliencia. Pues es mediante la interacción con personas de estas esferas que se pueden promover valores cognitivos, afectivos y comportamentales, por ejemplo forjar lazos estrechos de apoyo, promover visiones de éxito personal y académico y actitudes pro-sociales (González-Arratia, 2016).

Otro factor que se destaca es la tolerancia y flexibilidad, dado que este par de valores permiten entender que hay situaciones y emociones que pueden ser modificadas a nivel de experiencia o a nivel resultado, sin embargo se es consciente de que hay otras que son inevitables pero no significa que no se pueda seguir con la vida cotidiana o que no pueda mejorar (APA, 2018).

Conceptualización de fortalezas de carácter

Las fortalezas de carácter son conceptos recientemente retomados de la psicología positiva propuesta por Seligman (1999). La cual se centra en retomar los aspectos positivos del individuo (emociones, talentos, aptitudes, perseverancia, virtudes cívicas) para así sobrellevar aquellas situaciones o aspectos negativos que ha sufrido el individuo y lograr un bienestar que lo haga más feliz. Seligman (2000) menciona que la psicología positiva es una práctica que se apoya de una serie de teorías y prácticas basadas principalmente en investigación científica con el fin de conseguir bienestar y satisfacción a nivel individual y grupal (Corral, 2012).

Al principio la psicología se había planteado tres objetivos esenciales en su labor; 1) curar la enfermedad mental 2) ayudar a las personas a tener una vida más productiva y satisfactoria e 3) identificar y promover las cualidades individuales. Pero después de la segunda guerra mundial estos tres objetivos pasaron a ser sólo uno, el cual refería a solo curar la enfermedad mental. La salud mental se comprendía como mediante una dimensión dicotómica donde *estabas sano o enfermo*; Incluso aunque la OMS (1948) ya daba por aquellos años una definición que afirmando que la salud mental era no simplemente la ausencia de enfermedad, sin embargo la práctica era muy distinta (Lupano & Castro, 2010).

Se considera que lo anterior tiene coherencia con la situación que se vivió, pues primeramente estamos hablando de un momento posterior a la guerra más grande que ha habido en el mundo, aunado a la prevalencia de trastornos psicológicos, enfermedades físicas aguda y crónicas, de violencia escolar, familiar y social, de prejuicios y racismo es de comprender por qué la necesidad de atender la patología sobre la personalidad sana, sin embargo se produjo un desbalance donde los profesionales de la salud mental se volvieron incapaces de ver aspectos positivos en los individuos y de tal manera potencia la salud mental en ellos o incluso en los mismo enfermos (Hervás, 2009).

Es ahí cuando Seligman (1998) como presidente de la APA en un discurso da surgimiento a la Psicología Positiva; Seligman planteaba que la atención mental e centraba sólo en lo negativo o en la patología dejando de lado aspectos positivos

que podrían proteger la salud mental. Es aquí cuando se empieza a conceptualizar una nueva visión de la salud mental, identificado que no sólo es un estado de *sí* o *no*, sino un estado continuo, donde la salud mental conlleva a un serie de factores que te alejan (negativos) o te acercan (protectores) a la salud, estos factores pueden comprender aspectos genéticos, cognitivos, emocionales y comportamentales (Lupano & Castro, 2010).

Desde este punto cognitivo, emocional y comportamental, se busca no centrarse solo en los desórdenes sino en promocionar, fortalecer y aprovechar lo saludable, positivo y adaptativo de cada individuo, interesan las virtudes y potencialidades en el mismo grado que las debilidades; donde se puede dar atención a los trastornos mentales y físicos, basado en una serie de aplicaciones con sustento científico (García-Alandete, 2014).

Lupano y Castro (2010) retoman la definición que Seligman y Csikszentmihalyi (2000) dieron en su momento a la Psicología Positiva; esta se entiende como una serie de experiencias subjetivas de alegría, satisfacción y bienestar, acompañadas e visiones de esperanza, optimismo y felicidad que surgen a raíz de las capacidades individuales de las personas como son la capacidad de amar, de perseverar, perdonar, etc. La Psicología Positiva busca ampliar la visión centrada en el daño a una visión que además tenga interés en el fortalecimiento de la potencialidades individuales; también que sea capaz de identificar y medir variables que permitan la investigación e intervención en temáticas relacionadas al bienestar psíquico y subjetivo (Lupano & Castro, 2010).

Componentes de la psicología positiva

Temáticas como el apego, creatividad, resiliencia, inteligencia emocional, inteligencias múltiples y bienestar psicológico son constructos que la Psicología Positiva maneja en el ámbito práctico, justificando que es mediante emociones, rasgos positivos e instituciones positivas se puede llegar a una salud mental. Las *emociones positivas* refieren a emociones que traen consigo sentimientos que son agradables y que podríamos considerar más cercanos a la felicidad. Los *rasgos positivos* refieren a las habilidades que tiene cada persona pero además el

compromiso que le da a esas tareas, que mientras las realiza sea capaz de sentirse enganchado a ellas. Finalmente las *instituciones positivas* refieren a las capacidades individuales que se usan para un bienestar de los demás, que mediante las fortalezas de unos se desarrollen las fortalezas de otros; en estas instituciones podrían entrar la familia, el trabajo, la escuela, la comunidad, etc. Se ha encontrado también un cuarto factor que refiere a las relaciones sociales positivas; mantener este tipo de relaciones permite al sujeto sentirse valioso, útil, competente, sentirse agradecido y expresar gratitud (Hervás, 2009; Lupano & Castro, 2010; Park, Peterson, & Sun, 2013).

Las intervenciones basadas o con componentes de Psicología Positiva buscan proveer de coraje, *insight*, optimismo, honestidad y perseverancia que les permita a las personas operar frente a estresores y dificultades con esperanza y optimismo hacia el futuro, pues aunque la tarea de todas las intervenciones terapéuticas es modificar, disminuir o eliminar el malestar no necesariamente la persona percibe un decremento de emociones negativas y aumento de positivas, es lo mismo que pasa con la enfermedad, no porque la enfermedad aminore significa que la salud aumenta (Hervás, 2009; Lupano & Castro, 2010).

Las emociones negativas permiten al sujeto la supervivencia vital de su ser sin embargo las emociones positivas funcionan como potenciador de habilidades y recursos para la supervivencia a mediano y largo plazo. Se encontrado que intervenciones con énfasis en emociones positivas han demostrado sus efectos en el aumento de la capacidad para resolver problemas, la creatividad, tolerancia al dolor, comportamientos sociales, resiliencia, autoconocimiento e inter-personalidad, entre otros (García-Alandete, 2014; Hervás, 2009).

Seligman, distingue tres tipos de emociones positivas que se relacionan con la felicidad (Ver Tabla 13).

Tabla 13.

Clasificación y descripción de las emociones positivas

Temporalidad	Emociones	Características
Relativas al pasado	Satisfacción, realización personal, orgullo y serenidad.	Se generan y fortalecen mediante la superación de la creencia de que estamos determinados por el pasado. Actitudes de perdón, arrepentimiento y gratitud permiten la resolución positiva de crisis traumáticas.
Relativas al presente	Alegría, éxtasis, tranquilidad, entusiasmo, euforia, placer y fluidez	Se generan o fortalecen mediante el disfrute de placeres y gratificaciones, que se relaciona por una parte con las experiencias de placer sensoriales y la otra parte se relaciona con actividades que absorben de manera positiva al sujeto, le brinda un crecimiento psicológico.

Temporalidad	Emociones	Características
Relativas al futuro	Esperanza, fe, confianza, y seguridad.	Se generan y fortalecen mediante un estilo atributivo optimista y una actitud de esperanza, recursos que facilitan encarar las situaciones por venir y las consecuencias de la resolución de la crisis con expectativas positivas, de superación, crecimiento y maduración personal.

Fuente: Adaptado de Psicología Positiva, Bienestar y Calidad de vida (García-Alandete, 2014)

Así mismo también Seligman (2011) planteó un modelo el cual integra lo antes revisado, el cual es denominado modelo PERMA, por su siglas en inglés el cual refiere a: **Emociones Positivas** (*Positive emotions*), **Compromiso** (*Engagement*), **Relaciones Positivas** (*Relationships*), **Sentido** (*Meaning*) y **Logro** (*Accomplishment*). En la Tabla 14 se describen las características de cada elemento (Pastrana & Salazar-Piñeros, 2016).

Tabla. 14

Características de los elementos del modelo PERMA

	Elementos	Características
Modelo PERMA	Emociones Positivas	Se plantea que el cultivo de emociones positivas es factor protector para prevenir, disminuir y tratar problemas suscitados por

las emociones negativas, como; ansiedad, depresión, agresión, y problemas de salud por estrés, además de que ayudan para el desarrollo personal. Se pretende que cuando haya detonantes de emociones negativas, se busquen otras experiencias que den pie a emociones positivas y compensen, mas no anulen el malestar que se está viviendo. El desarrollo de emociones positivas permite la identificación, reinterpretación de las emociones negativas y por consecuencia facilita la creación de respuestas alternativas. El cultivo de estas emociones puede situarse en tres momentos: pasado, presente y futuro.

Se reconocen emociones como: gratitud, orgullo, serenidad, alegría, amor, esperanza diversión,

interés, inspiración y asombro.

Compromiso, absorción o fluidez

Se relaciona con un estado de fluidez donde las habilidades individuales y el desafío de la tarea misma convergen para generar en el individuo un desarrollo personal y *expertismo* que brinda gratificación. Esta experiencia se divide en dos: entropía psicológica y experiencia óptima; esta última refiere a la inmersión total a la tarea

Relaciones positivas

Construir relaciones saludables representa un factor protector para el bienestar. En relación a esto se mencionan tres necesidades que favorecen el bienestar; la primera es relaciones de cooperación, relaciones de apego y situaciones de pertenencia.

Sentido de vida

Logros

Está relacionado con la experiencia de formar parte y estar al servicio de algo más grande que la propia persona. Comprende con todo aquello que nos permite dejar un legado en diferentes ámbitos de nuestra vida.

Se fundamenta en el hecho de que los individuos buscamos alcanzar el éxito, el desempeño y la ejecución por su valor intrínseco. Es cuando nos esforzamos en forma persistente para alcanzar un objetivo que nos interesa y nos hace crecer.

Fuente: Adaptado de Psicología positiva y comunicación no violenta (Garassini, 2018).

La Psicología Positiva reconoce un primer orden de conceptos positivos que son las virtudes psicológicas, las cuales son cualidades esperadas por casi todas las culturas del mundo y a su vez cada virtud es manifestada en una serie de conductas, pensamientos y sentimientos, los cuales representan el segundo orden del esquema, conocido como fortalezas psicológicas. Se ha teorizado que estas fortalezas tienen un origen evolutivo, ya que se menciona tiene relación con la permanencia de la raza humana como especie y como sociedad (Corral, 2012).

Características de las fortalezas de carácter

Las fortalezas de carácter su aplicación no consiste en trabajar arduamente en todas la fortalezas o siquiera en la más baja, consiste que identificar y aplicar aquellas que de forma natural se desarrollaron a lo largo de la vida, sin embargo, el hecho de querer fortalecer un aspecto como individuo puede hacerse, si algún individuo considera que para sentirse más feliz quiere desarrollar una fortaleza, puede hacerlo. Las fortalezas buscan identificar y fomentar aquellos recursos personales y aprovecharlos, sin caer en un *checklist* de cualidades que *debemos* poseer. Identificar fomentar y aprovechar aquello en lo que uno es bueno podría facilitar la tarea psicológica para el mantenimiento de la salud mental (Hervás, 2009; Park, Peterson, & Sun, 2013).

Estas virtudes y fortalezas son reconocidas en casi todas la culturas como valores morales dignos de reconocimiento, además favorecen la plenitud y satisfacción individual, posee un antónimo obvio negativo, también son medibles, están claramente delimitadas conceptual y empíricamente, se pueden encontrar de manera innata y/o exacerbada en algunos individuos en edades adultas o desde pequeños y finalmente se caracterizan por buscar ser cosechadas en los individuos pertenecientes a la sociedad (Corral, 2012; Cosentino, 2010).

Tabla 15.

Descripción de Virtudes y Fortalezas.

Virtud	Generalidad	Fortaleza	Características
Sabiduría y conocimiento	Fortalezas cognitivas que permiten adquirir y usar el conocimiento	Creatividad	Pensar en nuevas y productivas formas de hacer las cosas.
		Curiosidad	Interesarse en todo lo que viene de una experiencia.

Virtud	Generalidad	Fortaleza	Características
		Mente Abierta	Pensar detenidamente las cosas, examinándolas desde todas las perspectivas.
		Amor por Aprender	Dominio de nuevas habilidades, temas y cuerpos de conocimiento.
		Perspectiva	Capacidad de proveer consejos sabios a otros.
Valor	Fortaleza emocional que involucra el ejercicio de la voluntad para cumplir objetivos encarando la oposición externa o interna	Autenticidad	Hablar con la verdad presentándose uno mismo de manera genuina.
		Valentía	No acobardarse ante amenazas, retos dificultades o dolor.
		Persistencia	Terminar lo que se inicia
		Entusiasmo	Enfocar la vida con emoción y energía
Humanidad	Fortalezas interpersonales que involucran el cuidado y	Amabilidad	Hacer favores y buenas obras a otros.

Virtud	Generalidad	Fortaleza	Características
	la amistosidad y hacia otras	Amor	Valorar las relaciones cercanas con otros
		Inteligencia Social	Darse cuenta de los motivos y sentimientos de uno mismo y de otros.
Justicia	Fortalezas cívicas que subyacen a la vida comunitaria saludable.	Equidad	Tratar con igualdad a todas las personas de acuerdo con las nociones de equidad y justicia.
		Liderazgo	Organizar actividades grupales y verificar que se cumplan.
		Trabajo en equipo	Trabajar bien como miembro de un grupo o equipo.
Moderación	Fortalezas que protegen contra excesos.	Perdón	Perdonar a quienes han hecho mal.
		Modestia	Dejar que los logros propios hablen por sí mismos.
		Prudencia	Ser cuidadosos con las decisiones propias: no decir o hacer cosas de las que uno pueda después arrepentirse.

Virtud	Generalidad	Fortaleza	Características
		Autorregulación	Regular lo que uno siente y hace.
Trascendencia	Fortalezas que forjan conexiones con el universo más amplio y que proveen significado.	Aprecio por la belleza y la excelencia	Darse cuenta de y apreciar la belleza, excelencia y la ejecución diestra en todos los dominios de la vida.
		Gratitud	Percibir y dar gracias por las cosas buenas que suceden.
		Esperanza	Esperar lo mejor y trabajar para lograrlo.
		Humor	Gusto por reír, bromear y ocasionar sonrisas en otras personas.
		Religiosidad	Poseer creencias coherentes acerca del propósito superior y significado de la vida.

Fuente: Adaptado de Sustentabilidad y Psicología positiva. Una visión de las conductas pro-ambientales y pro-sociales (Corral, 2012).

El término *bienestar subjetivo* que se asemeja a la visión que se tiene de la felicidad en la Psicología Positiva, se relaciona positivamente con el uso, desarrollo y aplicación de las fortalezas de carácter (García-Alandete, 2014).

La Psicología Positiva en ningún momento llega a negar lo negativo de los eventos de las personas, su aportación radica en la visión y recursos que el sujeto puede llegar a presentar para enfrentar dicho evento, que sea capaz de mirar con sabiduría su pasado y optimismo su futuro, sintiéndose bien y satisfecho con su presente. Favorecer las fortalezas sobre las limitantes implica que el sujeto, conforme se desarrolle y crezca personalmente sus frustraciones y debilidades irán decreciendo (Hervás, 2009; Lupano & Castro, 2010). No pretende reemplazar a la psicología tradicional sino más bien refiere que a los psicólogos deberían interesarles también aspectos positivos del individuo, pues en las experiencias adversas se puede hallar una mezcla de emociones negativas y positivas; pues es en las crisis, contratiempos o fracaso donde podemos observar el optimismo y fortalezas de carácter de los individuos (Park, Peterson, & Sun, 2013).

Los componentes positivos brindan al sujeto de una percepción de seguridad, lo cual lo motiva a buscar la repetición de experiencias agradables, generando en él nuevas y amplias estrategias para su vida consecuente. Oblitas y Aguilar (2011) refuerzan esta afirmación en la cual dicen que el adecuado desarrollo de emociones positivas y manejo de las negativas favorece el bienestar psicofísico y orgánico, sustentado en la satisfacción y de placer percibidos (Garassini, 2018).

Esto se demuestra en una investigación de Lyubomirsky, King y Diener (2005) donde las personas con una percepción más feliz y satisfactoria de su vida en general tiene mayores éxitos académicos y personales, así como una mejor salud global lo cual conlleva una mayor longevidad; en otro estudio de Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin (2003) se encontró que aquellos individuos con mayor presencia de emociones positivas lograron mejores resultados y a mayor velocidad en la recuperación de TEPT por causa del evento del 11 de Septiembre en Nueva York. Las emociones positivas desencadenan una tendencia a la resiliencia y a la prosperidad; en un estudio de parejas realizado por Gable, Reis, Impett y Asher (2004) se encontró que responder de forma positiva, esto quiere decir con una actitud activa y constructiva, ante las noticias de la pareja es signo de buena relación, además que permite que sean más duraderas; en la investigación de Park,

Park y Peterson (2010) los individuos que informaron percibirse con un sentido de propósito y significado presentaron mayor satisfacción con la vida, afecto positivo y niveles más altos de autoestima; finalmente en otro estudio hecho por Brown, Nesse, Vinokur y Smith (2003) encontró que una buena salud y satisfacción con la vida puede relacionarse con actos pro-sociales como: trabajo voluntario, ayudar y dar a otros (Park, Peterson, & Sun, 2013).

Método

Justificación

La violencia es un problema de salud pública de interés mundial, se ha reportado que alrededor del mundo el 35% de las mujeres han sido víctima de algún tipo de violencia, la cual, en la mayoría de veces es ejercida por la pareja. Haciendo una revisión de la literatura se ha encontrado la relación positiva entre antecedentes o vivencias de violencia familiar y sintomatología depresiva en infantes y adultos. La depresión; definida como un síndrome prevalente e incapacitante, con una significativa discapacidad producida por la disminución del estado de ánimo que afecta el rendimiento académico o laboral y genera dificultades en las relaciones interpersonales y familiares, esta enfermedad afecta a más de 4.4% de la población mundial entre los cuales se encuentran niños, adolescentes y adultos.

Sin embargo las estrategias preventivas para este trastorno en niños son de reciente desarrollo en nuestro país. Asimismo la atención a mujeres víctimas de violencia apenas va emergiendo, pues a pesar de que existen lugares para su tratamiento y acompañamiento son pocos a nivel nacional, además de que cabe mencionar, que existen constantes recaídas por parte de las mujeres violentadas; esto quiere decir que regresan al núcleo de violencia.

Es por eso que se remarca la importancia de establecer la caracterización del perfil emocional de las mujeres violentadas, ya que aunque en los refugios para mujeres víctimas de violencia se les brinda herramientas para su autonomía e independencia, y sobre todo, un lugar de tranquilidad, los aspectos emocionales no son tratados como prioridad.

