



## **Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

**Maestría en Psicología**

### **Programa cognitivo conductual para el desarrollo de resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual.**

Tesis para obtener el grado de

**Maestro en Psicología.**

**Jorge Luis Morín Arriaga**

Becada/o por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

**Bajo la dirección de:**

**Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar**

Ciudad Juárez, Chihuahua.



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez  
Instituto de Ciencias Sociales y Administración  
Departamento de Ciencias Sociales  
**Maestría en Psicología**

**Programa cognitivo conductual para el desarrollo de  
resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual**

Tesis para obtener el grado de  
**Maestro en Psicología**

**Jorge Luis Morín Arriaga**

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Bajo la dirección de  
Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar  
Ciudad Juárez, Chih.



Constancia de Aprobación

Director de tesis: \_\_\_\_\_

Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar

**Aprobada por el Jurado de Examen de Grado**

Firma: \_\_\_\_\_

Presidente

Dr.

Firma: \_\_\_\_\_

Secretario

Dr.

Firma: \_\_\_\_\_

Vocal

Dr.



## **Agradecimientos**

A mi abuelo, por ser mi mayor inspiración.

Por ser la motivación para lograr cada una de mis metas.

Sin él, no sería la persona que soy el día de hoy.

## **Dedicatoria**

Agradezco profundamente a mis padres y a mi familia por confiar en mí y en mi capacidad para alcanzar mis metas. Sin su aliento este logro no habría sido posible.

Agradezco a mis amigos, tanto los de toda la vida como aquellos que conocí durante este proceso. Gracias por creer en mí y por alentarme en momentos en los que yo mismo dudaba de mis habilidades.

Mi más sincero agradecimiento a mi director de tesis por aceptar el desafío de sacar adelante este proyecto.

No puedo dejar de mencionar al cuerpo académico, cuya sabiduría y orientación fueron invaluable para resolver cada una de mis dudas a lo largo de estos años de estudio.

A cada persona que estuvo a mi lado durante este tiempo, quiero expresarles mi infinita gratitud por su compañía y apoyo constante

## Índice

Agradecimientos .....	v
Dedicatoria .....	vi
Resumen .....	x
Summary .....	xi
Introducción.....	1
Planteamiento del problema: Violencia sexual.....	1
Antecedentes.....	2
Marco teórico.....	5
Resiliencia .....	5
Atribución de culpa en casos de violencia .....	10
Depresión y su relación con la violencia sexual .....	12
Ansiedad y su relación con la violencia sexual .....	14
Resiliencia y su relación con ansiedad y depresión .....	16
Modelo cognitivo conductual .....	17
Técnicas .....	19
Intervenciones relativas al desarrollo de resiliencia .....	20
Método .....	22
Objetivo general.....	22
Objetivos específicos .....	22
Hipótesis.....	22
Diseño.....	23
Operacionalización de variables .....	24
Participantes.....	27

Instrumentos .....	28
Procedimiento .....	29
Consideraciones éticas .....	30
Programa de intervención.....	30
Desarrollo de sesiones .....	33
Sesión 1: Presentación/ Identificación de pensamientos automáticos. ....	33
Sesión 2: Culpa. ....	33
Sesión 3: Fortaleza y confianza en sí mismo. ....	33
Sesión 4: Competencia social. ....	34
Sesión 5: Apoyo familiar. ....	34
Sesión 6: Estructura.....	34
Sesión 7: Apoyo Social. ....	34
Sesión 8: Cierre.....	35
Resultados .....	35
Análisis de datos .....	35
Discusión .....	39
Referencias .....	45
Anexos y apéndices.....	57

## Índice de tablas y figuras

### Tablas

Tabla 1 Estudios sobre modelos de intervención en resiliencia (2010 – 2020.....	21
Tabla 2 Operacionalización de variables independientes y dependientes .....	25
Tabla 3 Plan de intervención .....	31
Tabla 4 Resultados en prueba de Wilcoxon .....	36

### Figuras

Figura 1 Modelo de resiliencia de Richardson .....	9
Figura 2 Modelo cognitivo de la depresión.....	13
Figura 3 Resultados pre test y post test de las medias de resiliencia.....	36
Figura 4 Resultados pre-test y post test de las medias de depresión.....	37
Figura 5 Resultados pre-test y post test de las medias de ansiedad.....	39

## Resumen

Tomando en cuenta los índices de violencia sexual que aqueja a las mujeres a nivel mundial y en particular, en México, se llevó a cabo la aplicación de un programa de intervención con la finalidad de aumentar la resiliencia como factor de protección ante la adversidad y como potenciador de cualidades positivas y de aprendizaje. El objetivo de este estudio fue implementar una intervención cognitivo conductual con la finalidad de maximizar las cualidades que conforman la resiliencia, a la vez que disminuya la sintomatología depresiva y ansiosa. En cuanto al desarrollo de las sesiones específicas, se tomaron en cuenta dimensiones de la resiliencia que se han trabajado con anterioridad en diversas intervenciones, así como en modelos teóricos enfocados en el constructo, de los cuales se incluyen: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura, así como una sesión enfocada a trabajar con la culpa. Todas las sesiones se basan en el modelo cognitivo conductual y sus técnicas de trabajo, son un total de ocho sesiones diseñadas. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Resiliencia (RS-14), Escala Depresión de Beck (BDI-2), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). En cuanto al diseño del estudio se eligió un cuasi-experimento con pretest y posttest sin grupo control, con dos momentos de evaluación, antes de iniciar la intervención y al término de ésta. Para obtener los resultados del estudio se realizó un test de Wilcoxon con la finalidad de determinar si existían cambios estadísticamente significativos luego de finalizar la intervención. Se encontró una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, así como un aumento en los puntajes de resiliencia, sin embargo, ninguno de ellos fue significativo a nivel estadístico.

*Palabras clave: Resiliencia, violencia sexual, modelo cognitivo conductual, ansiedad, depresión.*

## Summary

Considering the rates of sexual violence that afflict women Worldwide and in México, the application of an intervention program was carried out to help increase resilience as a protective factor in the face of adversity and serves as an enhancer of positive qualities and learning. The objective of this was to implement a cognitive behavioral intervention that allows maximizing the qualities that conform resilience, while reducing depressive and anxious symptoms. Regarding the development of the specific sessions, dimensions of resilience that have been worked on previously in various interventions were taken into account, as well the theoretical models focused on the construct, from which the following lines of work were rescued: strength and self-confidence, social competence, family support, social support and structure, as well as a session focused on working with guilt, all of them worked from the cognitive behavioral model and its work techniques, the total number of sessions designed was 8. The instruments used in the study were: Resilience Scale (RS-14), Beck Depression Scale (BDI-2), adapted to the Mexican population, Beck Anxiety Inventory (BAI) also adapted to the Mexican population. Regarding the design of the study, a quasi-experiment with pre-test and post-test without a control group was chosen, with two moments of evaluation, before starting the intervention and at the end of it, to contrast the scores. To obtain the results of the study, a Wilcoxon test was performed to determine if there were any statistically significant changes after finishing the intervention. A decrease in anxious and depressive symptoms was found, as well as an increase in resilience scores, however, none of them were statistically significant.

*Keywords: Resilience, sexual violence, cognitive behavioral model, anxiety, depression*





## Introducción

### Planteamiento del problema: Violencia sexual

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2017), la violencia sexual es un grave problema que afecta de manera global a la sociedad y la define como:

Cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto, el intento de violación, los tocamientos sexuales no deseados y otras formas de violencia sexual sin contacto (OMS, 2017, párr.3).

La OMS (2005), tipifica la violencia sexual como actos en los cuales una mujer: Fue forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, tuvo relaciones sexuales contra su voluntad por temor a lo que pudiera hacer su pareja, fue obligada a realizar un acto sexual que consideraba degradante o humillante. Tal violencia podría incluir (siempre sin consentimiento de la víctima), las siguientes manifestaciones:

- 1) Tocar a la persona de forma sexual.
- 2) Obligarla a mirar material sexual o pornográfico.
- 3) Exhibir genitales o ser obligada a tocarlos.
- 4) Violación sexual.
- 5) Frotar genitales contra el cuerpo de la víctima.

## **Antecedentes**

La OMS determinó que a nivel mundial para el 2017, el 35% de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual en algún momento de su vida; ya sea, por su pareja sentimental o por terceras personas (OMS, 2017).

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), señala que la cifra podría ser mayor, ya que, los estudios que se han realizado para cuantificar este hecho son solo una proporción pequeña de casos que se obtiene de subestimaciones de la prevalencia. En México, según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), alrededor de 19.2 millones de mujeres han sufrido actos de violencia sexual tales como hostigamiento, intimidación, acoso o abuso sexual. Con base en los resultados publicados en 2019 en la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE), en 2018 un total 40,303 mujeres fueron víctimas de una violación sexual y 682,342 declararon haber sido presa de hostigamiento, manoseo, exhibicionismo o intento de violación (INEGI, 2019).