Con esto se subraya la importancia de atender las necesidades de carácter emocional que puedan presentar las víctimas, dado que comúnmente ellas cargan con la responsabilidad de ser madres; una tarea que por sí misma es complicada, ahora, presentando una desestabilidad emocional y sin el conocimiento de herramientas para poder manejarse, implica que el malestar emocional le siga afectando y después no sólo a ella sino a los miembros de su familia, como podrían ser sus hijos, que además de adoptar un estilo de vida poco saludable, no

encontrarán en la madre una base sólida que los pueda acompañar. La importancia de crear este tipo de perfiles ayuda a la implementación de intervenciones que aborden esta situación y así generar recursos extras a las mujeres que llegan a refugios como última opción a su situación. De esta manera se propone que la estancia de quienes lleguen a este tipo de lugares sea más completa.

Este estudio pretende que mediante el análisis situacional de la sintomatología depresiva, la expresión de la ira, el uso de la resiliencia y fortalezas de carácter en mujeres violentadas se puedan desarrollar intervenciones futuras que fomenten recursos protectores que permitan al individuo mejorar su bienestar subjetivo y calidad de vida.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el perfil psicológico de mujeres víctimas de violencia y la relación entre depresión, ira, resiliencia y uso de fortalezas de carácter en mujeres en situación de refugio?

Objetivo general

Describir el perfil psicológico de mujeres víctimas de violencia y conocer la relación entre depresión, ira, resiliencia y uso de fortalezas de carácter en mujeres violentadas en situación de refugio

Objetivo específicos

- Determinar los niveles de depresión en mujeres violentadas.
- Determinar los niveles de expresión de la ira en mujeres violentadas.
- Determinar los niveles de resiliencia en mujeres violentadas.
- Determinar los niveles de uso de fortalezas de carácter en mujeres violentadas.
- Determinar la asociación entre los niveles de depresión y los niveles de expresión de la Ira en mujeres violentadas.
- Determinar la asociación entre el uso de fortalezas de carácter y los niveles de depresión y expresión de la Ira en mujeres violentadas.

- Determinar la asociación entre los niveles de resiliencia y los niveles de depresión y expresión de la ira en mujeres violentadas.
- Determinar la asociación entre el uso de fortalezas de carácter y los niveles de resiliencia en mujeres violentadas.

Tipo de estudio

Descriptivo correlacional; esto es porque se pretende describir las relaciones entre variables (García, Márquez, & Ávila, 2009).

Tipo de Diseño

No experimental, descriptivo, correlacional y transversal; dado que no hay manipulación de las variables independientes y sólo se describen las relaciones entre variables en un momento determinado (García et al., 2009).

Variables

A continuación en la tabla 16 se describen las definiciones conceptuales y operacionales de las variables del presente estudio.

Tabla 16.

Definición de variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Depresión	Alteración en el estado de ánimo, que puede ser transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y la incapacidad para disfrutar de cosas o	Inventario de Depresión de Beck, BDI. Validado en México por Jurado y colaboradores en 1998. Consta de 21 reactivos que evalúan diferentes dimensiones de la depresión, clasificando los resultados en niveles

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
	actividades que antes generaban placer o bien podrían ser placenteras por sí mismas (Chávez & Tena, 2018).	de mínimo (0-9), leve (10-16), moderado (17-29) y grave (30-63). Tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.87.
Expresión de la Ira	Es una respuesta automática primaria, que surge cuando el organismo percibe una situación como de posible daño u ofensa, indignación, injusticia, traición, engaño o desprecio (Mestre y Guil, 2012). La cual puede ser expresada meramente en situaciones específicas o ser un rasgo de la personalidad de cada individuo (Alcázar-Olán, 2012).	Inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI). Validado en México por Alcázar, Deffenbacher y Byrne (2011). Conformada por tres escalas (Ira-Estado, Ira-desprecio (Mestre y Guil, 2012). Rasgo y Expresión y control. Tiene una confiabilidad de Cronbach de .65 a .86. Consta de 44 reactivos.
Resiliencia	Característica de potencial humano, la cual se describe como la capacidad de lograr un enfrentamiento efectivo y constructivo ante adversidades que se	Escala de Resiliencia RESI-M. Desarrollado por Palomar y Gómez (2010) consta de 43 reactivos, conformados por cinco dimensiones: Fortaleza y confianza en sí mismo,

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
	<p>pueden presentar a lo largo del ciclo de vida (González-Arratia, 2016).</p>	<p>Competencia social, Apoyo Familiar, Apoyo Social y Estructura. Tiene una confiabilidad de Cronbach de 0.93.</p>
Fortalezas de Carácter	<p>Cualidades positivas esperadas o deseadas en los individuos que pertenecen a una sociedad, las cuales se manifiestan en una serie de conductas, pensamientos y sentimientos (Corral, Peterson y Seligman</p>	<p>Cuestionario de Fortalezas de Carácter (VIA, por sus siglas en inglés) Desarrollada por Park y Peterson (2006). Es una prueba de auto-informe con 240 preguntas. Considera 6 virtudes y 24 fortalezas. Tiene una confiabilidad de Cronbach de 0.97. El instrumento ha sido traducido mostrando una adecuada fiabilidad.</p>

Hipótesis de investigación

Hi: Sí existe relación estadísticamente significativa entre el uso de fortalezas de carácter, resiliencia, depresión y expresión de la Ira en mujeres violentadas.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el uso de fortalezas de carácter, resiliencia, depresión y expresión de la Ira en mujeres violentadas.

Participantes

Población

Mujeres en situación de refugio en el espacio “En familia rompamos el silencio del municipio, A. C.” de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Muestra

La muestra estuvo conformada por seis participantes, que conforman el total de mujeres albergadas en el refugio En familia rompamos el silencio, A, C., en el periodo del Octubre-Diciembre 2018 y que forma parte de la Red Nacional de Refugios.

Tipo de muestreo

No probabilístico, por sujetos tipo; se seleccionan personas con ciertas características las cuales se establecieron anterioridad (García, Márquez, & Ávila, 2009).

Criterios de inclusión

- Mujeres albergadas en el refugio.
- Firmar el consentimiento informado.
- Contestar todas las pruebas y en su totalidad.

Criterios de eliminación.

- No contestar en su totalidad algún instrumento.
- Contestar incorrectamente algún instrumento.

Instrumentos

A continuación se muestran los instrumentos con los que las mujeres fueron evaluadas para este estudio.

Inventario de Depresión de Beck (IDB).

El IDB fue validado en México por Jurado y colaboradores en 1998. Consta de 21 reactivos que evalúan diferentes dimensiones de la depresión, clasificando los resultados en niveles de mínimo, leve, moderado y grave. Tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.87.

Inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI).

El ML-STAXI fue validado en México por Alcázar, Deffenbacher y Byrne (2011). Conformada por tres escalas (Ira-Estado, Ira-Rasgo y Expresión y Control. Tiene una confiabilidad de Cronbach de .65 a .86. Consta de 44 reactivos.

Cuestionario de fortalezas de carácter (VIA).

Desarrollada por Park y Peterson (2006). Es una prueba de autoinforme con 198 preguntas. Considera 6 virtudes y 24 fortalezas. Tiene una confiabilidad de Cronbach de 0.97. El instrumento ha sido traducido y aplicado en amplias poblaciones hispanohablantes, mostrando una adecuada fiabilidad.

Escala de Resiliencia RESI-M.

Instrumento desarrollado por Palomar y Gómez (2010) consta de 43 reactivos, conformados por cinco dimensiones: Fortaleza y confianza en sí mismo (19 reactivos), Competencia social (8 reactivos), Apoyo Familiar (6 reactivos), Apoyo Social (5 reactivos) y Estructura (5 reactivos). Tiene una confiabilidad de Cronbach de 0.93.

Procedimiento

Previo a la evaluación, se tuvo contacto con el refugio donde al obtener la aprobación de la responsable del lugar, se acordó un día donde ambas partes tuvieran disponibilidad de tiempo para llevar a cabo la aplicación en coordinación con la psicóloga, quien daría presentación del evaluador ante la población. La aplicación se llevó a cabo de manera grupal en una sola sesión, en un espacio designado por el refugio. Cada participante recibió la batería impresa y el consentimiento informado junto con lápices y goma, asimismo se les explicó que a lo largo de la aplicación podían expresar sus dudas al aplicador, el cual estaba calificado para aplicar y supervisar la evaluación psicométrica.

Análisis de datos propuesto

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 22. Debido a la naturaleza de los datos se utilizó la prueba estadística no paramétrica de relación entre variables Rho de Spearman.

Resultados

Datos sociodemográficos

Se contó con un total de seis participantes, de las cuales todas fueron mujeres pertenecientes al refugio. Al momento de la evaluación las edades oscilaban entre los 25 años como mínima y 59 años como máxima, con una mediana de 28.5.

El nivel académico con mayor prevalencia fue el nivel secundaria con un porcentaje de 83.3% y el segundo fue primaria con un 16.7%, como se puede observar en la tabla 17.

Tabla 17.

Escolaridad de las participantes.

Escolaridad	Porcentaje
Primaria	83.3%
Secundaria	16.7%

Para terminar el 83.3% de las mujeres que se encuentran albergadas en el refugio son madres de familia, donde la media de hijos por mujer es de dos (Ver Figura 5).

Porcentajes de hijos por madre

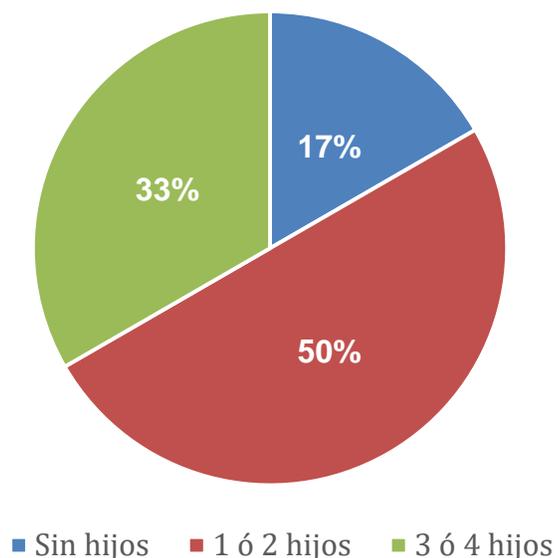


Figura 5. Porcentajes de número de hijos por mujeres

Relaciones familiares

Respecto a la relación con el padre el 67% de la población describió la relación con el progenitor como mala, donde el 50% de esta, las participantes mencionan nunca haber convivido con él, así mismo el otro 50% describe al padre como una persona estricta, agresiva y violenta, además de referir que en ocasiones el padre presentaba problemas de consumo de alcohol. El 16% describe su relación como beneficiosa y el otro 17% menciona no recordar cómo era (Ver Tabla 17).

Al reportar su relación con la madre el 34% de las participantes refieren la relación como buena, donde la describen como de cariño, aunque en ocasiones bastante estricta. El 33% menciona no recordar cómo era su relación con ella y finalmente el 33% de las participantes refieren una mala relación con la madre la cual describen como agresiva, punitiva, violenta y con poca o nula efectividad o cariño (Ver Tabla 17).

Finalmente, el 67% de las participantes mencionan haber tenido buena relación con sus hermanos la cual describen como de cariño y respeto, el 16% describen la relación como mala, refiriendo situaciones de abuso sexual por parte

de los hermanos, por último el 17% mencionan no haber tenido hermanos (Ver Tabla 17).

Tabla 17.

Perspectiva de la relación con los familiares.

Perspectiva de la relación	Relación con el padre	Relación con la madre	Relación con los hermanos
Buena	16%	34%	67%
Mala	67%	33%	16%
No sé	17%	33%	0%

Síntomas físicos y emocionales

Al hacer un monitoreo de los sentimientos desagradables que se habían presentado en las mujeres en últimas semanas, la mayoría de las mujeres reportaron sentimientos de: *tristeza, intranquilidad y culpa* (Ver Figura 6).

Sentimientos desagradables

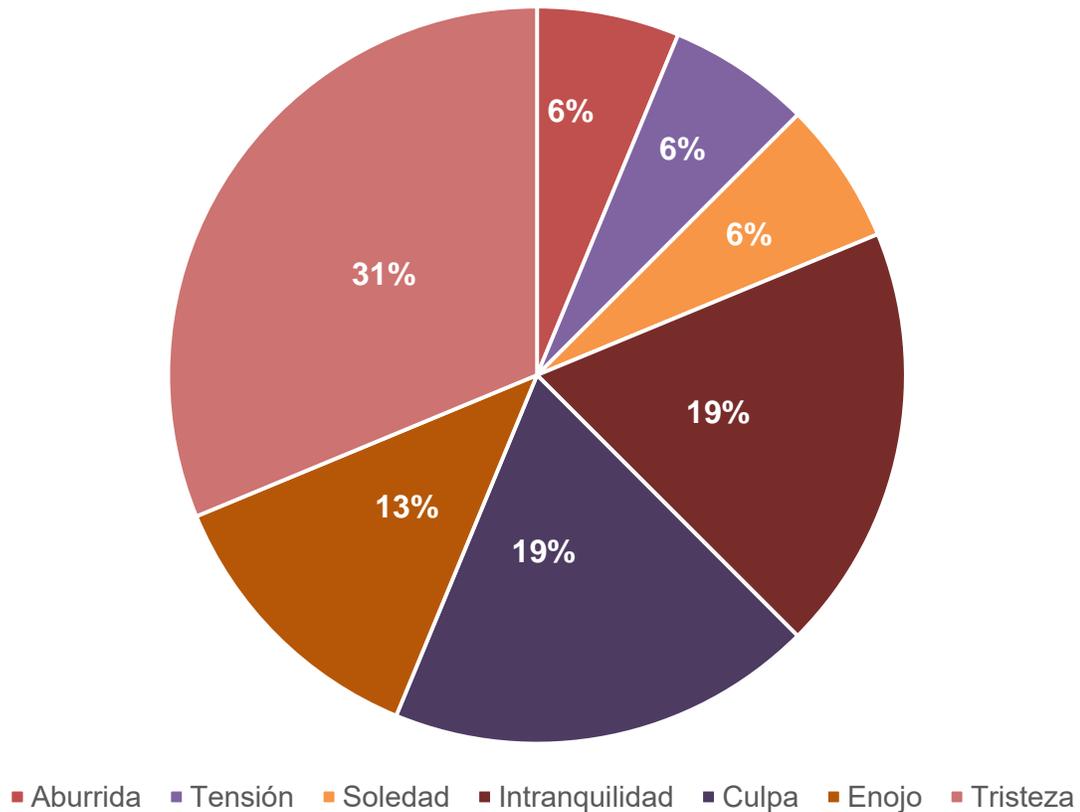


Figura 6. Porcentajes de percepción de sentimientos desagradables.

De igual forma se les preguntó sobre síntomas físicos y emocionales que habían experimentado en los últimos días, en esta parte se encontró que los *dolores de cabeza, estómago y sentimientos de fatiga* eran los que se reportaban con mayor frecuencia, asimismo un síntoma emocional recurrente fue la tristeza donde la mitad de la muestra reportó nuevamente sentir *mucha tristeza* (Ver figura 7).

Sintomatología reportada por las participantes

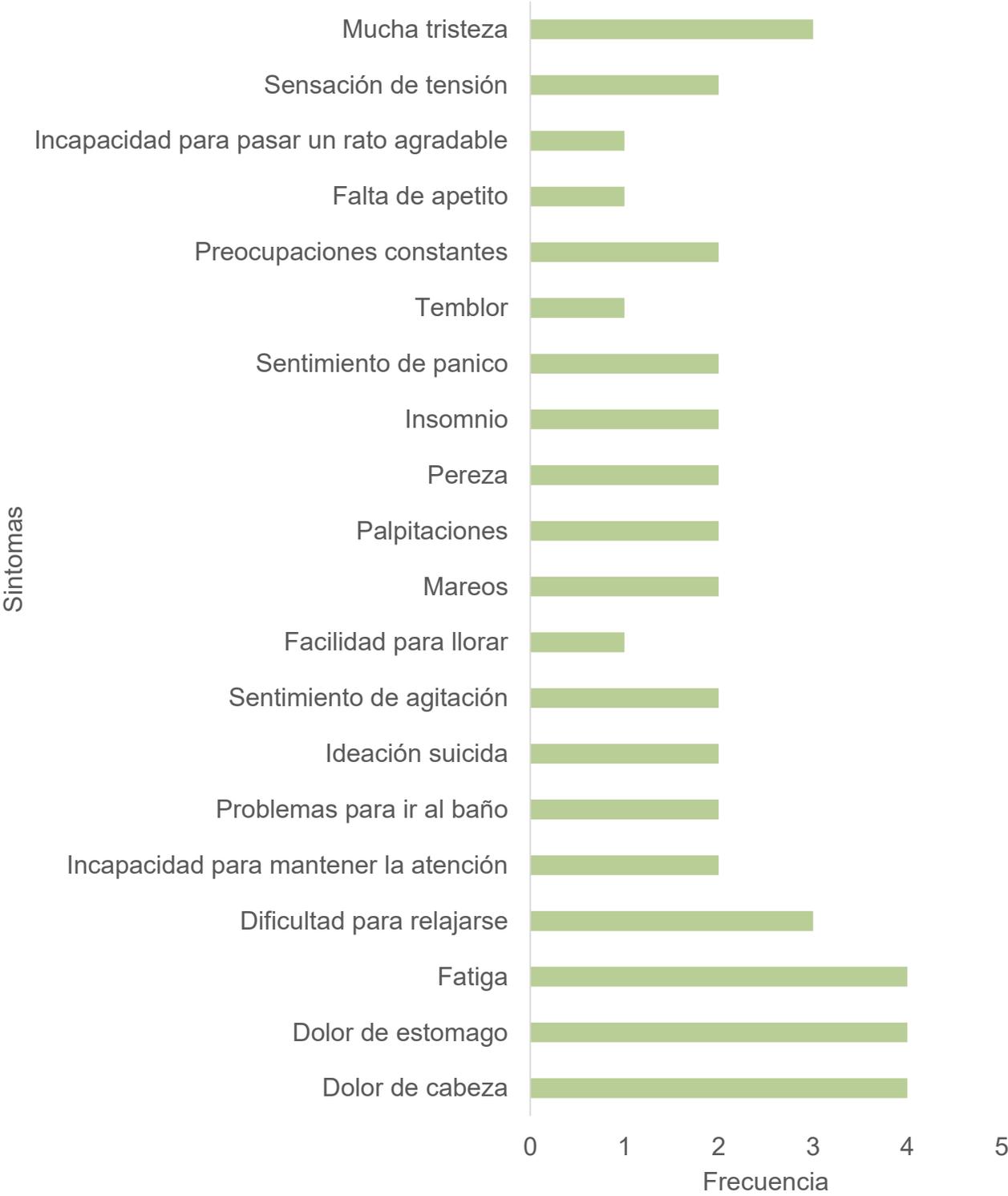


Figura 7. Frecuencia de mujeres que experimentan síntomas físicos y emocionales

Análisis de resultados descriptivos de depresión

Al hacer el análisis descriptivo de los datos obtenidos en el Inventario de depresión de Beck se encontró que el puntaje mínimo llegaba a 4 y el máximo a 55. La media se situó en un puntaje de 28, esto coloca a la media de la muestra en un nivel moderado de depresión lo cual ya es considerado como clínicamente significativo (Ver Figura 8).