Para el 2019, Chihuahua se encontró en el tercer lugar nacional en cuanto a violación sexual se refiere, con un índice de 6.9 violaciones por cada 100 mil habitantes (Gamboa, 2019). En Ciudad Juárez, el panorama es muy similar, las cifras de violencia sexual en mujeres siguen en aumento. Según datos del Observatorio Ciudadano de Prevención, Seguridad y Justicia de Juárez (2021), en el año 2020 Ciudad Juárez ocupó el segundo lugar a nivel nacional en el delito de abuso sexual con 531 carpetas de investigación abiertas.

En ese sentido, es imperante desarrollar estrategias de afrontamiento y atención ante esta problemática, ya que, las personas que han sufrido violencia sexual adolecen van

disminuyendo sus herramientas socioemocionales de afrontamiento y como consecuencia se ven afectados algunos indicadores de salud mental. Algunas de los que se reportan en la literatura, son: depresión, trastorno por estrés postraumático, ansiedad, dificultades del sueño, síntomas somáticos, comportamiento suicida, trastorno de pánico, entre otros (CEPAL, 2013). Así como la violencia sexual tiene consecuencias psicológicas en quien la vive, también se presentan secuelas en la salud física y reproductiva de sus víctimas, de entre las cuales se destacan infecciones de transmisión sexual como lo es el VIH, herpes, sífilis entre otras, problemas relacionados con la disfunción sexual, anorgasmia, abortos repentinos y problemas ginecológicos (Contreras et al., 2010).

Como una estrategia de afrontamiento a la violencia sexual, se ha señalado la importancia de ser resiliente, ya que la resiliencia funciona como una variable protectora de la salud física y mental, la cual apunta a realzar los factores protectores de los individuos, generando así personas con mayores capacidades y herramientas para sobrellevar experiencias traumáticas (Restrepo, et al., 2011). De igual forma, Gómez (2010) indica que la resiliencia es la capacidad universal que puede ser promovida a lo largo de los ciclos de vida, y que está vinculada con el desarrollo y crecimiento humano. Carretero (2010), menciona que, gracias a la resiliencia, una persona que se enfrenta a una situación adversa, de riesgo o traumática, lo hace de modo que pueda normalizar su vida sacando provecho de la experiencia, más no desarrollando patologías.

Además, se destaca que la resiliencia es relevante en los individuos, ya que, hace posible a las personas vivir en un nivel superior, como si la situación traumática hubiera logrado conseguir en ella recursos latentes y herramientas socioemocionales que fomentan la reflexión y se derive una consciencia interna de recursos personales que no existía

previamente (Jerez, 2009). Ante ello, Grotberg (1995, como se citó en Menezes de Lucena et al., 2006), menciona que existen distintas fuentes de las cuales surgen actitudes resilientes, empezando por los atributos personales como la inteligencia, la autoestima, la capacidad para resolver problemas, competencia social, apoyos del sistema familiar y apoyo social derivado de la comunidad.

Carretero (2010) considera que la importancia de los estudios relacionados con resiliencia recae directamente con la capacidad que tienen de brindar información muy valiosa para trabajar en prevención e intervención en situaciones de adversidad, riesgo y exclusión. También menciona que la información recolectada puede ser utilizada en el diseño e implementación de los programas de intervención social y educativa, individuales y grupales para el desarrollo de actitudes resilientes. Por tanto, al realizar una investigación sobre resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual, se ayuda a mitigar las graves consecuencias mentales, como son la ansiedad y depresión, específicamente en este grupo vulnerable. Lo anterior, en línea con lo expuesto por Quinceno et al. (2013), señalan que: la resiliencia es una variable protectora frente a la depresión y pensamientos suicidas, además de promover la calidad de vida en las víctimas.

De igual forma, al crear estrategias y espacios que ofrezcan seguridad y apoyo a las víctimas de violencia sexual, se ayuda al crecimiento de la confianza que las mujeres tienen en las instituciones, ya que, según CEPAL (2013), sólo el 5% de mujeres denuncian los incidentes de abuso sexual. Particularmente, los motivos que llevan a esta decisión de no querer denunciar son: Sistemas de apoyo inadecuados, vergüenza, temor o riesgo de represalias, temor o riesgo de ser culpadas, temor o riesgo de que no les crean, y temor o riesgo de ser tratadas mal, o ser socialmente marginadas, además de que la mayor parte de

las personas que viven alguna situación de violencia sexual presentan sentimientos de culpabilidad.