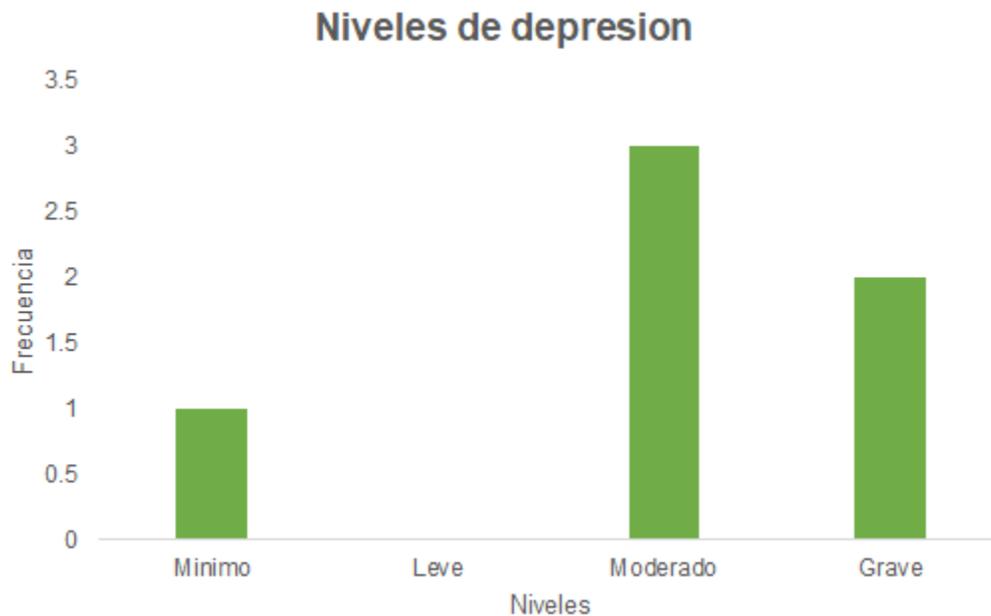


Figura 8. Niveles obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck

Al hacer una tabla cruzada entre los niveles de depresión y el tipo de agresión vivido expresado en el apartado socio-demográfico, se encontró que aquellas mujeres que reportaban principalmente violencia física se encontraban en niveles *moderados a graves* en depresión a diferencia de aquellas que reportaron como violencia principal el psicológico que obtuvieron puntajes de *moderado a mínimo* (Ver Tabla 18).

Tabla 18.

Niveles de depresión según el tipo de agresión

Nivel de depresión	Tipo de agresión	
	Físico	Psicológico
Leve	0	0
Mínimo	0	1
Moderado	2	1
Grave	2	0

De igual forma al hacer un cruce entre los niveles de depresión, la percepción de la infancia y de la adolescencia, se encontró que un tercio de la muestra reportó una percepción agradable de su infancia, sin embargo su puntuación en depresión fue de moderado y aquellas que reportaron una infancia desagradable se encontraban en entre niveles de mínimo, moderado y grave

Tabla 19.

Niveles de depresión según la percepción emocional de la infancia.

Niveles de depresión	Percepción emocional de la infancia		
	Agradable	Problemática	Desagradable
Leve	0	0	0
Mínimo	0	0	1
Moderado	2	0	1
Grave	1	0	1

En el cruce con la percepción adolescencia, a diferencia del cruce con infancia, ninguna participante reportó una percepción agradable, además de que la carga de los niveles de depresión se mantuvieron principalmente de moderado a grave.

Tabla 20.

Niveles de depresión según la percepción emocional de la adolescencia.

Niveles de depresión	Percepción emocional de la adolescencia		
	Agradable	Problemática	Desagradable
Leve	0	0	0
Mínimo	0	1	0
Moderado	0	1	2
Grave	0	1	1

Análisis de resultados descriptivos de expresión del enojo

En los resultados obtenidos en el *Inventario Multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI)* se puede observar como tanto en las subescalas y en la escala total de la primera escala del inventario, las participantes de la muestra se encuentran por encima de la media teórica. Esta primer escala se obtiene de la sumatoria del puntaje crudo de la subescalas *Sintiendo enojo*; el cual se refiere a la intensidad con que la persona estaba experimentando la ira mientras realiza la prueba, y *Deseo de expresar el enojo*; el cual refiere al deseo de golpear o insultar a alguien mientras se está realizando la prueba (Ver Tabla 21).

Tabla 21.

Medias obtenidas por las participantes en la Escala Enojo-Estado.

Escalas y subescalas	Media obtenida por la muestra	Media en mujeres
Escala de enojo-estado	13.33	11.44
Deseo de expresar enojo	6.17	5.39
Sentir enojo	7.17	6.05

La segunda escala del inventario refiere a la ira-rasgo, la cual al igual que la anterior se divide en dos subescalas; la primer subescala es *Temperamento de enojo* que refiere a la tendencia a reaccionar con enojo por cualquier motivo en cualquier lugar y cualquier persona; la segunda subescala llamada *Reacción de enojo* valora el grado en que la persona reacciona con esta emoción ante situaciones frustrantes. A diferencia del primer factor, en este segundo factor la muestra se mantuvo por debajo de la media en la escala total y en las subescalas de la misma (Ver Tabla 22).

Tabla 22.

Medias obtenidas por las participantes en la Escala Enojo-Rasgo.

Escalas y subescalas	Media obtenida en la muestra	Media en mujeres
Escala de enojo-rasgo	16.17	19.33
Reacción de enojo	8.17	10.28
Temperamento de enojo	8	9.05

Finalmente los últimos factores son *Expresión y control del enojo*, estas dos escalas se dividen en dos subescalas. La expresión del enojo se divide en *Expresión*

externa que se refiere a mostrar el enojo hacia otras personas, por ejemplo discutiendo, y la segunda subescala es *Expresión interna* la cual indica que el individuo suprime su enojo, se aleja de los demás y guarda rencores. En esta parte la muestra obtuvo puntajes por encima de la media teórica (Ver Tabla 23).

El control se divide en Control externo y Control interno; el primero refiere al grado en que la persona intenta dominar o controlar su propia conducta cuando está enojado, y el segundo mide los intentos por calmarse o relajarse para disminuir el enojo. En esta escala a mayor puntaje se entiende que una persona tiene mayor control de su estado iracundo, sin embargo aquí la muestra obtuvo puntuaciones por debajo de la media teórica (Ver Tabla 23).

Tabla 23.

Medias obtenidas por las participantes en las Escalas de Expresión y Control del enojo.

Escalas y subescalas	Media obtenida en la muestra	Media en mujeres
Expresión del enojo externo	15.5	11.31
Expresión del enojo interno	13.83	11.89
Control Externo	7.83	19.64
Control Interno	11.5	16.88

Análisis descriptivos de resiliencia

La interpretación del nivel de resiliencia se realizó con base a la designación de intervalos de puntuaciones continuas, estableciendo una media a partir de la misma, obteniendo rangos de extremos (baja, media y alta) (Ver Tabla 24) (Domínguez & Aguilar, 2018; Ruíz, 2015).

Tabla 24.

Interpretación de puntajes obtenidos de resiliencia.

Interpretación	Puntaje
Resiliencia Baja	43-85
Resiliencia Media	86-128
Resiliencia Alta	129 -172

En los resultados descriptivos obtenidos en la *Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)* se puede observar que el 67% de las participantes obtuvo un nivel de resiliencia media y el 33% resiliencia alta (Ver Figura 9)

Porcentaje de puntuaciones de resiliencia

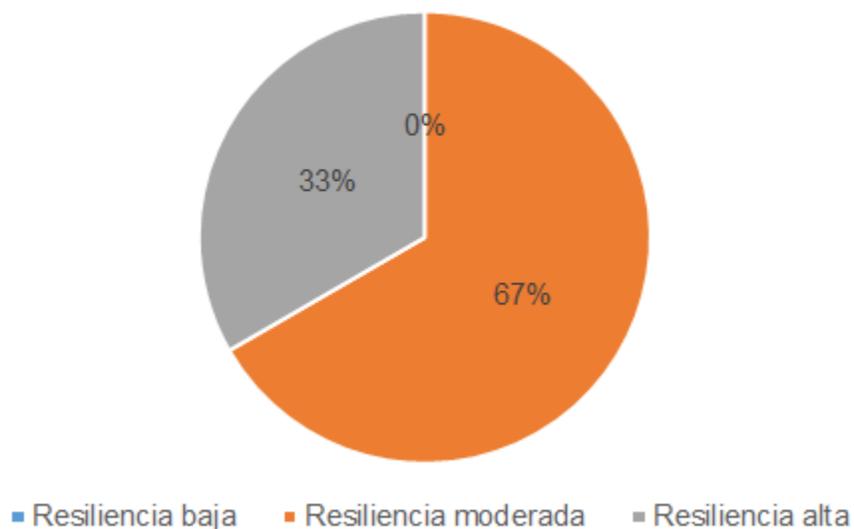


Figura 9. Porcentajes obtenidos de resiliencia

De igual forma las participantes presentaron puntuaciones por encima de la media teórica, sin embargo sus resultados se mantiene en el nivel de una resiliencia media (Ver Tabla 25).

Tabla 25.

Puntajes descriptivos del instrumento de resiliencia.

	Mínimo	Máximo	Media obtenida	Media Teórica	Desviación estándar
Puntuación obtenida	95	140	116.5	107.5	19.29

El inventario de resiliencia se divide en cinco subescalas; la primera es *Fortaleza y Confianza en sí mismo*, se refiere a la claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo que hacen por alcanzar sus metas, a la confianza que tienen de que van a tener éxito. En esta subescala podemos observar que la media total de la muestra se establece por encima de la media teórica en esta subescala (Ver Tabla 26).

Tabla 26.

Interpretación y medias teóricas por subescala.

Subescala	Interpretación	Puntuaciones	Media teórica por factor
Fortaleza y confianza en sí mismo	Baja	19-37	47.5
	Media	38-56	
	Alta	57-76	
Competencia social	Baja	8-15	20
	Media	16-23	
	Alta	24-32	
	Baja	6-11	15

Subescala	Interpretación	Puntuaciones	Media teórica por factor
	Media	12-17	
	Alta	18-24	
	Baja	5-9	
	Media	10-14	12.5
	Alta	15-20	
	Baja	5-9	
	Media	10-14	12.5
	Alta	15-20	

De manera individual el 50% de la muestra estuvo por encima de ambas medias. Además de que dos tercios de este porcentaje puntúa en un nivel alto de fortaleza y confianza en sí mismo (Ver Figura 10).

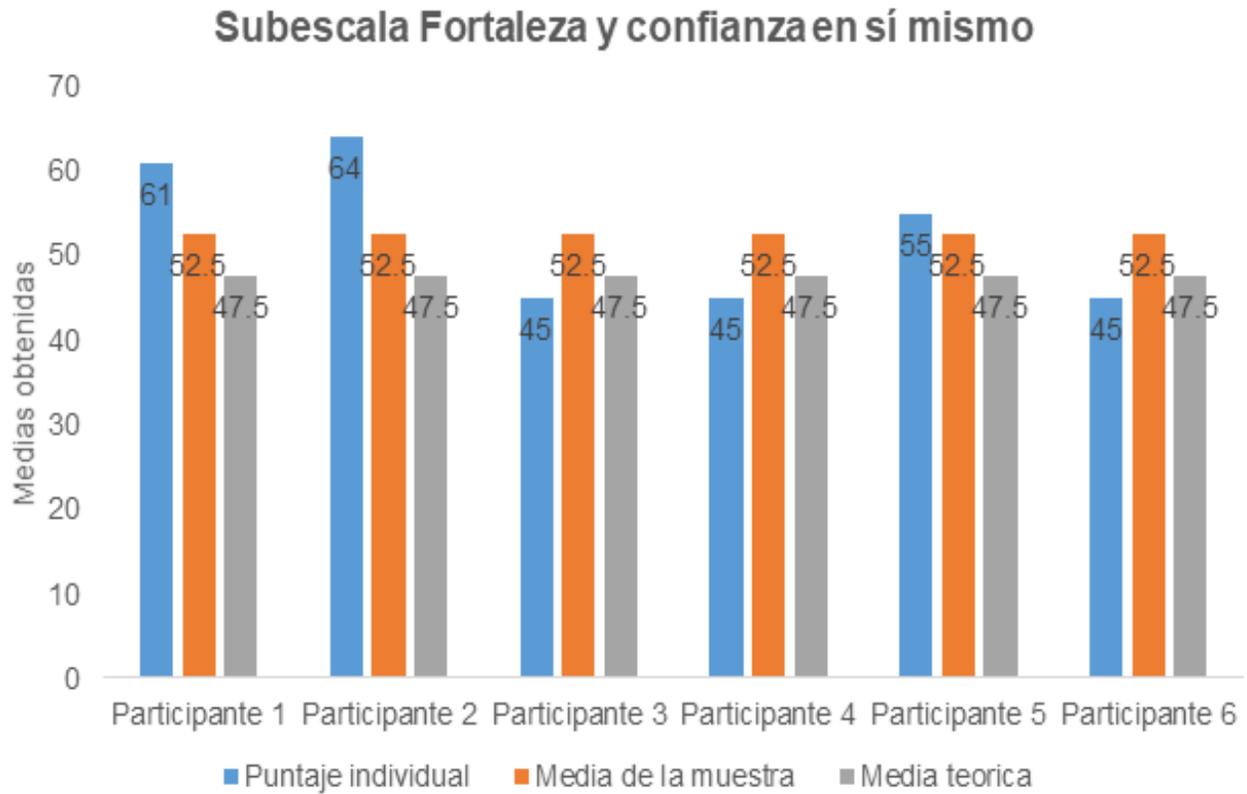


Figura 10. Puntajes obtenidos por la muestra y media teórica de la primer subescala.

El segundo factor (*competencia social*) evalúa la competencia de los individuos para relacionarse con los demás, ya sea para hacer amigos o empatizar con otros. Al igual que con el primer factor la media de la muestra total se encuentra por encima de la media teórica, el 50% de las participantes se encuentran por encima de ambas medias y dos tercios de este porcentaje alcanzan un puntaje alto en esta subescala, el resto de la muestra mantiene niveles medios (Ver Figura 11).

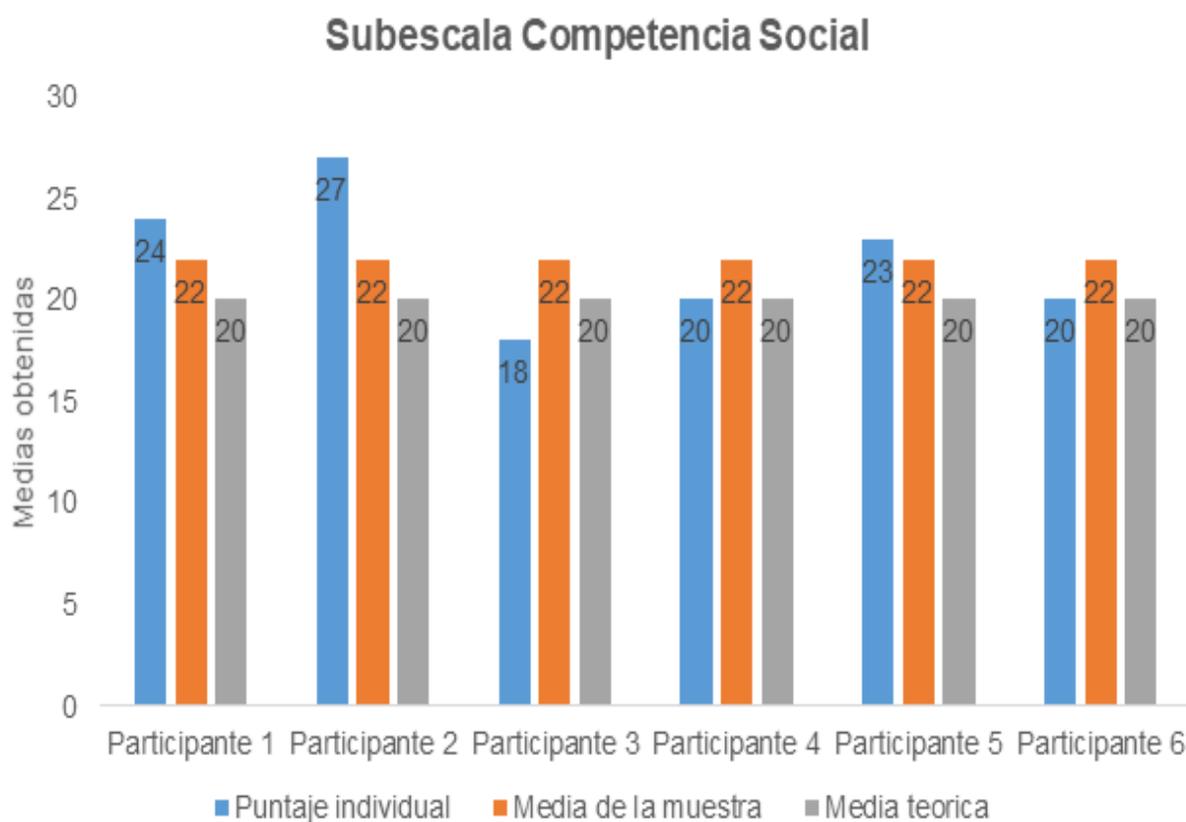


Figura 11. Puntajes obtenidos por la muestra y media teórica de la segunda subescala.

El tercer factor (*apoyo familiar*) mide las relaciones familiares; el apoyo y lealtad que brinda la familia, así como la visión conjunta que se tiene de la familia. En esta subescala la tendencia que mantenía la muestra de encontrarse por encima de la media teórica cambia, pues ahora se coloca por debajo de la misma. De manera individual el 67% de la población se coloca por debajo de ambas medias y sólo el 33% las supera, además los niveles abarcan espectros bajos de esta escala y no únicamente medios y altos (Ver Figura 12).

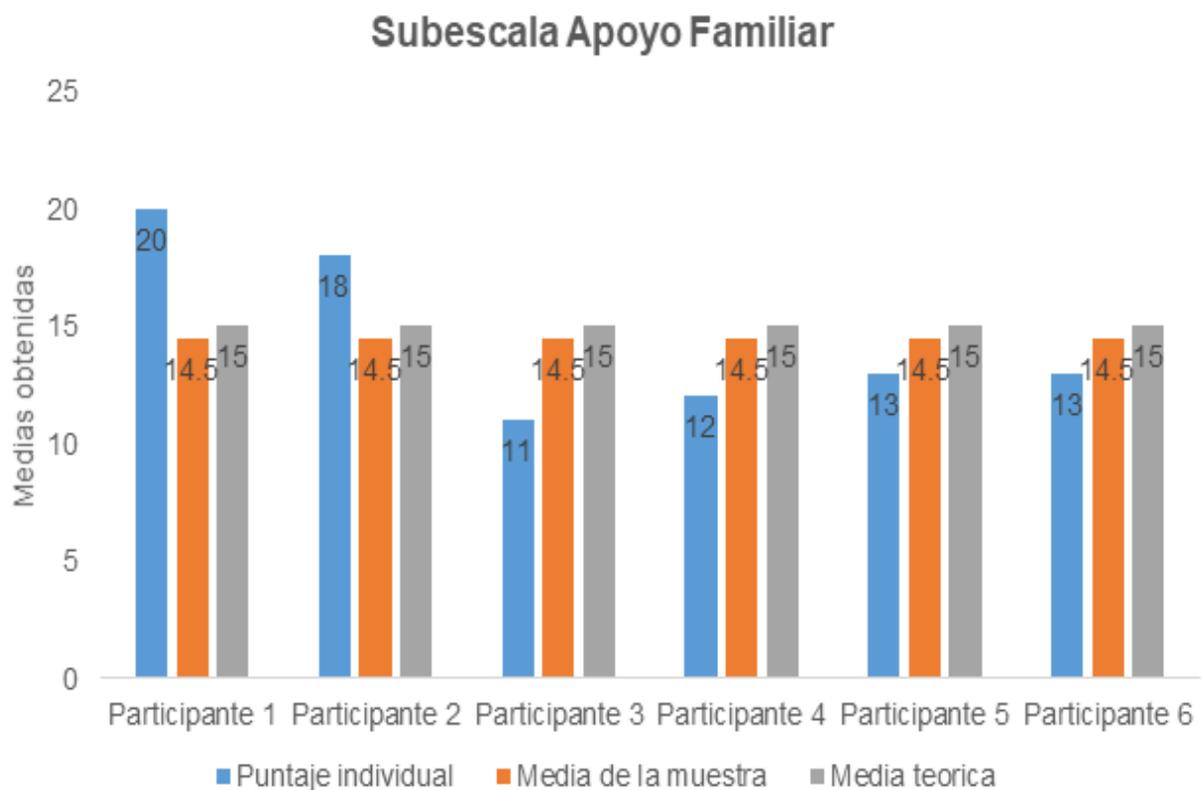


Figura 12. Puntajes obtenidos por la muestra y media teórica de la tercer subescala.