En resumen, al considerar las cifras de violencia sexual en mujeres en los diferentes contextos, así como la información proporcionada sobre los beneficios de la resiliencia como una medida de afrontamiento a la violencia sexual, se considera necesario realizar una intervención psicológica en resiliencia y su desarrollo en mujeres víctimas de violencia sexual. Así mismo, al realizar este estudio, se podrán generar nuevos conocimientos sobre la atención a la problemática señalada y brindar evidencia científica de las estrategias de intervención sobre resiliencia.

## **Marco teórico**

### **Resiliencia**

Con la finalidad de realizar el presente estudio se utilizará la definición conceptual que define a la resiliencia “como la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado y fortalecido por ellas” (Grotberg, 1995, p.4).

El constructo de resiliencia ha estado en constante cambio a través de la historia, desde su utilización en las ciencias duras como en su adaptación a las ciencias sociales, la resiliencia surge del vocablo latino *resilio*, este vocablo se basa en expresar la capacidad de un cuerpo material para volver a su forma previa, después de ser sometido a una presión que lo deforme, este término se acuñó de la física y se adaptó a las ciencias sociales (Becoña, 2006).

A su vez, Scoville (1942, como se citó en Rodríguez, 2018) utiliza por primera vez el término de una manera similar a la que se conoce hoy en día, al realizar un estudio con niños

en situaciones de riesgo en las que se hace énfasis en su capacidad de adaptación. Se menciona a la resiliencia como la manera en la que los niños salían adelante luego de pasar situaciones peligrosas, después de encontrarse expuestos y vulnerables frente a la pérdida de los lazos familiares y emocionales. A pesar del estudio de Scoville (1942, como se cita en Rodríguez, 2018), trabajos posteriores que utilizaron el concepto de resiliencia lo sustituyeron por invulnerabilidad, (Anthony, 1969 & Garmezy, 1971) dando a entender que los sujetos contaban con alguna clase de inmunidad a pesar de situaciones genéticas o contextuales. A partir de este suceso es que Garmezy, et al. (1984), comenzaron a remplazarlo por términos menos ambiciosos como resiliente, o resistente al estrés, dando así pauta para recuperar la noción original de resiliencia.

Otro avance significativo en la definición del constructo de resiliencia en la que se encuentra una noción más actual del concepto, se encuentra un estudio longitudinal con 698 niños hawaianos y se encontró que los factores de protección individuales que funcionaban como sostén ante situaciones de riesgo se encuentran los lazos afectivos, el trabajo, escuela, atributos individuales (como lo son temperamento, autonomía, alta autoestima y orientación social positiva), e iglesia que establecen un sistema de creencias que mantiene un sentido de vida (Werner, 1989).

García y Domínguez (2013), establecen que en la actualidad la resiliencia puede ser vista desde dos puntos de vista con los cuales se puede trabajar: la resiliencia como proceso de adaptación y mejora individual, y la resiliencia aplicada a programas de intervención social en los cuales se busca la homeostasis colectiva. Ambas líneas de trabajo se encuentran delimitadas por los recursos que se pueden obtener a partir del entorno en que se está inmerso, así como de las dinámicas que interactúan entre sí, ya sea de lo familiar, individual, escolar,

e incluso la problemática económica y social del país. Rodríguez (2018), otorga énfasis a la importancia que tuvo el cambio de enfoque de la resiliencia al pasar de una visión patológica a una mirada que permite trabajar en mejorar las condiciones y recursos que puedan posibilitar un desarrollo saludable de los individuos y que se pueda actuar de manera preventiva contra los efectos adversos que puedan surgir a partir de la pobreza, violencia y otros factores de riesgo.