El cuarto factor (*apoyo social*) refiere al apoyo social, principalmente de los amigos o personas con las que se puede contar en momentos difíciles que le brindan al sujeto aliento, apoyo y que procuran por la persona. A nivel de la muestra total se alcanzan puntajes superiores a la media teórica, de manera individual el 83.3% de las participantes superan la media teórica, sin embargo el 67% no supera la media de la muestra. De igual manera se registran niveles que van de bajo a alto en esta subescala, pero con una prevalencia mayor en niveles medios (Ver Figura 13).

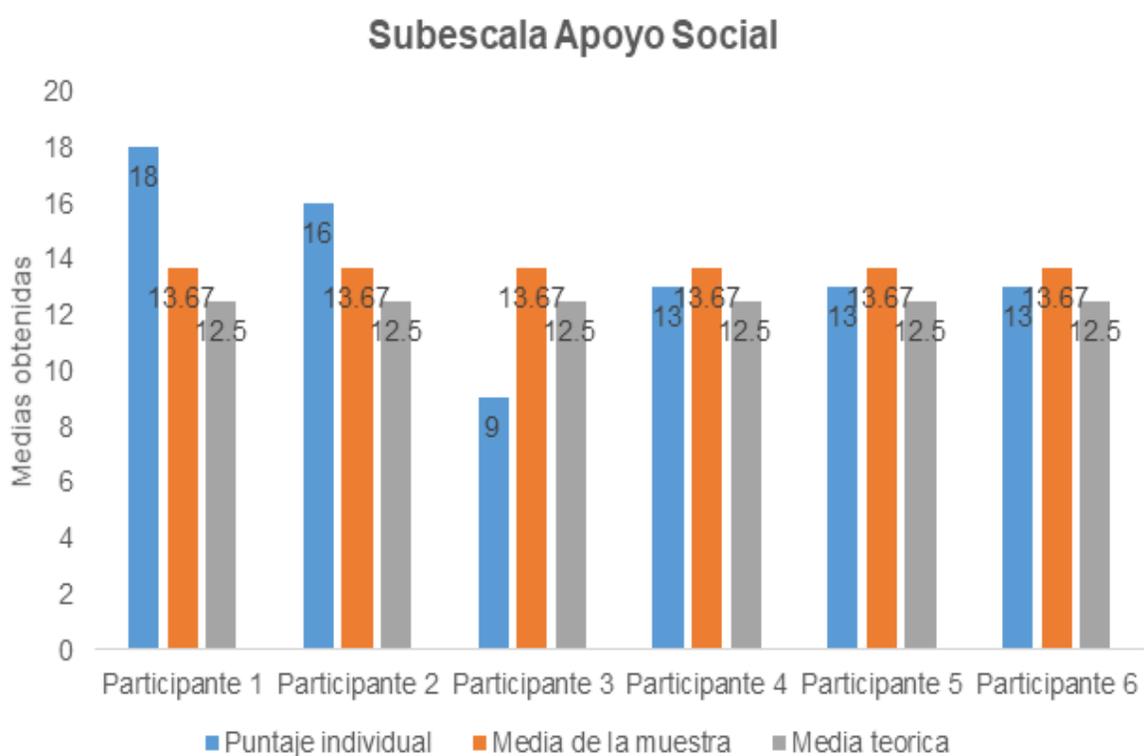


Figura 13. Puntajes obtenidos por la muestra y media teórica de la cuarta subescala.

Finalmente el quinto factor (*estructura*) está relacionado con la capacidad de las personas para organizarse, planear las actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistemáticas aun en momentos difíciles. La media total de la muestra se mantiene por encima de la media teórica, el 67% supera ambas medias de manera individual y se mantienen niveles de *medios a altos* en esta escala (Ver Figura 14).

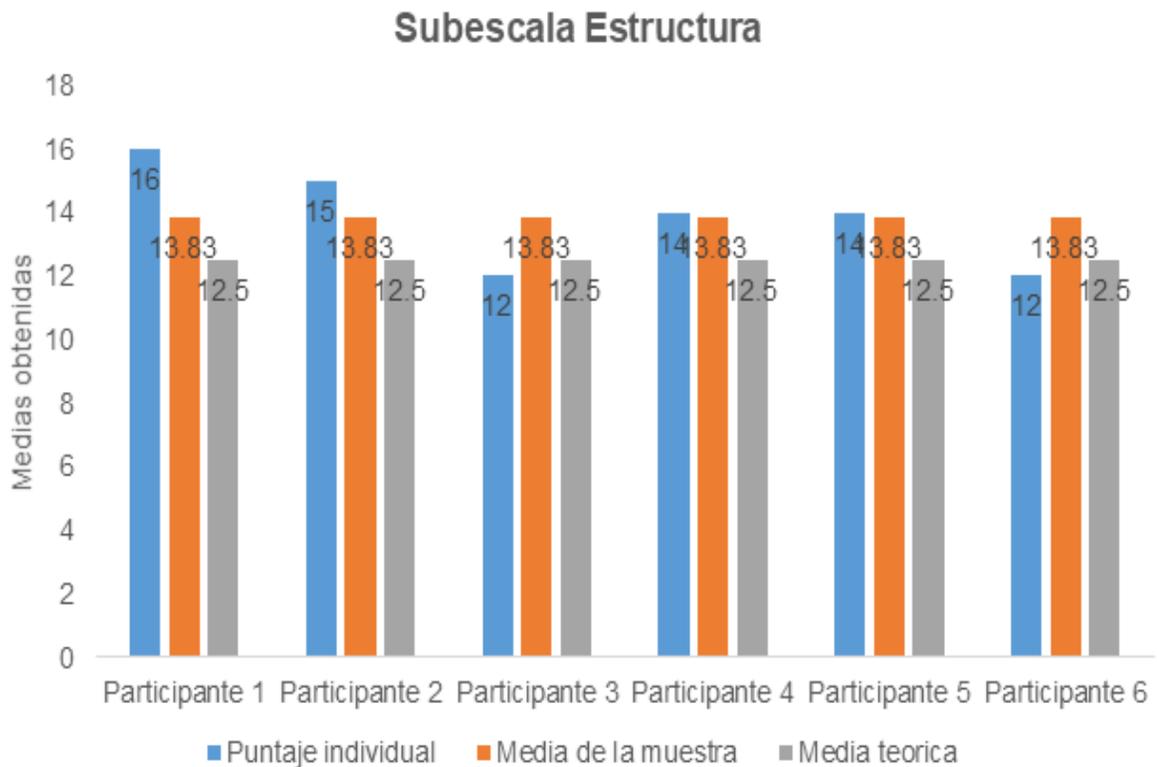


Figura 14. Puntajes obtenidos por la muestra y media teórica de la cuarta subescala.

Tomando en cuenta el número de participantes que puntuaron por encima de la media teórica, se encontró que las tres subescalas con mayor frecuencia son las de *Apoyo social*, *Estructura* y *Competencia social*. Las subescalas con menos participantes por encima de la media son *Fortaleza y Confianza en sí mismo* y *Apoyo familiar* (Ver Figura 15).

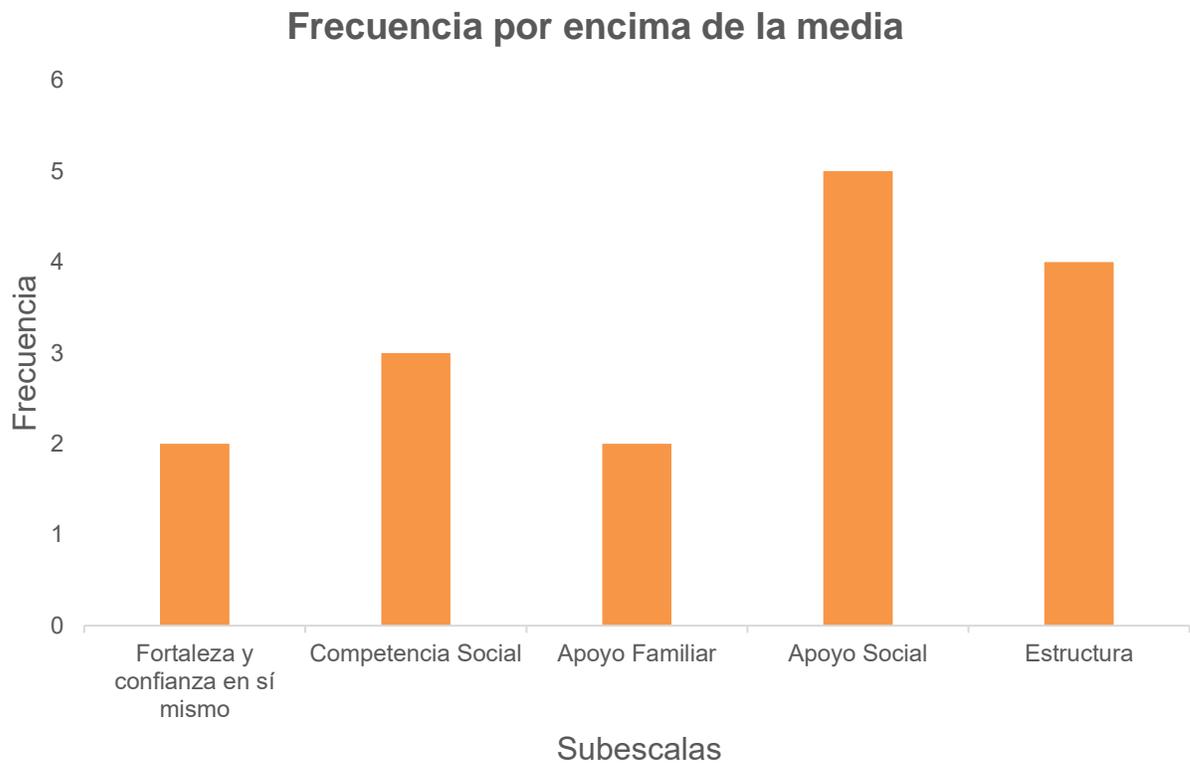


Figura 15. Frecuencia de medias individuales sobre la media teórica por subescala.

Análisis descriptivos de Fortalezas de carácter

Los resultados obtenidos en el *Cuestionario de Fortalezas de Carácter* arrojan una media de la muestra de 3.20 (N=6) en la virtud de coraje, 3.13 (N=6) en humanidad, 3.31 (N=6) en la virtud de justicia, 2.89 (N=6) en la virtud de sabiduría, 3.17 (N=6) en la virtud templanza y 3.36 (N=6) en la virtud de trascendencia (Ver Tabla 27).

Donde se muestra que el 67% de las participantes obtuvieron una puntuación por encima de la media en la *virtud de coraje (o valor)*, lo que no indica que esta virtud y su serie de fortalezas son empleadas de manera constante. Esta virtud mide la serie de recursos emocionales que involucran el ejercicio de la voluntad para cumplir sus objetivos o metas, encarando la oposición externa o interna (se engloban aspectos de placer inmediato y la adversidad).

Respecto a la *virtud de humanidad* se obtuvo que el 50% de las participantes estuvieron por encima de la media, esta virtud mide la serie de aspectos interpersonales que involucran el interés por las necesidades y amistosidad hacia otros.

La *virtud de justicia* engloba lo que es moralmente correcto, se basa en la racionalidad, la ley natural, la religión o los principios de equidad en conjunción con el castigo a las transgresiones de lo que es correcto.

En la *virtud sabiduría* el 50% de la muestra obtuvo un puntaje por encima de la media, esta virtud refiere a las habilidades cognitivas que permiten al sujeto adquirir y usar el conocimiento para integrarse a su medio socio-físico.

La *virtud templanza (o moderación)* es la serie de habilidades cognitivas que se emplean para no caer en los excesos, esta virtud mide la capacidad del individuo para controlar sus deseos de consumo (se emplean principalmente tendencias de satisfacción inmediata y egoístas).

Tabla 27.

Medias obtenidas por la muestra

Participante	Virtud coraje	Virtud humanidad	Virtud justicia	Virtud sabiduría	Virtud templanza	Virtud trascendencia
1	3.2	3.3	3.3	3.4	3.2	3
2	3.4	3.4	3.7	3.2	3.4	4
3	3.7	3.5	3.5	3.3	3.4	4
4	2.9	2.6	3.1	2.6	3.3	3
5	3.3	2.9	3.7	2.5	3.1	4
6	2.7	3	2.6	2.3	2.7	3
Media de la muestra	3.2	3.13	3.31	2.89	3.17	3.36

Cada virtud y fortaleza que componen el instrumento, representa una serie de habilidades cognitivas, emocionales y comportamentales deseables en el ser humano. Cada individuo dependiendo sus circunstancias de vida, emplea con mayor frecuencia una serie de recursos en comparación de otros. En el caso de la muestra se puede ver que las virtudes de *coraje*, *justicia* y *templanza* son las que se presentaron con mayor frecuencia, pues es donde se encontraron más participantes por arriba de la media (Ver Figura 16).

Virtudes

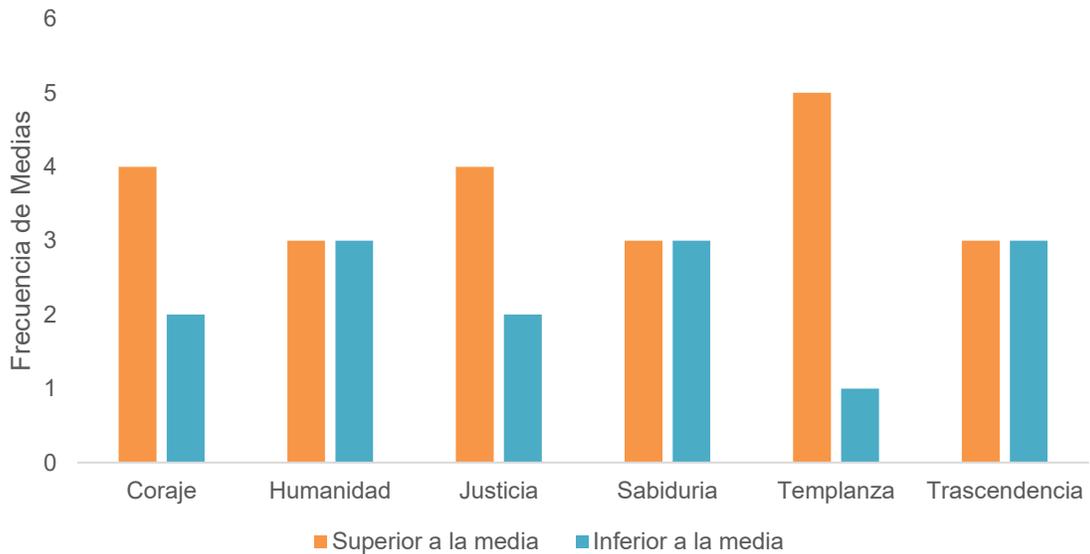


Figura 16. Frecuencia de los puntajes que superan a la media.

De igual forma se presentan las fortalezas desde la media más altas a la más baja, observando que las cinco fortalezas son; *Persistencia*, *Gratitud*, *Esperanza*, *Imparcialidad* y *Apreciación* y las cinco menos utilizadas son *Apertura mental*, *Curiosidad*, *Humor*, *Vitalidad* y *Perspectiva* (Ver Tabla 28).

Tabla 28.

Medias obtenidas en las fortalezas de carácter.

Fortaleza	Media
Persistencia	3.717
Gratitud	3.717
Esperanza	3.633
Imparcialidad	3.517
Apreciación	3.35

Fortaleza	Media
Integridad	3.283
Espiritualidad	3.283
Bondad	3.25
Liderazgo	3.233
Autocontrol	3.233
Humildad	3.217
Ciudadanía	3.183
Clemencia	3.167
Inteligencia social	3.1
Valentía	3.083
Prudencia	3.067
Amor	3.05
Aprendizaje	3.017
Creatividad	2.983
Apertura mental	2.95
Curiosidad	2.817
Humor	2.8

Fortaleza	Media
Vitalidad	2.75
Perspectiva	2.7

Prueba de asociación entre variables Rho de Spearman

Para determinar la asociación entre variables se utilizó la prueba estadística de Spearman. Primero se determinó la asociación entre los niveles de depresión y las subescalas del STAXI-ML en mujeres violentadas. Se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa entre la expresión interna del enojo y los niveles de depresión; esto indica que a mayor nivel de depresión, mayor la supresión del enojo, aislamiento y sentimiento de rencor. Asimismo se encontró una relación negativa, pero no estadísticamente significativa, entre control interno de la ira y los niveles de depresión. El resto de subescalas mantienen una relación positiva, sin embargo no son estadísticamente significativas como se puede observar en la tabla 29.

Tabla 29.

Correlaciones entre depresión y las subescalas del STAXI-ML.

Subescalas	Enojo- Estado	Enojo- Rasgo	Control Interno	Control Externo	Expresión Externa	Expresión Interna
Coeficiente de correlación	.559	.698	-.177	.029	.486	.829*
Sig. (bilateral)	.249	.123	.738	.957	.329	.042

* La correlación es significativa en el nivel 0.05

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas al evaluar la asociación de depresión y virtudes del carácter, como se muestra en la tabla 30.

Tabla 30.

Correlaciones entre depresión y las Virtudes de carácter

Virtud	Virtud coraje	Virtud humanidad	Virtud justicia	Virtud sabiduría	Virtud templanza	Virtud trascendencia
Coefficiente de correlación	-.029	-.086	-.435	-.143	.200	.000
Sig. Bilateral	.957	.872	.389	.787	.704	1000

Al hacer en análisis de relación se encontró que 19 de las 24 fortalezas reportaron una relación negativa con los niveles de depresión, sin embargo estos resultados no arrojan datos estadísticamente significativos (Ver Tabla 31).

Tabla 31.

Correlaciones entre depresión y las Fortalezas de carácter

Fortaleza de Carácter	Coefficiente de correlación	Sig. (Bilateral)
Curiosidad	-.429	.397
Aprendizaje	.486	.329
Apertura Mental	-.145	.784
Creatividad	.086	.872
Inteligencia Social	-.232	.658
Perspectiva	-.058	.913

Fortaleza de Carácter	Coefficiente de correlación	Sig. (Bilateral)
Valentía	-.086	.872
Persistencia	.247	.673
Integridad	-.213	.686
Bondad	.232	.658
Amor	-.143	.787
Ciudadanía	-.029	.957
Imparcialidad	-.486	.329
Liderazgo	-.406	.425
Autocontrol	-.029	.957
Prudencia	-.377	.461
Apreciación	.058	.913
Gratitud	-.261	.618
Esperanza	-.638	.173
Espiritualidad	-.116	.827
Humor	-.145	.784
Humildad	.609	.200
Vitalidad	-.116	.827
Clemencia	.029	.957

Respecto a la variable de resiliencia y su asociación con la variable de depresión se puede encontrar que existe una relación negativa y estadísticamente significativa a 0.01, esta relación indica que a mayor presencia de resiliencia, menor niveles de depresión (Ver Tabla 32).