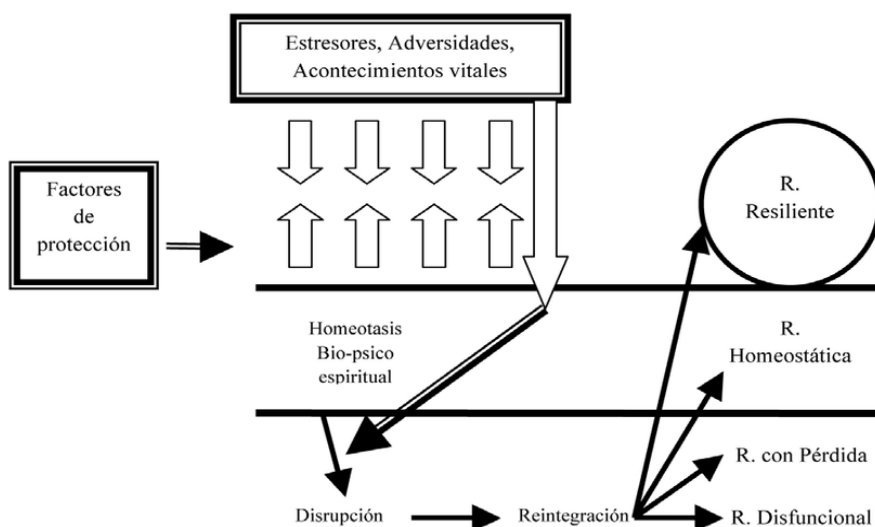
Bajo la misma línea, Crespo y Fernández (2015) llevaron a cabo una investigación en la cual analizaron los niveles de resiliencia de cuidadores no-profesionales de personas mayores dependientes. El estudio deja claro que los cuidadores con mayores puntajes en la escala de resiliencia encuentran mayor satisfacción con el apoyo social recibido, autoeficacia para controlar los pensamientos negativos, autoestima, autocuidado y extraversión, a diferencia de aquellos que no puntuaron alto. Así mismo, los cuidadores con alta resiliencia manifestaron tener una menor preocupación por sus problemas, además se presentaron niveles bajos de sintomatología depresiva y ansiosa, destacando así la importancia que la resiliencia tiene en poblaciones que viven alguna situación adversa.

A la vez, y enfocado en la resiliencia en mujeres que han vivido violencia sexual, se ha encontrado que ésta ayuda a una adaptación eficaz a la vida, a la par de activar mecanismos que auxilian a la recuperación del trauma logrando así una vida y relaciones interpersonales de éxito (Barrera, 2020). De la misma manera, Grotberg (1996) menciona que la resiliencia en las víctimas de violencia sexual retoma un significado particularmente único en cada una de las personas, ya que ésta parte de las fortalezas únicas e individuales que cada individuo tiene para accionar ante el hecho traumático, y a partir de ellas se logra un crecimiento que

se puede ver manifestado de manera psicológica, social, familiar o individual, siendo un proceso dinámico que es afectado por las características individuales.

Richardson et al. (1990), en su modelo (*ver figura 1*) explica que la resiliencia es un proceso en el cual los individuos, al enfrentar una crisis, son capaces de elegir de manera consciente o inconsciente el resultado de ésta. El modelo explica que cada persona cuenta con un potencial genético que se expresa de manera consciente, y que, para que este potencial pueda ser manifestado, el individuo debe estar expuesto a procesos disruptivos resilientes. De igual manera, dentro de este proceso existen cuatro resultados posibles: primero, la reintegración resiliente, que consiste en adquirir crecimiento a partir de la crisis, en el cual hay fortalecimiento de cualidades resilientes personales. En segunda instancia, la reintegración que vuelve a la homeostasis, que se basa en superar la crisis sin tener un aprendizaje significativo derivado de ella. El tercer resultado posible es la recuperación con pérdida, ésta explica que las personas sólo tienen motivación por las demandas que surgen de la vida, sin embargo, no hay un regreso a la homeostasis, y mucho menos un aprendizaje.

Por último, el modelo explica la reintegración disfuncional, la cual consiste en que las personas superan la crisis, pero, utilizan diferentes medios para afrontar la vida, tales como: la adquisición de conductas destructivas para sí mismos o el resto de las personas, o bien, el consumo de sustancias. De la misma manera que el modelo de resiliencia de Richardson et al. (1990), la presente intervención busca fortalecer los factores de protección para que de esta manera los individuos puedan ser capaces de lograr una restitución en busca de la resiliencia.

**Figura 1***Modelo de resiliencia de Richardson*

Nota. *Tomado de* "The resiliency model," G.E. Richardson, B. Neiger, S. Jensen. Y K. Kumpfer, 1990, *Health Education*. 21, p. 33-39

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00970050.1990.10614589>

*Dimensiones de la resiliencia*

La resiliencia es un concepto bastante amplio y complejo que involucra las capacidades humanas para adaptarse y superar la adversidad, para entender el constructo es esencial explorar sus dimensiones que son los pilares que fortalecen las cualidades que tienen los individuos para afrontar las crisis. Estas dimensiones son abordadas por Friborg et al. (2001):

- 1) Fortaleza y confianza en sí mismo: Esta dimensión explica que tienen los individuos para mantener una actitud optimista, además de contar con confianza en habilidades y recursos interiores, de esta manera los seres humanos pueden afrontar desafíos con una visión más positiva y la creencia de que se tiene la capacidad de superar la adversidad.

- 2) Competencia social: ésta hace referencia a las habilidades de los individuos para relacionarse y mantener interacciones sociales de manera efectiva con los demás, facilitando la construcción de relaciones sólidas que pueden brindar apoyo en momentos difíciles.
- 3) Apoyo familiar: es la dimensión que se relaciona con la cohesión y apoyo que cada individuo recibe directamente de su entorno familiar. Cabe destacar que un sistema familiar sólido significa una fuente importante de apoyo emocional cuando se atraviesa un momento de crisis.
- 4) Apoyo social: Esta dimensión explica que el apoyo social es el apoyo que una persona recibe de amigos, compañeros, comunidad e instituciones. El tener redes de apoyo social adecuadas ayuda a afrontar el estrés y a desarrollar resiliencia para enfrentar situaciones adversas de manera más adaptativa.
- 5) Estructura: La estructura hace referencia a la capacidad de cada persona para tener metas específicas y claras, mantener una organización en su vida y mantener una rutina establecida en su día a día. Esta dimensión otorga estabilidad y orden, que resulta benéfico cuando se viven tiempos inciertos o de cambio.

### **Atribución de culpa en casos de violencia**

La atribución de la culpa en personas que han vivido violencia sexual es un factor crucial en la manera en la que se aborda y comprende este problema, la asunción de la culpa en víctimas es un factor que contribuye a que exista revictimización, además de crear obstáculos para

denunciar incidentes, contar con acceso a servicios y programas de apoyo, así como de buscar justicia (Campbell et al., 2019).

Najdowski y Ullman (2009) mencionan que las víctimas que interiorizan sentimientos relacionados con la culpabilidad en casos de violencia sexual suelen enfrentar dificultades para aceptar el abuso, lo que lleva a los individuos a caer en negación, ostracismo y distanciamiento con familiares, amigos y círculos sociales para aliviar las emociones derivadas de la culpa.

Valentine y Feinauer (1993) señalaron que los factores de resiliencia y sus dimensiones son cruciales para que las mujeres que han experimentado situaciones de abuso sexual o abuso sexual infantil superen sus experiencias traumáticas. Los autores mencionan que elementos como una autoimagen positiva, apoyo emocional y empoderamiento personal desempeñan un papel fundamental en los procesos de recuperación y en la atribución externa de la culpa. Por lo que la comprensión de que la culpabilidad en casos de violencia sexual es externa contribuye a mitigar las consecuencias negativas resultantes de la violencia sexual, como la depresión, la ansiedad, la vergüenza y la baja autoestima.

Bonnano et al. (2002) argumentan que, en una gran cantidad de incidentes de violencia sexual, las víctimas no denuncian a las autoridades y suelen mantener en secreto los casos de abuso sexual que han experimentado. Esto conduce a sentimientos de culpa y vergüenza que aumentan a medida que atribuyen que el silencio equivale a complicidad y participación en el abuso. Bajo la misma línea, Andrews et al. (2000) explican que los sentimientos de culpa y vergüenza en casos de abuso sexual, incluido el abuso sexual infantil, están asociados con psicopatologías como la depresión, el trastorno de estrés postraumático y la ansiedad, entre otros trastornos.

Bajo este contexto es crucial entender que la manera en que las víctimas entienden la culpabilidad en casos de violencia sexual puede tener un impacto de gran alcance en su recuperación, así como en el tipo de apoyo que reciben y en la eficacia de los sistemas legales y de apoyo

### **Depresión y su relación con la violencia sexual**

La depresión es uno de los tipos de alteraciones del estado del ánimo, se caracteriza por la disminución de éste, además de que existe pérdida de interés o dificultad en la sensación de placer en actividades cotidianas, con una prevalencia de los síntomas durante más de dos semanas consecutivas, sin que éstos se puedan asociar con algún otro trastorno (Retamal, 1999). Dentro de la sintomatología depresiva se puede encontrar que en la mayoría de los casos se encuentran presentes las perturbaciones del sueño, disminución del apetito, la pérdida de la motivación para iniciar actividades, culpabilidad, así como, el autocastigo, el abandono y a la vez de pérdida de placer y satisfacción al realizar actividades que antes resultaban placenteras (Zarragoitia, 2011).