Tabla 32.

Correlaciones entre depresión y resiliencia.

Niveles de Resiliencia	
Coefficiente de correlación	-.943**
Sig. (bilateral)	.005

**** La correlación es significativa en el nivel 0.01.**

Al hacer la asociación de Spearman entre el Inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI) y el cuestionario de Fortalezas de Carácter se encontró que las relaciones entre virtudes y subescalas del inventario marcan relaciones positivas y negativas, sin embargo no se presentan datos estadísticamente significativos (Ver Tabla 33).

Tabla 33.

Correlaciones entre Expresión de la Ira y Virtudes de fortaleza.

Subescalas STAXI-ML		Virtud coraje	Virtud Humanidad	Virtud justicia	Virtud Sabiduría	Virtud templanza	Virtud trascendencia
Enojo – Estado	Coefficiente de correlación	.235	.412	-.313	.677	.647	.000
	Sig. (Bilateral)	.653	.417	.545	.140	.165	1000

Subescalas STAXI-ML		Virtud coraje	Virtud Humanidad	Virtud justicia	Virtud Sabiduría	Virtud templanza	Virtud trascendencia
Enojo-Rasgo	Coeficiente de correlación	.213	.334	-.339	.395	.698	-.062
	Sig. (Bilateral)	.686	.518	.511	.439	.123	.908
Control interno	Coeficiente de correlación	-.794	-.618	-.627	.000	-.441	-.761
	Sig. (Bilateral)	.059	.191	.183	1000	.381	.079
Control - Externo	Coeficiente de correlación	-.771	-.429	-.725	-.029	-.657	-.638
	Sig. (Bilateral)	.072	.397	.103	.957	.156	.173
Expresión externa	Coeficiente de correlación	.086	.086	-.319	.543	.657	-.145
	Sig. (Bilateral)	.872	.872	.538	.266	.156	.784
Expresión interna	Coeficiente de correlación	.029	.086	-.464	.371	.371	.029
	Sig. (Bilateral)	.957	.872	.354	.468	.468	.957

Respecto a las relaciones entre las subescalas del inventario STAXI-ML y las fortalezas de carácter del cuestionario se encontró que la virtud de aprendizaje se

relaciona de manera positiva y estadísticamente significativamente con las escalas de enojo-estado, enojo-rasgo y expresión externa; esto nos indica que a mayor tendencia al aprendizaje mayor intensidad y deseos de expresar el enojo al momento de la evaluación; mayor disposición al enojo o vulnerabilidad para reaccionar y finalmente mayor tendencia a mostrar el enojo hacia otras personas respectivamente (Ver Tabla 34).

La segunda fortaleza de carácter que presenta correlación estadísticamente significativa fue la de integridad, se relacionó de manera negativa al 0.05 con la escala de control interno y al 0.01 con la escala de control externo. En esta primera relación se identifica que a mayor integridad, menores intentos para calmarse o relajarse para disminuir el enojo, y la segunda relación nos dice que a mayor integridad, menores intentos de dominar y controlar la conducta cuando se está enojado (Ver Tabla 34).

La fortaleza de Liderazgo también se relaciona de manera estadísticamente significativamente con la escala de control externo, la relación es negativa, lo cual nos indica que a mayor liderazgo menores intentos de dominar y controlar la conducta cuando se está enojado (Ver Tabla 34).

Finalmente la última fortaleza que se relacionó de manera estadísticamente significativa fue la de autocontrol, la relación fue positiva con la escala de expresión externa, lo que indica que a mayor virtud de autocontrol, mayor tendencia a mostrar el enojo hacia otras personas (Ver Tabla 34).

Tabla 34.

Correlaciones entre el inventario de la Expresión de la Ira y el Cuestionario de fortalezas de carácter.

Fortalezas de carácter		Enojo- Estado	Enojo- Rasgo	Control interno	Control Externo	Expresión externa	Expresión interna
Curiosidad	Coefficiente de correlación	.471	.273	.441	.143	.543	.086
	Sig. (Bilateral)	.346	.600	.381	.787	.266	.872
Aprendizaje	Coefficiente de correlación	.883*	.820*	-.088	-.200	.886*	.771
	Sig. (Bilateral)	.020	.046	.868	.704	.019	.072
Apertura Mental	Coefficiente de correlación	.522	.246	-.313	-.203	.290	.261
	Sig. (Bilateral)	..288	.638	.545	.700	.577	.618
Creatividad	Coefficiente de correlación	.736	.577	-.265	-0.86	.429	.429
	Sig. (Bilateral)	.096	.231	.612	.872	.397	.397
Inteligencia Social	Coefficiente de correlación	.313	.246	-.582	-.464	.029	-.058
	Sig. (Bilateral)	.545	.638	.225	.354	.957	.913

Fortalezas de carácter		Enojo- Estado	Enojo- Rasgo	Control interno	Control Externo	Expresión externa	Expresión interna
Perspectiva	Coeficiente de correlación	.493	.277	-.493	-.203	.116	.232
	Sig. (Bilateral)	.321	.595	.321	.700	.827	.658
Valentía	Coeficiente de correlación	.441	.334	-.618	-.600	.257	.143
	Sig. (Bilateral)	.381	.518	.191	.208	.623	.787
Persistencia	Coeficiente de correlación	.127	.066	-.620	.494	.031	.216
	Sig. (Bilateral)	.810	.902	.189	.320	.954	.681
Integridad	Coeficiente de correlación	-.094	.032	-.844*	-.941**	-.152	-.334
	Sig. (Bilateral)	.860	.952	.035	.005	.774	.518
Bondad	Coeficiente de correlación	.194	.277	-.716	-.348	-.174	.087
	Sig. (Bilateral)	.713	.595	.109	.499	.742	.870
Amor	Coeficiente de correlación	.324	.213	-.706	-.543	.029	.029

Fortalezas de carácter		Enojo- Estado	Enojo- Rasgo	Control interno	Control Externo	Expresión externa	Expresión interna
	Sig. (Bilateral)	.531	.686	.117	.266	.957	.957
Ciudadanía	Coefficiente de correlación	.235	.213	-.794	-.771	.086	.029
	Sig. (Bilateral)	.653	.686	.059	.072	.872	.957
Imparcialidad	Coefficiente de correlación	-.530	-.516	-.088	-.429	-.257	-.543
	Sig. (Bilateral)	.280	.295	.868	.397	.623	.266
Liderazgo	Coefficiente de correlación	--.119	-.123	-.672	-.812*	-.145	-.377
	Sig. (Bilateral)	.822	.816	.144	.050	.784	.461
Autocontrol	Coefficiente de correlación	.588	.516	.618	.200	.829*	.371
	Sig. (Bilateral)	.219	.295	.191	.704	.042	.468
Prudencia	Coefficiente de correlación	.403	.308	-.224	-.493	.406	-.029
	Sig. (Bilateral)	.428	.553	.670	.321	.425	.957

Fortalezas de carácter		Enojo- Estado	Enojo- Rasgo	Control interno	Control Externo	Expresión externa	Expresión interna
Apreciación	Coeficiente de correlación	-.119	.308	-.045	-.580	.493	.029
	Sig. (Bilateral)	.822	.553	.933	.228	.321	.957
Gratitud	Coeficiente de correlación	.328	.339	.289	-.290	.638	.029
	Sig. (Bilateral)	.525	.511	.607	.577	.173	.957
Esperanza	Coeficiente de correlación	-.478	-.647	.000	-.174	-.348	-.522
	Sig. (Bilateral)	.338	.165	1000	.742	.499	.288
Espiritualidad	Coeficiente de correlación	-.209	-.339	-.716	-.406	-.464	-.174
	Sig. (Bilateral)	.691	.511	.109	.425	.354	.742
Humildad	Coeficiente de correlación	.328	.524	-.224	-.464	.551	.464
	Sig. (Bilateral)	.525	.286	.670	.354	.257	.354
Humor	Coeficiente de correlación	.493	.246	-.313	-.029	.116	.203

Fortalezas de carácter		Enojo- Estado	Enojo- Rasgo	Control interno	Control Externo	Expresión externa	Expresión interna
	Sig. (Bilateral)	.321	.638	.545	.957	.827	.700
Vitalidad	Coefficiente de correlación	.388	.277	-.672	-.580	.145	.087
	Sig. (Bilateral)	.447	.595	.144	.228	.784	.870
Clemencia	Coefficiente de correlación	.235	.213	-.794	-.77	.086	.029
	Sig. (Bilateral)	.653	.686	.059	.072	.872	.957

* La correlación es significativa en el 0.05

** La correlación es significativa en el nivel 0.01.

También se analizó la relación entre la expresión de la Ira y la resiliencia se encontró que cinco de seis subescalas mostraron relación negativa, sin embargo ninguna fue estadísticamente significativa (Ver Tabla 35).

Tabla 35.

Correlaciones de las subescalas del inventario de expresión del enojo y los niveles de resiliencia.

Subescalas	Enojo- Estado	Enojo- Rasgo	Control Interno	Control externo	Expresión externa	Expresión interna
Correlación	-.441	-.557	.265	-.086	-.257	-.714
Resiliencia						
Sig. (bilateral)	.381	.231	.612	.872	.623	.111

Al volver a analizar la relación, pero ahora tomando las subescalas del inventario de resiliencia se encontró que no había relación estadísticamente significativa entre las subescalas del instrumento de resiliencia y las escalas de expresión del enojo (Ver Tabla 36).

Tabla 36.

Correlaciones por subescalas del inventario de expresión del enojo y subescalas de resiliencia.

		Enojo- Estado	Enojo- Rasgo	Control interno	Control externo	Expresión externa	Expresión interna
Fortaleza y confianza en sí mismo	Correlación	-.375	-.548	.000	-.213	-.334	-.698
	Sig. (bilateral)	.464	.260	1000	.686	.518	.123
Competencia social	Correlación	-.508	-.647	.224	-.058	-.377	-.783
	Sig. (bilateral)	.304	.165	.670	.913	.461	.086
Apoyo familiar	Correlación	-.403	-.647	.403	.319	-.406	-.638
	Sig. (bilateral)	.428	.165	.428	.538	.425	.173
Apoyo social	Correlación	-.250	-.484	.563	.334	-.152	-.516
	Sig. (bilateral)	.633	.331	.245	.518	.774	.295
Estructura	Correlación	-.121	-.375	.455	.147	.029	-.383

	Enojo- Estado	Enojo- Rasgo	Control interno	Control externo	Expresión externa	Expresión interna
Sig. (bilateral)	.819	.464	.365	.781	.956	.454

Finalmente se analizó la relación entre el cuestionario de Fortalezas de Carácter y el de Resiliencia donde no se encontraron relaciones estadísticamente significativas (Ver Tabla 37).

Tabla 37.

Correlaciones entre virtudes de carácter y resiliencia.

	Virtud Coraje	Virtud Humanidad	Virtud justicia	Virtud Sabiduría	Virtud templanza	Virtud trascendencia	
Resiliencia	Correlación	.086	-.029	.493	.257	-.029	.058
	Sig. (bilateral)	.872	.957	.321	.623	.957	.913

Después se analizaron las virtudes del cuestionario de fortalezas con las escalas de resiliencia y se encontró que no hay relación estadísticamente significativa (Ver Tabla 38).

Tabla 38.

Correlaciones entre fortalezas de carácter y subescalas de resiliencia.

	Fortaleza y confianza en sí mismo	Competencia social	Apoyo familiar	Apoyo social	Estructura	
Curiosidad	Correlación	.516	.493	.522	.698	.736
	Sig. (bilateral)	.295	.321	.288	.123	.096

		Fortaleza y confianza en sí mismo	Competencia social	Apoyo familiar	Apoyo social	Estructura
Aprendizaje	Correlación	-.213	-.377	-.464	-.273	.029
	Sig. (bilateral)	.686	.461	.354	.600	.956
Apertura Mental	Correlación	.431	.176	.176	.185	.403
	Sig. (bilateral)	.393	.738	.738	.726	.428
Creatividad	Correlación	.091	-.116	.029	.030	.029
	Sig. (bilateral)	.864	.827	.957	.954	.956
Inteligencia social	Correlación	.400	.176	.176	.092	.075
	Sig. (bilateral)	.431	.738	.738	.862	.888
Perspectiva	Correlación	.277	.015	.118	.031	.090
	Sig. (bilateral)	.595	.978	.824	.954	.866
Valentía	Correlación	.395	.116	-.029	-.030	.206
	Sig. (bilateral)	.439	.827	.957	.954	.695
Persistencia	Correlación	.033	-.188	-.391	-.426	-.064
	Sig. (bilateral)	.951	.722	.443	.399	.905
Integridad	Correlación	.419	.216	-.092	-.161	.000

		Fortaleza y confianza en sí mismo	Competencia social	Apoyo familiar	Apoyo social	Estructura
	Sig. (bilateral)	.408	.682	.862	.760	1000
Bondad	Correlación	-.185	-.353	-.250	-.431	-.582
	Sig. (bilateral)	.726	.493	.633	.393	.225
Amor	Correlación	.395	.116	.058	-.030	.088
	Sig. (bilateral)	.439	.827	.913	.954	.868
Ciudadanía	Correlación	.334	.058	-.174	-.213	.059
	Sig. (bilateral)	.518	.913	.742	.686	.912
Imparcialidad	Correlación	.577	.580	.232	.273	.530
	Sig. (bilateral)	.231	.228	.658	.600	.280
Liderazgo	Correlación	.647	.441	.132	.092	.328
	Sig. (bilateral)	.165	.381	.803	.862	.525
Autocontrol	Correlación	.091	.145	.116	.395	.500
	Sig. (bilateral)	.864	.784	.827	.439	.312
Prudencia	Correlación	.616	.441	.265	.370	.552

		Fortaleza y confianza en sí mismo	Competencia social	Apoyo familiar	Apoyo social	Estructura
	Sig. (bilateral)	.193	.381	.612	.471	.256
Apreciación	Correlación	.092	.088	-.309	-.092	.209
	Sig. (bilateral)	.862	.868	.551	.862	.691
Gratitud	Correlación	.400	.397	.147	.400	.612
	Sig. (bilateral)	.431	.436	.781	.431	.197
Esperanza	Correlación	.739	.706	.500	.493	.716
	Sig. (bilateral)	.093	.117	.312	.321	.109
Espiritualidad	Correlación	.308	.088	.000	-.185	.000
	Sig. (bilateral)	.553	.868	1000	.726	1000
Humildad	Correlación	-.431	-.485	-.779	-.616	-.284
	Sig. (bilateral)	.393	.329	.068	.193	.586
Humor	Correlación	.308	.088	.265	.185	..164
	Sig. (bilateral)	.553	.868	.612	.726	.756
Vitalidad	Correlación	.400	.118	.015	-.031	.149

		Fortaleza y confianza en sí mismo	Competencia social	Apoyo familiar	Apoyo social	Estructura
	Sig. (bilateral)	.431	.824	.978	.954	.778
	Correlación	.334	.058	-.174	-.213	.059
Clemencia	Sig. (bilateral)	.518	.913	.742	.686	.912

Discusión y conclusión

El objetivo del presente estudio fue el de describir las características socioemocionales en mujeres violentadas albergadas en un refugio Hidalguense, así como conocer si existe relación estadísticamente significativa entre depresión, ira, resiliencia y uso de fortalezas de carácter en dicha población.

Se encontró que la muestra de mujeres violentadas que participó en el estudio presenta baja escolaridad, el 83.3% de la muestra tiene una escolaridad de primaria y el 16.7% de secundaria, por lo que es importante destacar que se considera un factor de riesgo alto para que las mujeres sufran violencia. Por ejemplo, un estudio realizado por el Centro de Justicia para la Mujer (2014) de Torreón, México, donde el cincuenta por ciento de los casos recibidos en ese momento tenían una escolaridad de primaria o secundaria. Así mismo en un estudio realizado por Díaz, Arrieta y González (2015) se encontró en una población de 220 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que la mayoría tenía un bajo nivel escolar. Otro estudio en el que se refleja la baja escolaridad como factor de riesgo en mujeres violentadas es el estudio de Darcout (2017) donde en una muestra de 122 mujeres el 39.4% tenía una escolaridad de secundaria y el 30.76% escolaridad de primaria. Este tipo de estudios también mencionan la dependencia económica que viven las mujeres a raíz de la carencia en conocimientos y falta de oportunidades para ejercer una carrera laboral o un oficio.

Por otra parte, las personas que en etapas más tempranas de su vida se ven inmersas en un estilo de vida de violencia, tienen mayor probabilidad de mantenerse en ese círculo dañino para sí y su familia. Al respecto, los resultados de este estudio mostraron que un tercio de la muestra experimentó una infancia desagradable y el total de la muestra reportó una adolescencia problemática o desagradable. Esto se relaciona con lo reportado por Patró y Limiñana (2005) que mencionan que infantes expuestos a violencia familiar generan conductas agresivas, antisociales y conductas de inhibición y miedo. Lo que es importante ya que los resultados de

este estudio indican que la mayoría de estas mujeres, son madres de al menos dos hijos, esto supone distintas condiciones críticas de atención para las instituciones públicas. Una de ellas es que las mujeres bajo condiciones de violencia se les fuerza en muchas ocasiones a mantener relaciones sexuales mediante amenazas, chantajes o bien, golpes, esto supone para ellas que no tenga opción más que acceder, sin embargo estas relaciones son llevadas a cabo bajo condiciones de riesgo, como es no usar protección, esto hace que la mujer esté constantemente en probabilidad de embarazo, pero al ser víctima de violencia puede sufrir importantes condiciones de riesgo como abortos involuntarios, contraer enfermedades de carácter sexual como puede ser el VIH y otras enfermedades (OMS, 2013).

Otra condición que se considera relevante, es que las mujeres que salen del núcleo de violencia, no siempre tienen un lugar adecuado a donde ir y los espacios públicos destinados a refugiar y salvaguardar la integridad de estas mujeres podrían no darse abasto para procurar de estas personas ya que como se mencionó antes, estas personas tiene un promedio de dos hijos. En un estudio realizado García y Matud (2015) que comparaban mujeres españolas y mexicanas víctimas de violencia en la pareja se encontró que el número de hijos no era una variable sociodemográfica relacionada con la violencia vivida en mujeres mexicanas pero sí en mujeres españolas.

Siguiendo con los resultados encontrados, se reconoce lo que la literatura ya aborda ampliamente, observamos a mujeres con intensos sentimientos de tristeza, intranquilidad y culpa. La exposición prolongada a violencia física y psicológica, donde las críticas, burlas, humillaciones y golpes son constantes, lo cual promueve la aparición de la desesperanza aprendida, la cual refiere a que la mujer se ve incapaz de modificar su situación actual y por lo tanto, siempre piensa que nada de lo que haga cambiará su situación por lo que permanecerá así.

Con respecto al tipo de violencia experimentada por las participantes se encontró que la violencia física fue la que más experimentaron, esto es diferente a lo que marca la literatura y algunos estudios como el de Fernández-González,

Calvete y Orue (2017), Ruiz, López, Hernández, Castañeda y Águila (2015) donde el principal tipo de violencia reportado fue el psicológico.

En general, se sabe que la experiencia de ser violentadas provoca en las personas desesperanza la cual se acompaña de emociones intensas como es la intranquilidad o ansiedad; estas mujeres viven con un miedo constante de ser agredidas, se mantienen estresadas y a la expectativa de qué acciones podrían traer consigo agresiones hacia ellas, lo cual, en algunos casos podría permitir que desarrolle un trauma por la violencia vivida, como podría ser el TEPT, ocasionando que la salud de la mujer se vea en riesgo, el cuerpo se mantiene constantemente en percepción de peligro, las funciones básicas de estrés están activadas de manera prolongada, lo cual ocasiona que el cuerpo se vaya debilitando y ocasiona que enferme de manera constante lo cual va incapacitando de a poco a la mujer, volviéndola más vulnerable. A pesar de que en el presente estudio no se abordó sintomatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT), es importante considerar que las experiencias de violencia son factores de riesgo para su desarrollo, existiendo elevada prevalencia de este trastorno en mujeres con situación de violencia, por ejemplo, en un estudio realizado por Aguirre et al. (2010) en su muestra conformada por 42 mujeres, se encontró que el 66.7% presentaba sintomatología de estrés postraumático, un 40.5% lo tenía diagnosticado y un 26% reunía los criterios para un sub-síndrome del trastorno.

Otro factor relevante, es la percepción de las mujeres sobre su vida, ya que en algunos casos se sienten culpables y merecedoras de lo que están pasando, lo cual alimenta emociones negativas como la tristeza. Los pensamientos de haberse equivocado al escoger a la pareja, permitir que siga haciendo lo mismo y la desilusión al confiar en que cambiará y que esto no ocurrió, son generadores de vergüenza y culpa. La intensidad de estas emociones se ven reflejada en malestares físicos que ellas mismas mencionan como: fatiga, dolor de estómago y cabeza (Rodríguez, 2015).

Por su parte, con la evaluación psicométrica se encontró que la mayoría de las mujeres cursan con depresión moderada, lo cual ya es clínicamente significativo pues los síntomas están presentes en su vida cotidiana y en algunos casos se identifica la presencia de pensamiento suicida. Esto se relaciona con los estudios de Echeburúa (2001, citado en Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil, & Campos, 2014) con 212 mujeres y la investigación de Avdibegovic, Brkic y Sinanovic (2017) con 111 mujeres víctimas de violencia donde se encontró que el perfil emocional se caracterizaba por un intenso estado depresivo, con presencia de sentimientos de abandono y desesperanza así como conductas de aislamiento.

Al analizar los resultados relacionados con enojo, la muestra reportó estar por encima de la media teórica en la escala de enojo-rasgo; lo cual nos indica que al momento de realizar la prueba las participantes presentaban sentimientos de ira, con una intensidad considerable y deseos de expresar la emoción. Además refiere que estas mujeres tienden a enojarse ante ciertas circunstancias mas no como una característica de su personalidad, sin embargo al tener un puntaje superior a la media en expresión del enojo e inferior a la media en control interno, refiere a una persona, que cuando se presenta una circunstancia que provoca enojo la expresión de esta emoción puede llegar a ser desmedida.

El vivir durante tanto tiempo sin posibilidad de réplica ocasiona que el enojo se concentre y explote con aquellos que puedan percibirse sin capacidad de respuesta o inferiores a ellas. Esto se relaciona con lo encontrado por el estudio de Avdibegovic et al. (2017) realizado con 169 mujeres, donde 111 mujeres presentaban condición de violencia e intensas emociones negativas como agresión y destrucción.

Por otra parte, la descripción de las variables habla de que su estancia en el refugio ha logrado reducir el impacto de las experiencias adversas que han vivido estas mujeres, lo que las ubica con resiliencia de moderada a alta, donde factores como apoyo social y estructura fueron los más relevantes. Los niveles de resiliencia

coinciden con los obtenidos por Canaval, González, y Sánchez (2007) en una muestra de mujeres violentadas por su pareja, donde el promedio que se obtuvo fue de una puntuación alta en resiliencia. Asimismo con el estudio realizado por Estrada y Tobo (2011) con 236 mujeres con condición de maltrato de pareja, se halló que el 97% de la población presentó resiliencia alta.

Se entiende que el apoyo que ha brindado el refugio, así como las forma de organizar sus actividades ha generado seguridad a estas mujeres. De igual forma se encontró que los factores de fortaleza y confianza en sí mismo y apoyo familiar son los más bajos. Cordero y Teyes (2016) realizaron un estudio de resiliencia en mujeres con condición de violencia, se encontró que lo pilares de la construcción de resiliencia de mujeres con esta condición se basaba mayormente en el apoyo social sobre el familiar, según lo reportado por las participantes. Esto puede deberse a que la integridad de estas mujeres ha sido ultrajada dejando a una persona con poca o nula individualidad y seguridad en sí misma, esto se acompaña de una ruptura de los ideales de familia que probablemente alimenta los sentimientos de tristeza y culpa. En el estudio realizado por García y Matud (2015) donde comparaban mujeres españolas y mexicanas que habían sufrido violencia por parte de la pareja, se encontraba disminuidas en sus relaciones interpersonales en ambos grupos.

Valdrá la pena continuar con estudios que permitan identificar el papel específico que juega la resiliencia, ya sea como característica que se desarrolla posterior a los eventos de violencia y que les permite reponerse o como factor de vulnerabilidad que está presente desde el inicio de las agresiones y que las hace más tolerantes ante el maltrato.

Al determinar qué virtudes son las que más utilizan las participantes se halló que las que más sobresalen son las de coraje, justicia y templanza. Este resultado contrasta con el encontrado por Zavarce (2013) donde se encontró que en una población adulta general, sin presencia de condición de violencia las virtudes mayormente presentadas eran las de justicia, trascendencia y humanidad. La

diferencia entre los estudios se vincula con los factores culturales, circunstancias y experiencias de vida, por lo cual cada población presentará características propias de acuerdo a su contexto, considerando la presencia de violencia la principal diferencia entre ambas poblaciones.

De acuerdo con la literatura, dos de las tres virtudes encontradas en esta población están relacionadas con la motivación y voluntad para seguir desarrollándose individualmente, personas que manifiestan las virtudes de coraje, templanza y trascendencia, muestran esfuerzo por conseguir sus objetivos y metas, desarrollan herramientas para la regulación de emociones que pudieran afectar a ellas mismas o a otros, de esta manera se crean lazos interpersonales más estrechos y permanentes. Se sugiere entonces, que las participantes manifiestan un sentido de vida consciente, el cual fomenta satisfacción con el presente y entusiasmo u optimismo por el futuro (Garassini, 2018). De ser aprovechadas y fomentadas estas fortalezas se vislumbra un buen panorama para el trabajo clínico y social con esta población, favoreciendo el uso de sus recursos no sólo como factor de protección sino como eje de reconstrucción personal.

Se halló que las fortalezas más usadas fueron la de *persistencia*; la cual refiere a la capacidad que se tiene para terminar lo que uno empieza, continuar en una actividad aunque existan obstáculos y obtener satisfacción por las tareas emprendidas y que consiguen finalizarse con éxito. Es necesario reflexionar sobre este hallazgo y continuar los estudios sobre su uso en mujeres víctimas de violencia, ya que aunque desde el marco teórico de referencia y en la sociedad en general se considera como una característica positiva, podría tener otras implicaciones en mujeres que crecen bajo métodos de crianza y roles de género tradicionales, incrementando la incapacidad de alejarse de la pareja agresora. Por lo tanto sería enriquecedor conocer el papel específico de esta fortaleza, su uso y momento de desarrollo para asegurar que participa como una variable protectora y no como un factor que aumenta la vulnerabilidad en estas mujeres.

La segunda fortaleza más utilizada fue la de *gratitud*, la cual refiere a ser consciente y agradecer las cosas buenas que a uno le pasan a lo largo de la vida. Una virtud que probablemente se ha ido desarrollando o incrementando a partir de llegar al refugio, por la atención y apoyo que se les ha dado. Esta virtud tiene un papel importante en el mantenimiento de la salud mental, ya que cuando una persona mira al pasado con frustración o enojo es probable que se aumente el riesgo a presentar sintomatología depresiva, cuando se mira al futuro con incertidumbre se alimenta la ansiedad al igual que el estrés durante el presente, sin embargo la gratitud se relaciona con cogniciones positivas sobre las experiencias pasadas, presentes y futuras, potencializando los recursos psicológicos de las personas que las presentan e incluso ayudando a la disminución de la sintomatología depresiva (Emmons & McCullough, 2003; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005).

La tercera fortaleza es *esperanza* la cual refiere a esperar lo mejor para el futuro y trabajar para conseguirlo. Creer que un buen futuro es algo que está en nuestras manos y es posible conseguir. Si bien se mencionó anteriormente que estas mujeres presentan desesperanza aprendida, es importante mencionar que esta es situacional y no necesariamente abarca todas las esferas en la vida de una persona, por lo que se puede encontrar dificultades en un área y oportunidades en otra. También es probable que el estar en el refugio les brindó la capacidad de visualizar otras alternativas a su situación y por lo tanto confiar en que pueden alcanzar mejores resultados, solucionar sus dificultades y por lo tanto confiar en un mejor futuro (Rand & Cheavens. 2009)

La cuarta fortaleza utilizada con más frecuencia fue *imparcialidad* la cual refiere a tratar a todas las personas como iguales en consonancia con las nociones de equidad y justicia. No dejar que los sentimientos personales influyan en decisiones sobre los otros, dando a todo el mundo las mismas oportunidades. Esta fortaleza resulta necesaria para ser objetivos al resolver una dificultad e incluso para disminuir sentimientos de culpa en los que se autoinflige la responsabilidad por los

resultados de una circunstancia cuyos resultados en realidad no dependen sólo de una persona (Niemiec, 2019)..

Finalmente la quinta fortaleza fue la de *apreciación* la cual refiere al saber apreciar la belleza de las cosas, del día a día, o interesarse por aspectos de la vida como la naturaleza, el arte, la ciencia, etc (Corral, 2012).

Las fortalezas antes descritas son parcialmente similares a las encontradas por Ruvalcaba, Gallegos y Morales (2016) en una población mexicana de 608 personas, en ese estudio las principales fortalezas descritas fueron integridad, bondad, gratitud, perspectiva e imparcialidad.

En las fortalezas más bajas sólo coincide en una fortaleza con las reportadas por Ruvalcaba et al. (2016) las cuales fueron; *auto-regulación, amor por el aprendizaje, modestia, ciudadanía y humor*. En este estudio las cinco fortalezas menos utilizadas fueron: *Apertura mental, Curiosidad, Humor, Vitalidad y Perspectiva*. Se considera prudente mencionar que la importancia en estas puntuaciones bajas ya que, habitualmente, estas características favorecen la intervención psicológica; pues facilitan el poder interesarse en su problema, entenderlo y generar cambios cognitivos para posteriormente reflejarlos en su conducta, este proceso necesita llevarse a cabo con interés o motivación para lograrlo de manera efectiva. Dicho esto, es necesario remarcar que aquellos interesados en realizar intervenciones con este tipo de población, deberán buscar y ser ingeniosos para encontrar alternativas en caso de que las participantes se muestren muy resistentes al cambio o a llevar a cabo las actividades.

Respecto a las asociaciones entre depresión y expresión del enojo, sólo se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa con la escala de expresión interna de enojo, correlación negativa con la escala del control interno. La primera correlación positiva (depresión-expresión interna) refiere que a mayor depresión, mayor expresión interna, lo que se traduce en mayor supresión de su

enojo, alejándose de los demás y guardando rencor, así como un incremento en emociones negativas. Se piensa entonces que, la persona se ve incapaz de generar un cambio en su ambiente, sin expresar su malestar iracundo, alejándose de los demás, lo cual al retomar el modelo cognitivo de Beck implica que la sintomatología depresiva aumente. La segunda relación fue negativa (depresión-control interno) por lo que a mayor depresión menores intentos por calmarse o relajarse para disminuir el enojo.

De manera general se entiende que esta muestra, al momento de enojarse, guarda el malestar y lo experimenta por un periodo largo, sin intenciones de calmarse o expresarlo. Los hallazgos se relacionan con lo encontrado por Stimmel, Rayburg, Waring y Raffeld (2005) los cuales mencionan que el enojo internalizado es un fuerte predictor para la presencia de psicopatologías como la depresión; asimismo en el meta-análisis realizado por Thomas, Sorensen, Zhang y Yim (2019) refieren la relación entre estados de ira y sintomatología depresiva, mencionando los trabajos de Barsky, Thoresen, Warren y Kaplan (2004) y Raynor, et al. (2002). Los resultados obtenidos muestran que no todas las subescalas presentan correlaciones estadísticamente significativa, esto puede estar más relacionado con el tamaño de la muestra y no con la ausencia de relación entre las variables.

Por otra parte, las relaciones entre fortalezas de carácter y depresión no muestran datos estadísticamente significativos lo cual nos hace aceptar la hipótesis nula. Aún no se realizan estudios que describan la relación entre depresión y fortalezas de carácter en esta población, aunque sí hay algunos estudios que mencionan factores asociados o intervenciones en donde se aumentan las fortalezas de carácter con el objetivo de disminuir síntomas de depresión. Por ejemplo, el trabajo realizado por Seligman, Steen, Park y Peterson (2005) en el cual se comprobó la eficacia de una intervención de uso de fortalezas para reducir la sintomatología depresiva. Otro estudio fue el de Wood, Linley, Maltby, Hashdan y Hurling (2011) donde el uso de fortalezas de carácter se relaciona con una mayor autoestima y viabilidad. Así también se señala el estudio realizado por Güsewell y

Ruch (2012) en el cual se encontró que el uso de fortalezas se relaciona con mayor presencia de emociones positivas como puede ser la alegría y satisfacción. Finalmente Acosta (2013) afirma que el desarrollo y uso de fortalezas conduce a una disminución con los síntomas depresivos; esto se ve reflejado en el meta análisis realizado por Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit y Bohlmeijer (2013). Lo que puede relacionarse con que las fortalezas de carácter no se vinculan de forma directa con la sintomatología depresiva, sin embargo su uso puede generar activación conductual y el uso de otros recursos personales que ayudan a las personas en el proceso de disminuir el malestar emocional.

La segunda variable positiva estudiada arroja puntajes estadísticamente significativos, donde la relación fue negativa entre depresión y resiliencia, esto quiere decir que a mayor resiliencia menor depresión, por lo tanto se acepta la hipótesis estadística. Esto es similar a lo encontrado por Andreu (2017) en el cual 119 mujeres con condición de violencia fueron evaluadas y se halló que aquellas que presentaban niveles clínicamente significativos en depresión mostraban menos resiliencia.

No se encontraron datos estadísticamente significativos entre virtudes de carácter y expresión del enojo, sin embargo sí se hallaron resultados significativos entre algunas fortalezas de carácter y algunas escalas del inventario de expresión del enojo. Se encontró relación estadísticamente significativa y de relación positiva entre la fortaleza de aprendizaje y enojo estado, esto quiere decir que a mayor dominio de nuevas materias, conocimientos y aprendizajes mayor enojo circunstancial. Este resultado se puede justificar si se le observa como un cambio provocado por la estancia en el refugio, donde ahora han ido comprendiendo su situación, y esto ocasiona que probablemente la tristeza se acompañe de enojo, como consecuencia a la adaptación de esta nueva visión y por lo tanto una transición emocional.

La segunda fortaleza que se relaciona de manera estadísticamente significativa y de forma negativa fue integridad y control interno y externo del enojo. La fortaleza de integridad se refiere a la postura de ir siempre con la verdad por delante, no ser pretencioso y asumir la responsabilidad de los propios sentimientos y acciones emprendidas, esta fortaleza podría estar siendo enfocada de tal manera que intensifique los sentimientos de enojo de tal manera que sea poco el control de los mismos. Asimismo la fortaleza de liderazgo correlacionó de manera negativa y estadísticamente significativa con el control externo, que a mayor control externo del enojo menor capacidad para relacionarse en grupo, en relación con la planificación y control del mismo. En este sentido la relación hablaría de que cuando más puede relacionarse y tomar control del grupo esta persona, es cuando menos intenta regular su conducta de enojo ante los demás, se piensa en un dominio de la situación mediante la hostilidad.

Finalmente la última fortaleza que se relaciona de forma positiva y estadísticamente significativa es autocontrol que se asocia con expresión externa. Autocontrol se caracteriza por tener capacidad para regular los propios sentimientos y acciones. Tener disciplina y control sobre los impulsos y emociones, entonces se podría traducir en que a mayor expresión del enojo hacia los demás, mayor autocontrol. Esta relación pareciera tener poco sentido, sin en cambio versando en el contexto que vivieron estas mujeres, por lo que resalta que se tomó control de emociones más sumisas para dar lugar a emociones más intensas que le permitieran enfrentar su situación en algún momento. Estos datos permiten aceptar la hipótesis estadística.

En relación con las asociaciones entre expresión de la ira y resiliencia no se encontraron resultados estadísticamente significativos lo cual hace aceptar la hipótesis nulas, estos datos concuerdan con lo encontrado por Colop (2011) en una muestra de 110 participantes, donde el 31% de la muestra presenta un adecuado manejo emocional, y a su vez el 97% se muestra como resiliente, sin embargo la relación es poca e irregular.

Fortalezas de carácter y resiliencia no se encontraron resultados estadísticamente significativos lo cual hace aceptar la hipótesis nula. Sin embargo en un estudio realizado por Shoshani y Slone (2016) se enfatiza como el uso de fortalezas de carácter se perciben como factores adicionales a la resiliencia, para aquellas personas expuestas a eventos altamente estresadas.

Para concluir es necesario agregar que actualmente se sabe que el refugio donde se hizo la investigación tiene un límite de ocho familias (madre e hijos), a nivel de inversión económica de comida, servicios y pagos a los trabajadores del lugar el costo es alto, pero a nivel del problema de salud que enfrentamos con la violencia, aún existen familias que no son capaces de salir del núcleo de violencia porque carecen de un lugar a donde ir. En el estado de Hidalgo existe solamente un refugio que brinda este tipo de servicio (Toledo & Lachenal, 2015).

Limitaciones

Aunque el proyecto se llevó de buena manera es importante identificar las áreas de oportunidad que permitan mejorar en futuros estudios el proceso de la investigación. Una de las limitaciones se relaciona con el espacio físico que brinda el refugio, ya que pueden mejorar. A pesar de que el refugio se mostró dispuesto a cooperar y dar todas las facilidades al proyecto, sus propias actividades chocaban con la logística del proyecto. Esto ocasionó que la aplicación se tuviera que organizar en una sola exhibición, lo cual hizo necesario considerar un receso para evitar el agotamiento en las participantes, lo que alargó el tiempo de aplicación.

Recomendaciones

A pesar de que este estudio incluyó al 100% de las mujeres del refugio, se recomienda aumentar el tamaño de la muestra incluyendo otros refugios, para obtener un número mayor de datos que permitan otro tipo de análisis estadístico sobre el perfil psicológico y emocional de las mujeres que vivieron condición de violencia.

De igual forma se recomienda replica en distintas entidades del país para determinar qué otras variables socioculturales se ven inmersas como factores de riesgo o protectores.

Para terminar, considerando los resultados obtenidos, se propone la implementación de una intervención psicológica para complementar y enriquecer la atención social que ya reciben en el refugio. Con el objetivo de promover la identificación, comprensión y desarrollo de las emociones, lo cual permita un mejoramiento en la calidad de vida de las participantes a corto y largo plazo.

Se contempla que la intervención sea de 12 sesiones:

- 2 sesiones de evaluación (una inicial y otra final)
- 8 sesiones de tratamiento
- 2 sesiones de seguimiento a los 3 meses y a los 6 meses terminado el tratamiento.

Con un enfoque cognitivo-conductual y contemplando integrar estrategias sustentadas en la psicología positiva, ya que ambas estrategias son basadas en evidencia, lo cual permitirá detectar esquemas de pensamiento irracional y propiciar la reestructuración cognitiva, la regulación de emociones negativas, el incremento de emociones positivas y el desarrollo de habilidades conductuales, así como la posibilidad de generar un estilo de vida basado en fortalezas.

Esta propuesta considera el uso de herramientas científicas que apoyen a las mujeres que vivieron violencia con el objetivo de incrementar su salud mental y mejorar por lo tanto su calidad de vida.

En conclusión, este estudio permitió conocer algunas variables psicológicas relevantes en las mujeres que sufrieron violencia y que actualmente reciben apoyo en un refugio Hidalguense. Los hallazgos abren la puerta a nuevos estudios que

contribuyan al entendimiento del complejo fenómeno de la violencia a las mujeres, su prevención y tratamiento.

Referencias

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 49-79.
- Aguirre, P. D., Cova, S. F., Domarchi, M. P., Garrido, C. C., Mundaca, L. I., Rincón, G. P., ...Vidal, S. P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica . *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 114-122
- Alcázar-Olán, R. J. (2012). *Tipos de Ira en niños*. Recuperado de Repositorio Institucional. Universidad Iberoamericana Puebla: <http://repositorio.iberopuebla.mx>
- Almonte, C. (2015). Características generales de la psicopatología infantil y de la adolescencia. En C. Almonte, & M. Elena, *Psicopatología infantil y de la adolescencia (segunda edición)* (pp. 115-116). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Álvarez, G. M., Sánchez, A. A., & Bojó. (2016). *Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista*. Gipuzkoa: Colegio Oficial de la Psicología Gipuzkoa.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 edition)*. Washington, D. C.; USA.
- American Psychological Association. (2018). *Centro de apoyo. Estrategias para controlar su enojo*. Recuperado de American Psychological Association: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estrategias.aspx>
- American Psychological Association. (2018). *Centro de Apoyo. El camino a la Resiliencia*. Recuperado de American Psychological Association: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- American Psychological Association. (2018). *Psicoterapia y depresión*. Obtenido de APA: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/depresion.aspx>.
- Andreu, Á. M. (2017). *Resiliencia y sintomatología clínica en mujeres víctimas de violencia de género (Tesis doctoral)*. Universidad de Murcia: Murcia.

- Astudillo, C. (2017). Depresión como predictor de discapacidad en adultos mayores. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49, 438-449.
- Avia, D. M., & Vázquez, C. (2013). Formas de apego y mentalidades depresivas. En D. M. Avia, & C. Vázquez, *Optimismo inteligente* (pp. 279-282). Madrid: Alianza.
- Avdibegovic, E., Brkic, M., & Sinanovic, O. (2017). Emotional profile of women victims of domestic violence. *Mater Sociomed*, 109-113
- Barrantes-Elizondo, L. (2016). Educación emocional: El elemento perdido de la justicia social. *Revista Electrónica Educare*, 20, 1-10.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). Visión General. En A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, & G. Emery, *Terapia Cognitiva de la Depresión (vigésima edición)* (pp. 11-23). Bilbao: Desclee de Brower.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth Mental Health in a populous city of the developing world: results from Mexican Adolescent Mental Health Survey. *The journal of child Psychology and Psychiatry*, 50, 386-395. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Mediana-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 74-80.
- Bichara, V., Santillán, J., Rosa, R., & Estofan, L. (2011). Depresión en insuficiencia cardíaca crónica: causa o consecuencia. *Insuficiencia Cardíaca*, 11, 173-200.
- Black, D., & Andreasen, N. (2015). Trastornos del estado de ánimo. En D. Black, & N. Andreasen, *Texto de introductorio de Psiquiatría* (pp. 190-193). Arlington: American Psychiatric Association.
- Blonch, L., Moran, E. K., & Kring, A. M. (2010). On the need for conceptual and definitional clarity in emotion regulation research and psychopathology. En A. M. Kring, & D. M.

Sloan, *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). New York: The Guilford Press.

Boiler, L., Haverman, M. W., Riper, H. S., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 1-20.

Brito-Tinajero, C. A., Delgadillo-Guzmán, L. G., & Nieva, A. (2016). Relación entre violencia de pareja y estrés parental en población mexicana. *Revista del Centro de Investigación*, 12, 91-106.

Buitrago, J., Pulido, L., & Güichá-Duitama, Á. (2017). Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente*, 20, 296-307.

Bustos, V., & Russo, A. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*, 21, 183-202.

Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. España: Siglo Veintiuno.

Canaval, G. E., González, C. M., & Sánchez, O. M. (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*, 72-78

Carlson, N. R. (2014). Emociones. En N. R. Carlson, *Fisiología de la conducta (11a edición)* (p. 384). Madrid: Pearson.

Caro, G. I. (2007). *Manual Teórico-Práctico de Psicoterapias Cognitivas (2a edición)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Centro de Justicia para la Mujeres. (26 de abril de 2016). *Mujeres sin violencia*. Recuperado de <https://www.gob.mx/mujeressinviolencia/articulos/comprender-el-circulo-de-la-violencia-es-el-primer-paso-para-romperlo> gov.mx:

- Cepa, S. A., Heras, S. D., & Lara, O. F. (2016). Desarrollo Emocional: Evaluación de las competencias emocionales en la infancia. *International journal of developmental and educational psychology*, 1, 75-81.
- Chabot, D., & Chabot, M. (2015). Las emociones y su impacto sobre el aprendizaje y el rendimiento escolar. En D. Chabot, & M. Chabot, *Pedagogía Emocional. Sentir para aprender: Integración de la inteligencia emocional en el aprendizaje* (pp. 37-70). México: Alfaomega.
- Chávez, M. K., & Tena, S. E. (2018). *Depresión: Manual de Intervención Grupal en Habilidades Sociales*. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Chen, X., Huang, X., Wang, L., & Chang, L. (2012). Aggression, peer relationships, and depression in Chinese children: a multiwave longitudinal study. *The Journal of child Psychology and Psychiatry*, 1233-1241.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of American College of Cardiology*, 53, 936-946.
- Chung, M., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Frazier, S. K. (2013). Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure but the effect is mediated by depressive symptoms. *Quality of Life Research*, 22, 1295-1304.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective of social phobia. En W. R. Crozier, & L. E. Alden, *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 403-430). Chichester : Wiley.
- Cohen, J., Young, J., & Abela, J. (2012). Cognitive Vulnerability to Depression in Children: An idiographic, longitudinal examination of inferential styles. *Cognitive Therapy and Research*, 643-654.
- Company, Á., & Soría, M. Á. (2016). La violencia en la escena del crimen en homicidios en la pareja. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 13-18.
- Comunian, A. L. (1993). Anxiety, cognitive interference, and school performance of italian children. *Psycho Rep*, 73, 747-754.

- Colop, L. V. (2011). *Relación entre inteligencia emocional resiliencia (estudio realizado con adultos jóvenes del municipio de cantel departamento de Quetzaltengo) (Tesis de pregrado)*. Universidad Rafael Landívar: Quetzaltengo.
- Cordero, V., & Teyes, R. (2016). Resiliencia de mujeres en situación de violencia doméstica. *Omnia*, 107-118.
- Cuervo, P, M, M., & Martínez, C, J, F. (2013). Descripción y caracterización del ciclo de violencia que surge en la relación de pareja. *Tesis Psicológica*, 80-88.
- Darcout, R. A. (2017). Caracterización de las mujeres que demandan interconsulta de psicología por violencia. *Revista Finlay*, 1-12.
- Darwin, C. (1873). *The expression of emotions in animals and man*. New York: Traducción al castellano: Alianza, 19-84.
- Derryberry, D., & Tucker, D. M. (1992). Neural mechanisms of emotion . *Journal of consulting and clinical psychology*, 329-338.
- Díaz, C. S., Arrieta, V. K., & González, M. F. (2015). Violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodecendientes de la ciudad de Cartagena. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 19-30.
- Díaz, M. I., Ángeles, R. M., & Villalobos, A. (2012). Evolución de la Terapia de Conducta. En F. M. Ruíz, G. M. Díaz, & C. A. Villalobos, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivos Conductuales* (pp. 50-80). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Díaz, M. N. (2016). *Boletín UNAM-DGCS-480*. México: UNAM.
- Domínguez, S. F. (2013). La alegría, la tristeza y la ira. En E. G. Fernández-Abascal, R. B. García, S. P. Jiménez, D. D. Martín, & S. F. Domínguez, *Psicología de la emoción* (pp. 316-337). Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.
- Echeburúa, E., & Amor, P. J. (2016). Hombres violentos contra la pareja: ¿tienen un trastorno mental y requieren tratamiento psicológico? *Terapia psicológica*, 31-40.
- Echeburúa, E., Amor, J. P., & Corral, P. (2002). Mujeres Maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables Relevantes. *Acción Psicológica*, 135-150

- Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Emmons, R. A., & McCullough. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life . *Journal of Personality and Social Psychology*, 377-389.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Esquivel, A. F. (2010). Desarrollo emocional y Psicopatología infantil. En A. F. Esquivel, *Psicoterapia infantil con juego* (pp. 29-50). México: El Manual Moderno.
- Estévez, E., & Jiménez, T. I. (2017). Violencia en adolescentes y egulación emocional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, (2)1,97-104.
- Estrada, G. K., & Tobo, C. M. (2011). *Nivel de resiliencia en mujeres maltratadas por su pareja (Tesis de pregrado)*. Universidad Piloto de Colombia: Bogota.
- Fernandes, A., Teva, I., & Bermúdez, M. d. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33, 257-276.
- Fernández-Abascal, E. G. (2013). Procesamiento Emocional. En E. G. Fernández-Abascal, R. B. García, S. P. Jiménez, D. D. Martín, & S. F. Domínguez, *Psicología de la emoción* (pp. 75-120). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Fernández-Abascal, E. G., & Jiménez, S. P. (2013). Psicología de la Emoción. En E. G. Fernández-Abascal, R. B. García, S. P. Jiménez, D. D. Martín, & F. J. Domínguez Sánchez, *Psicología de la Emoción* (págs. 18-71). Madrid: Centro de Estudios Ramón Arece S. A.
- Fernández-Abascal, E. G., García, R. B., Jiménez, S. P., Martín, D. D., & Domínguez, S. F. (2013). *Psicología de la emoción*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Fullana, M. A., Fernández, C. L., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.

- Gallegos, J., Linan-Thompson, S., Kevin, S., & Ruvalcaba, N. (2013). Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness the school-based program Mexico. *Psicología Educativa*, 19, 37-44. doi:10.5093/ed2013a6
- García, R. (2015). Trastornos del estado del ánimo. En C. Almonte, & E. Montt, *Psicopatología infantil y de la adolescencia (Segunda Edición)* (p. 486). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- García, O. M., & Matud, A. P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud Mental*, 321-327.
- García, C. B., Márquez, R. L., & Ávila, C. J. (2009). Sección I: Planeación y Desarrollo del Proyecto de Investigación. En C. B. García, *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales* (pp. 3-48). México: El Manual Moderno: UNAM, Facultad de Psicología.
- García-Alandete, J. (2014). Psicología Positiva, Bienestar y Calidad de Vida. *En-claves del pensamiento*, 13-29.
- García-Vesga, M. C., & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas. Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 63-77.
- Garassini, M. E. (2018). *Psicología positiva y comunicación no violenta*. Bogotá: Manual Moderno.
- Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S., & Whooley, M. A. (2005). Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Arch Intern Med*, 12, 2508-2513.
- González, C. C., Greiff, E. Á., & Avedaño, P. B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 59-72.
- González, E. (24 de Noviembre de 2014). Baja escolaridad, factor de violencia . *El siglo de Torreón*.

- González, R. I., & Díaz-Loving, R. (2015). Desarrollo y análisis psicométrico del inventario de indefensión aprendida en la Pareja. *Psicología Iberoamericana*, 23, 58-65.
- González-Arratia, L. F. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- González-Arratia, L. G., Valdez, M. J., & Zavala, B. Y. (2008). Resiliencia en Adolescentes Mexicanos. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 13, 41-52.
- González-Guarda, R. M., & Mercedes, B. M. (2012). Violencia de pareja en mujeres hispanas: Implicaciones para la Investigación y la Práctica. *Horizontes de enfermería*, 23, 27-38.
- González-Toche, J., Gómez-García, A., Gómez-Alonso, Álvarez-Paredes, M., & Álvarez-Aguilar, C. (2017). Asociación entre obesidad y depresión infantil en población escolar de una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán. *Atención Familiar*, 1, 8-12.
- Grieff, E. Á., Gaviria, P., & Restrepo, S. (2003). La conducta agresiva y su relación con la conducta antisocial. En A. Silva, *Conducta antisocial: Un enfoque psicológico* (pp. 101-140). D.F: Pax México.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guildford Press.
- Gusewell, A., & Rich, W. (2012). Are only emotional strenghts emotional? character strenghts and disposition to positive emotions. *Applied Psychology Health and Well-being* , 218-239.
- Hervás, G. (2009). Psicología Positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23-41.
- Hernández, I. A. (18 de Noviembre de 2018). En Hidalgo, ocho mujeres son lesionadas diariamente. *Libre por convicción. Independiente de Hidalgo*, pág. 3.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Salud Mental*. Recuperado de Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/salud/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (7 de septiembre de 2017). *INEGI*. Recuperado de Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Encuesta Nacional de los Hogares 2014*. Recuperado de INEGI: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33722>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2016). *Estadísticas de mortalidad, 2016. Consulta interactiva de datos*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Psiquiatría. (1 de abril de 2017). *Depresión Hablemos*. Recuperado de Depresión Hablemos: <https://depressionhablemos.wixsite.com/inicio>

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2017). *Publicaciones*. Recuperado de Centro de Documentación: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/Circulo_violencia_Espaniol.pdf

Izard, C. E. (1989). The structure and functions of emotions: Implications for cognitions, motivation and personality. En E. S. Cohen, *The G. Stanley Hall lecture series*. Washington, DC: American Psychological Association.

Karapetian, A. M., Zucker, B., & Jonhson, G. G. (2011). *Resilience builder program for children and adolescents. enhancing social competence and self-regulation*. Illinois: Research Press.

- Kendler, K. S. (1993). Twin studies of psychiatric illness. Current status and future directions. *Archives of General Psychiatry, 50*, 905-915.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) manual*. New York: Multi-Health Systems, Inc.
- La Rosa, E. (2014). *De la felicidad a la salud. Cómo ser feliz para tener buena salud*. Lima: Fondo de Cultura Económica.
- Lazarus, R. S. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. En K. R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone, *Appraisal processes in emotion: Theory methods, research* (pp. 37-67). New York: Oxford University Press.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in Psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Lima, Q. A., & Straffon, O. D. (2018). *Intervención cognitivo-conductual con componentes de psicología positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños con y sin sintomatología depresiva (Tesis de Pregrado)*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: Pachuca, Hidalgo.
- López, B. B., Rodríguez, G. E., Vázquez Pineda, F., & Alcázar, R. J. (2012). Intervención Cognitivo Conductual para el manejo de la Ira. *Revista Mexicana de Psicología, 29*(1), 97-103.
- López, C. J. (2016). *El síndrome de la mujer maltratada y su relación con las emociones y los procesos educativos de sus hijos (Tesis de pregrado)*. Universidad de León: León, España.
- Lozano, R. D., Pacheco, F. M., Carmona, G. L., & Burciaga, R. J. (2018). Hostilidad, Enojo y Agresión: Diferencias fisiológicas en una muestra de mujeres universitarias del norte de México. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento, 1*, 54-74.

- Lupano, P. M., & Castro, S. A. (2010). Psicología Positiva: Análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 43-56.
- Maler, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 3-46.
- Martínez, P. M., & Sánchez, A. R. (2014). Valoración de Situaciones-Estímulo que generan enojo en diferentes relaciones interpersonales. *Revista Colombiana de Psicología*, 23, 163-175.
- Matud, A. M. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- McCabe, M., Ricciardelli, L., & Banfield, S. (2011). Depressive Symptoms and Psychosocial Functioning in Preadolescent Children. *Depression Research and Treatment*, 1-7. doi:doi:10.1155/2011/548034
- Medina-Mora, I. M., Real, T. Q., & Berenzon, G. S. (2018). Salud Mental. En A. R. Álvarez, & P. A. Kuri-Morales, *Salud Pública y la Medicina Preventiva* (pp. 344-348). México: El Manual moderno.
- Mena, M. I., & Vizcarra, R. (2001). Algo nuevo bajo el sol: Hacer visible el maltrato y posible la esperanza. *PSYKHE*, 81-101.
- Mestre, N. J., & Guil, B. R. (2012). Emociones básicas y sociales. En N. J. Mestre (Ed.), *La regulación de las emociones: Una vía a la adaptación personal y social* (pp. 130-137). Madrid: Psicología Pirámide.
- Milicic, M., & López de Lérída, M. S. (2010). Disciplina y autoestima. En M. Milicic, & M. S. López de Lérída (Ed.), *Hijos con autoestima positiva. Guía para Padres* (pp. 255-259). Bogotá: Grupo Editorial Norma.

- Miranda, I., Laborín, J., Chávez-Hernández, A.-M., Sandoval, S. A., & Torres, N. (2016). Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y Salud, 26*, 273-282.
- Mitjans, M., & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas de Psiquiatría, 40*, 70-83.
- Morillas, D. L., Patró, R. M., & Aguilar, M. M. (2011). *Victimología: un estudio sobre la víctima y los procesos de victimización*. Madrid: Dykinson.
- Mund, M., & Mitte, K. (2012). The Costs of Repression: A Meta-Analysis on the relation Between Repressive Coping and Somatic Diseases. *Health Psychology, 3*, 640-649.
- Muñoz, J. M., & Echeburúa, E. (2015). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica, 1-11*.
- Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. New York: Naciones Unidas.
- Naranjo, Á. R. (2010). Neurología de la resiliencia y desastres. *Revista Cubana de Salud Pública, 36*, 270-274.
- Nezu, A. M., Nezu, M. C., & Lombardo, E. (2006). Problemas de Ira. En A. M. Nezu, M. C. Nezu, & E. Lombardo, *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivos-Conductuales: Un enfoque basado en problemas* (pp. 249-264). México: El Manual Moderno.
- Núñez, M. M., & Castillo, G. R. (2017). El papel de la inteligencia emocional en la enfermedad cardiovascular. *Gaceta Sanitaria, 1-4*.
- Obando, O. L., Villalobos, M. E., & Lorena, A. S. (2010). Resiliencia en niños con experiencias de abandono. *Acta Colombiana de Psicología, 13*, 149-159.
- Ocaña, Z. J., Pérez, J. C., Hernández, G. J., Pastrana, R. S., & Anaya, C. J. (2015). El entramado teórico conceptual del estudio. En Z. J. Ocaña, J. C. Pérez, G. J. Hernández, R. S. Pastrana, & C. J. Anaya, *Problemáticas Psicosociales en*

adolescentes de una comunidad indígena de Chiapas, México (pp. 29-57). Tuxtla Gutiérrez: UNICACH.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.

Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (29 de noviembre de 2017). *Centro de Prensa: Violencia contra la mujer*. Recuperado de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de Organización Mundial de la Salud: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34006?show=full>.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Violencia contra las mujeres*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (9 de octubre de 2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de World Mental Health Day: Depression, the Most Common Mental Disorder: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3Adia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=1926&lang=en

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja*. Washington, DC: OPS.

Ostrosky, F. (2011). El enojo y la hostilidad. En F. Ostrosky, *Mentes Asesinas* (págs. 27-33). Estado de México: Quinto Sol.

- Paixão, G. P., Pereira, A., Gomes, N. P., Souza, A. R., Estrela, F. M., Silva-Filho, U. R., & Araújo, I. B. (2018). Naturalización, reciprocidad y marcas de la violencia conyugal: percepciones de hombres procesados criminalmente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 178-184.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 11-19.
- Pastrana, M. P., & Salazar-Piñeros, F. (2016). Perfil PERMA en una muestra de jóvenes voluntarios colombianos. *Revista Katharsis* , 13-34.
- Pérez, Y., Guerra, V., Mengana, K., Nóbrega, M., & Grau, R. (2014). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes de 12 a 15 años. *Hospital Psiquiátrico de la Habana*.
- Pinargote, M. E., & Chávez, L. M. (2017). La violencia de género y su afectación en la autoestima de la mujer. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, en línea. Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/violencia-mujer.html>.
- Piña, L. J. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología . *anales de psicología* , 751-758.
- Pliego, C. F. (2012). Capítulo XII. México. En C. F. Pliego, *Familias y bienestar en sociedades democráticas. El debate cultural del siglo XXI* (pp. 229-239). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Puig, G., & Rubio, J. L. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: gedisa.
- Quinceno, M. J., Remor, E., & Vinaccia, S. (2016). *Fortaleza. Programa de potenciación de la resiliencia para la promoción y el mantenimiento de la salud*. Bogotá: Manual Moderno.
- Ramírez, L. J. (2018). *Evaluación de la expresión del enojo y factores de riesgo en estudiantes de secundarias técnicas (tesis de licenciatura)*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo.

- Reeve, J. (2010). Naturaleza de las emociones: las cinco eternas emociones. En J. Reeve, *Motivación y Emoción (Quinta edición)* (pp. 222-242). McGraw-Hill Interamericana.
- Reyes, O. M., & Tena, S. E. (2016). Psicología de las emociones. En O. M. Reyes, & S. E. Tena, *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas* (págs. 1-3). Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Rivera-Heredia, M. E., Martínez-Servín, L. G., & Obregón-Velasco, N. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Mental, 36*, 115-122.
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcuca, B., Leyva-López, A., & Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México, 57*, 219-226.
- Rosado y Rosado, M., Sosa, C. J., & Paredes, G. S. (2016). El contexto de la violencia hacia la mujer en las relaciones de pareja. En C. S. Álvarez, A. E. Escoffié, M. Rosado y Rosado, & C. M. Sosa, *Terapia en contexto: Una aproximación al ejercicio terapéutico* (pp. 219-228). México, DF: El Manual Moderno.
- Rodríguez, L. R. (2015). Culpa, miedo y vergüenza: Las emociones de la violencia (el caso contra la pareja y/o ex pareja). *Derechos y Libertades, 223-252*.
- Ruiz, A. M., Díaz, i. M., Villalobos, A., & Paz, G. M. (2012). Terapia Cognitiva. En A. M. Ruiz, i. M. Díaz, & A. Villalobos, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 363-404). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ruiz, C. (2015). Factores socioculturales en el desarrollo de niños y adolescentes. En C. Almonte, & E. Montt, *Psicopatología infantil y de la adolescencia (Segunda Edición)* (pp. 97-98). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Ruvalcaba, R. N., Gallegos, G. J., & Morales, S. A. (2016). Las fortalezas de los mexicanos, un análisis desde la autopercepción. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 73-84*.

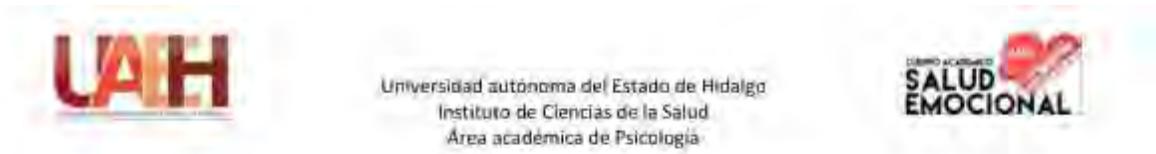
- Sánchez, A. R., & Sánchez, R. A. (2009). Correlatos cognitivos, afectivos y conductuales de la tristeza, el enojo y el miedo. *Revista Costarricense de Psicología*, 28, 41-57.
- Sánchez-Aragón, R., & Díaz-Loving, R. (2009). Reglas y preceptos culturales de la expresión emocional en México: su medición. *Universitas Psychologica*, 8, 793-805.
- Sánchez-Loyo, L. M., Camacho, E., Vega-Michel, C., Pérez, F., & Torres, M. (2017). Algunos factores biológicos, psicológicos y socioculturales asociados al intento suicida. En A. Ibarra-López, & T. Martín-López, *Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida* (pp. 1-2). Jalisco, México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, En coedición: El Manual Moderno.
- Santandreu, M., & Ferrer, V. A. (2014). Análisis de la emotividad negativa en mujeres víctimas de violencia de pareja: La culpa y la Ira. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, 129-140.
- Secretaria de Salud. (2018). Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. *Boletín Epidemiológico*, 52. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/323506/sem17.pdf>
- Seijo, D., Novo, M., Carrecado, S., & Fariña, F. (2010). Efectos de la ruptura de los progenitores en salud física y psicoemocional de los hijos. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana*, 19, 16-21.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 410-421.
- Shoshani, A., & Slone, M. (2016). The resilience function of character strenghts in the face of war and protracted conflict . *Frontiers in Psychology*, 1-10.
- Sepúlveda, G., & Capella, C. (2015). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: lo evolutivo y lo psicopatológico. En V. C. Almonte, & S. M. Montt, *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 35-41). Santiago de Chile: Mediterráneo
- Thomas, W. H., Sorensen, K. L., & Yim, F. H. (2019). Anger, anxiety, depression, and negative affect: Convergent or divergent . *Journal Of Vocational Behavior*, 186-202.

- Thompson, R. A., & Waters, S. F. (2010). El desarrollo de la regulación emocional: influencias de los padres y los pares. En A. Sánchez, *Regulación emocional: una travesía de la cultura al desarrollo de las relaciones personales* (pp. 125-157). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Toledo, E. C., & Lachenal, C. (2015). *Diagnóstico sobre los refugios en la política pública de atención a la violencia contra las mujeres en México*. Recuperado de Red Nacional de Refugios: <http://rednacionalderefugios.org.mx/pdf/Diagnostico-sobre-los-refugios-en-mexico-fundar.pdf>
- Tovar, J., & Ostrosky-Shejet, F. (2013). *Mentes criminales ¿Eligen el mal? Estudios de cómo se genera el juicio moral*. México: El Manual Moderno.
- Uribe, M. (2014). Depresión. En J. M. Escobar, & M. Uribe, *Avances en Psiquiatría desde un modelo biopsicosocial* (p. 73). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Urrutia, E. M., Barrios, A. S., Gutiérrez, N. M., & Mayorga, C. M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 547-558.
- Vanistendael, S., Vilar, J., & Pont, E. (2009). Reflexiones en torno a la resiliencia. Una conversación con Stefan Vanistendael. *Educación Social*, 93-103.
- Valencia, A., & Jiménez, D. (Mayo, 2017) *Enojo y depresión en niñ@s: propuesta para la prevención de violencia de género y promoción de la masculinidad positiva* trabajo presentado en la conferencia del XIII Congreso nacional sobre empoderamiento femenino “las mujeres en la constitución, retos y perspectivas” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo.
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25, 57-59.
- Vargas, M., & Muñoz, M. (2013). La regulación emocional. Precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225-240.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18, 139-152.

- Veytia-López, M., Guadarrama, R., Márquez-Mendoza, O., & Fajardo, R. (2016). Mindfulness y síntomas de depresión en adolescentes mexicanos estudiantes de bachillerato. *Actualidades en Psicología*, 30, 39-48.
- Walker, L. E. (2017). *The Battered Woman Syndrome. Four Edition*. New York: Springer.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010) Emotion Regulation and Psychopathology: A Concept Framework. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). New York: Guilford Press.
- Wood, A. M., Linley, P. A., Maltby, Kashdan, T. B., & Hurling, R. (2011). Using personal and psychological strengths leads to increases in well-being over time: A longitudinal study and the development of the strengths use questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 15-19.
- World Health Organization. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima edición*. WHO.
- Zavarce, A. P. (2013). *Bienestar psicológico y fortalezas del carácter en adultos con estilo de apego seguro e inseguro (Tesis de maestría)*. Universidad central de Venezuela: Venezuela.
- Zhou, X., Hetrick, S., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C., Xie, P. (2017). Eficacia comparativa y aceptabilidad de psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes: una revisión sistemática y meta-análisis en red. *RET: Revista de Toxicomanías*, 80, 22-34.

Anexos

ANEXO 1. Consentimiento informado



Consentimiento Informado
<p>Nos es grato informarte que el Cuerpo Académico de “Salud Emocional” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se encuentra realizando una investigación para conocer las principales respuestas emocionales de usted y de sus hijos e hijas, con la finalidad de posteriormente desarrollar e implementar una intervención que permita promover su bienestar y salud. En ese sentido, se dará seguimiento a las necesidades detectadas que se presenten durante el periodo de evaluación que comprende Noviembre-Diciembre 2018, para lo cual se emplearán técnicas de recolección de datos psicológicos y neuropsicológicas. Por tal motivo solicitamos su consentimiento para aplicarles una batería de instrumentos psicológicos.</p> <p>La presente investigación se apega en todo momento a lo dispuesto en el código ético del psicólogo, por lo que se mantendrá la confidencialidad de todos los participantes. La aplicación de batería se aplicará en los días y horarios previamente establecidos con la institución para no afectar sus actividades. Los responsables de esta actividad son el Psic. Luis Vicente Rueda León y la Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz. Sin más por el momento nos despedimos de usted agradeciendo de antemano su atención y apoyo.</p>

He leído, comprendo y acepto las características de la investigación que realiza el Cuerpo Académico de Salud Emocional de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el cual tanto mis hijos e hijas y yo estamos invitados a participar.

Acepto participar en este proyecto

Nombre y Firma de la participante:

Fecha:

Ficha de identificación

Por favor lea cada una de las preguntas y responda de la manera más completa como le sea posible. Si usted tiene alguna duda con alguna parte del formulario, por favor siéntase con toda libertad de pedir que se le aclare. Sus respuestas serán totalmente confidenciales.

Identificación:	Edad:
Escolaridad:	Lugar y fecha de nacimiento:
Religión:	Número de hijos:
Padecer alguna enfermedad:	¿Cual?
Peso:	Altura:
Podría describir su última relación:	
USO DE SUSTANCIAS	
¿Consume bebidas alcohólicas?	¿Qué tipo de bebida toma?
¿Cuántas copas consume por ocasión?	¿En la última semana cuántas copas consumió?
¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
¿Consume alguna otra sustancia? (especifique)	
ANTECEDENTES	
¿Cómo recuerda su infancia (etapa preescolar y primaria)?	
¿Cómo recuerda su adolescencia (etapa de secundaria y preparatoria)?	

Los datos personales y la información obtenida a través de esta ficha de identificación serán tratados en cumplimiento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de particulares (DOF: 05/07/2010).

Anexo 3. Inventario de depresión de Beck



Este material es de uso exclusivo para la investigación



Inventario de Depresión de BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale con una "X" cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy.

<p>1.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy tan triste o feliz que no puedo soportarlo</p>	<p>2.</p> <p><input type="checkbox"/> En general no me siento descorazonado por el futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento descorazonado por mi futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que no tengo nada que esperar del futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p>
<p>3.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no me siento como un fracasado</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que he fracasado más que las personas en general</p> <p><input type="checkbox"/> Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que soy un completo fracasado como persona</p>	<p>4.</p> <p><input type="checkbox"/> Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no obtengo verdadera satisfacción de nada</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido con todo</p>
<p>4.</p> <p><input type="checkbox"/> En realidad yo no me siento culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable una gran parte del tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable la mayor parte del tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable todo el tiempo</p>	<p>5.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no me siento que esté siendo castigado</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que podría ser castigado</p> <p><input type="checkbox"/> Espero ser castigado</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que he sido castigado</p>
<p>7.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no me siento desilusionado de mí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy desilusionado de mí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy disgustado conmigo mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Me odio</p>	<p>8.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no me siento que sea peor que otras personas</p> <p><input type="checkbox"/> Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores</p> <p><input type="checkbox"/> Me culpo todo el tiempo por mis fallos</p> <p><input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede</p>
<p>9.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no tengo pensamientos suicidas</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo</p> <p><input type="checkbox"/> Me gustaría suicidarme</p> <p><input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviera la oportunidad</p>	<p>10.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no lloro más de lo usual</p> <p><input type="checkbox"/> Lloro más ahora de lo que solía hacerlo</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente lloro todo el tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo</p>

Anexo 4. Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI).



Este material es de uso exclusivo para la investigación



Inventario Multicultural de la Expresión y la Hostilidad (ML-STAXI).

Instrucciones: Lee cada afirmación con cuidado y pregúntale qué tanto estás de acuerdo con ellas.

Para esta sección, lo más importante es contestar dependiendo de cómo te sientes en este momento.

A) ¿Cómo te sientes en este momento?

	No en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento enojada				
2. Estoy enojada				
3. Me siento irritada				
4. Estoy furiosa				
5. Me dan ganas de romper cosas				
6. Me dan ganas de insultar a alguien				
7. Me dan ganas de pegar a alguien				
8. Me dan ganas de golpear a alguien				
9. Me siento enfadada				
10. Tengo ganas de destrozar algo				

Ahora lo más importante es contestar dependiendo de cómo te sientes generalmente.

B) ¿Cómo te sientes generalmente?

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
11. Soy muy temperamental (enojona)				
12. Tengo un carácter irritable				
13. Exploto fácilmente				
14. Me enoja cuando hago algo bien y no es apreciado				
15. Me enoja cuando hago algo bien y es apreciado				
16. Me pone furiosa que me critiquen delante de los demás				
17. Me pongo furiosa cuando cometo errores estúpidos				
18. Me siento furiosa cuando hago un buen trabajo y se me valora poco				
19. Me enoja cuando alguien arruina mis planes				
20. Tengo un humor enojón				

ANEXO 5. Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)



Este material es de uso exclusivo para la investigación



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 presenten. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Ítem	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(a) de mis logros				
9.- Sé que tengo habilidades				
10.- Creer en mí mismo(a) 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(a)				
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(a) con otras personas				
21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas				
22.- Me es fácil hacer 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				

ANEXO. 6. Cuestionario de Fortalezas de Carácter



Este material es de uso exclusivo para la investigación



Cuestionario de Fortalezas de Carácter (VIA)

Seleccione y marque una opción en respuesta a cada afirmación. Todas las preguntas reflejan afirmaciones que muchas personas encontrarían deseables, pero queremos que responda exclusivamente si las afirmaciones reflejan cómo es usted. Por favor sea honesto y preciso.

(1) Muy diferente a mí	(2) Algo diferente a mí	(3) Neutro	(4) Algo parecido a mí	(5) Muy parecido a mí
------------------------	-------------------------	------------	------------------------	-----------------------

		1	2	3	4	5
1	El mundo me parece un lugar muy interesante.					
2	Siempre hago lo posible por asistir a actividades educativas.					
3	Siempre identifico las razones en mis actos.					
4	Ser capaz de tener ideas nuevas y diferentes es uno de mis puntos fuertes/fortalezas.					
5	Estoy muy pendiente del entorno que me rodea.					
6	Siempre tengo una perspectiva amplia sobre lo que está pasando.					
7	He sido firme en muchas ocasiones ante una fuerte oposición por parte de otros.					
8	Nunca abandono una tarea antes de que esté acabada.					
9	Siempre mantengo mis promesas.					
10	Nunca estoy demasiado ocupada para ayudar a un amigo.					
11	Estoy siempre dispuesta a asumir riesgos para establecer una relación.					
12	Nunca me pierdo las reuniones de grupo o las prácticas de equipo.					
13	Cuando estoy equivocada, siempre lo reconozco.					
14	En un grupo intento asegurarme de que todo el mundo se sienta incluido.					
15	No me cuesta alimentarme con comidas saludables.					
16	Nunca he hecho daño intencionalmente a alguien.					
17	Para mí es importante vivir en un mundo de belleza.					
18	Siempre doy las gracias a las personas que se preocupan por mí.					
19	Siempre miro el lado positivo.					
20	Soy una persona espiritual.					
21	Soy siempre modesta sobre las cosas buenas que me han sucedido.					
22	Siempre que veo a mis amigos/as bajos de ánimo, intento bromear para animarles.					
23	Quiero involucrarme totalmente en la vida, no simplemente mirar desde fuera.					
24	Para mí siempre, lo pasado, pasado está.					
25	Nunca me aburro.					
26	Me encanta aprender cosas nuevas.					
27	Siempre examino las dos caras de una cuestión.					
28	Cuando alguien me dice cómo hacer algo, automáticamente pienso en formas alternativas de hacer lo mismo.					
29	A menudo sé cómo manejarme en diferentes situaciones sociales.					

30	Pase lo que pase no pierdo de vista lo importante								
31	He superado algún problema emocional gracias a hacerle frente								
32	Siempre acabo lo que empiezo								
33	Mis amigos/as ,me dicen que soy autentica								
34	Realmente disfruto haciendo pequeños favores a los amigos/as								
35	Hay personas en mi vida que cuidan de mis sentimientos y mi bienestar tanto como de ellos mismos								
36	Verdaderamente disfruto siendo parte de un grupo								
37	Ser capaz de ceder para llegar a acuerdos es algo característico de mí								
38	Como líder, trato a todo el mundo igual de bien, sin tener en cuenta su nivel de experiencia								
39	Aunque haya dulces o galletas a mano, nunca me excedo								
40	Uno de mis lemas preferidos es "no hagas nada de lo que te puedas arrepentir"								
41	La bondad de cierta gente me emociona								
42	Se me pone la piel de gallina cuando me entero de actos de gran generosidad								
43	Siempre puedo encontrar lo positivo en lo que a otros les parece negativo								
44	Soy practicante de mi religión								
45	No me gusta destacar en un grupo de gente								
46	La mayoría de la gente diría que es divertido estar conmigo								
47	Nunca me da pereza/flojera levantarme por la mañana								
48	Casi nunca guardo rencores.								
49	Estoy siempre ocupada con algo interesante								
50	Me fascina aprender algo nuevo								
51	Tomo las decisiones solo cuando tengo toda la información								
52	Me gusta pensar en nuevas formas de hacer las cosas								
53	No me importa cual sea la situación, soy capaz de integrarme								
54	Mi visión del mundo es excelente								
55	Nunca dudo en expresar públicamente una opinión aunque esta sea impopular								
56	Soy una persona que se marca objetivos								
57	Creo que la honestidad es la base de la confianza								
58	Hago lo posible para animar a la gente que parece abatida								
59	Hay personas que aceptan mis defectos								
60	Soy una persona extremadamente leal								
61	Trato a todo el mundo por igual sin importar de quien se trate								
62	Una de mis fortalezas es ser capaz de ayudar a un grupo de gente a trabajar bien en equipo aunque tengan diferencias								
63	Soy una persona altamente disciplinada								
64	Siempre pienso antes de hablar								
65	Experimento emociones profundas cuando veo cosas bellas								
66	Al menos una vez al día paro y recuerdo todas las cosas positivas que hay en mi vida								