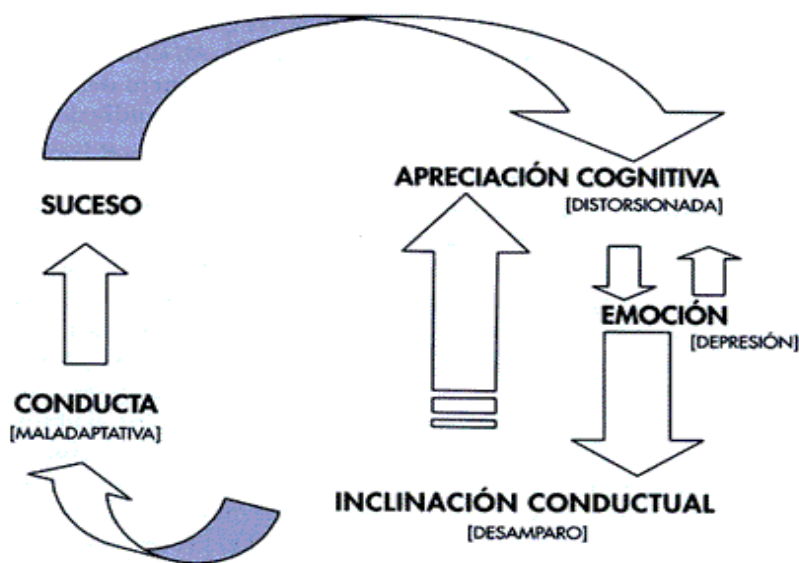
De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición (DSM-V), existe una clasificación de los trastornos depresivos, y los enlista de la siguiente manera: trastorno depresivo mayor, trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afectación médica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Bajo esta misma línea de estudios, la OMS (2020) estimó que la cantidad de personas que padecían algún trastorno depresivo a nivel mundial ascendía a 300 millones, esto como consecuencia de las relaciones entre diversidad de factores sociales, psicológicos

y biológicos. Tal y como se puede observar en la *figura 2*, la información y su procesamiento juegan un rol primordial en la depresión. Siendo más exactos en la relación que surge del juicio, el afecto y la conducta, Figueroa (2002), afirma que: esta relación es cíclica y se mantiene en un constante reforzamiento del humor depresivo y la culpa, esto a causa de una distorsión del pensamiento o un sentido deformado de ellos.

## Figura 2

*Modelo cognitivo de la depresión*



*Nota.* Tomado de "La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor", de G. Figueroa, 2002, *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(1), p. 46-62 (<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>).

De igual manera Beck (1976) explica en su teoría de la triada cognitiva que la depresión nace de la interacción entre tres componentes cognitivos principales 1) la visión negativa de sí mismo, en la que la persona tiende a verse como inadecuada o defectuosa; 2) la visión pesimista del mundo, en la que el entorno es percibido como hostil, injusto o

incapaz de brindar satisfacción; y 3) la visión negativa del futuro, en la que se anticipa la ocurrencia de eventos desfavorables. Estos elementos interactúan en un ciclo que refuerza la sintomatología depresiva. La identificación y modificación de estos patrones de pensamiento distorsionado son objetivos clave en la terapia cognitiva desarrollada por Beck.

A su vez, y en relación con la violencia sexual, Guerra y Farkas (2015), encontraron que la depresión suele ser frecuente en mujeres que han sido víctimas de abuso o violencia sexual, a diferencia de las cifras encontradas en varones que son menores, esto sin importar la gravedad considerada en el abuso o el tipo de violencia sexual vivida. Bonomi et al. (2008), encontraron que, las mujeres que han sufrido violencia sexual en cualquiera de sus formas viven un peor ajuste psíquico y físico, sobre todo al observar los síntomas de depresión, que, a su vez, desencadena una serie de consecuencias como lo son desajuste social, pobre búsqueda de apoyo social y malestar psicológico.

De la misma manera, se ha encontrado que la violencia sexual ocasiona problemas emocionales en quienes la viven que se presentan a corto, mediano y largo plazo, entre los cuales se destaca la depresión como consecuencia de la violencia y disrupción emocional en las víctimas, además, se detectó que se presenta miedo que surge a la par de la depresión, miedo relacionado con ser violentadas de nuevo, o de que alguna persona cercana pueda sufrir este tipo de violencia (Barrera, 2020).

### **Ansiedad y su relación con la violencia sexual**

La ansiedad es una reacción emocional básica que surge ante situaciones que son interpretadas o representan un peligro o amenaza para la persona, por lo que se activan una

serie de mecanismos de defensa en sistemas como el cognitivo o subjetivo, y el fisiológico (Sierra et al., 2003).

El DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), determina que: “la ansiedad es definida como un estado de preocupación desmedida en relación con varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar” (p.190). Entre los criterios a tomar en cuenta para su diagnóstico se encuentran que el individuo presenta inquietud, facilidad para agitarse, le es difícil entrar a un estado de concentración o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, músculos en constante tensión y dificultad para conciliar o mantener el sueño.

Tomando en cuenta las secuelas psicológicas derivadas de la violencia sexual, Ramos et al. (1998), han encontrado que la violencia sexual suele generar de manera reiterativa casos de ansiedad a causa de recuerdos perturbadores o afectos dolorosos asociados con el suceso, este diagnóstico de ansiedad puede empeorar si es que se decide llevar un proceso legal, ya que este suceso conlleva una gran carga emocional y de estrés.

Berliner y Elliot (2002) mencionan que es cinco veces más probable que una persona que ha sido víctima de violencia sexual, en comparación con no-víctimas, pueda ser diagnosticada con algún trastorno de ansiedad, ya sea generalizada o alguna de las variaciones presentes en el DSM. Por otro lado, Cantón y Cortés (2015) encontraron que el estado y trastorno de ansiedad presente en personas que han vivido violencia sexual está en gran parte relacionada con el sentimiento de indefensión, en donde la ansiedad entra en juego al existir una sobrecompensación de la necesidad del control que se percibe como perdido.

Siguiendo esta línea de estudio, la OMS (2017) ya considera a la ansiedad, como uno de los trastornos mentales asociado a la violencia sexual, a su vez, menciona que las consecuencias psicológicas de la violencia sexual son más frecuentes en mujeres y niñas debido al miedo a sufrir embarazos no deseados, riesgo de contagio de alguna infección de transmisión sexual o VIH, o morir a causa de un aborto no seguro.

### **Resiliencia y su relación con ansiedad y depresión**

La resiliencia, la capacidad de adaptarse y recuperarse ante situaciones adversas, está intrínsecamente vinculada a la salud mental ya que las cualidades que ésta desarrolla en los individuos funcionan como fortalezas que mitigan los efectos negativos que diversas condiciones impactan en el bienestar de las personas.

Hjemdal et al. (2011) señalan que los individuos con puntuaciones más elevadas en resiliencia muestran una correlación con niveles inferiores de depresión, ansiedad y estrés, además de una menor propensión a experimentar diversos síntomas psiquiátricos. El estudio explica estos datos al mencionar que la resiliencia opera como una cualidad individual que auxilia a las personas en la adaptación a las circunstancias presentadas por su entorno, reduciendo las dificultades para enfrentar adversidades y desafíos emocionales.

Por su parte, Cole et al. (2015) descubren que la resiliencia tiene la capacidad de atenuar la conexión entre el estrés académico y la ansiedad. Este estudio evidencia que la ansiedad es menos pronunciada en individuos con baja resiliencia, y se explica que la resiliencia opera como un factor de protección positivo que mitiga los efectos perjudiciales de diversos factores externos sobre las personas.

Dentro de esta misma línea de investigación, Niu et al. (2016) explican que la resiliencia juega un papel central en la moderación de los efectos de la depresión que surge

a raíz del ostracismo, así como de otras variables derivadas de experiencias negativas. Se señala que los hallazgos sobre la depresión son significativos en grupos con niveles bajos de resiliencia. Este estudio resalta que la resiliencia desempeña un papel positivo y relevante para fomentar el ajuste y el desarrollo personal, y establece una relación negativa con la depresión, la ansiedad y el estrés.

En el estudio realizado por Alva et al. (2019), se investigó la relación entre la resiliencia, las competencias socioemocionales y la ansiedad en mujeres mexicanas. Los resultados de este estudio revelaron que aquellas mujeres con puntajes bajos en resiliencia presentaban una capacidad reducida para manejar emociones negativas, mayor presencia de sintomatología ansiosa y una perspectiva pesimista del futuro. Por el contrario, las mujeres que obtuvieron puntajes más altos en resiliencia demostraron una mayor habilidad para superar la adversidad y presentaron niveles más bajos de ansiedad.

Velásquez y Montgomery (2009) llevaron a cabo un estudio con la finalidad de analizar la relación entre resiliencia y depresión en estudiantes de secundaria que habían participado en actos violentos. Al examinar las correlaciones entre estas dos variables encontraron resultados significativos, observaron que a medida que existe un aumento en los puntajes de resiliencia o alguno de sus componentes existe disminución en los niveles de depresión por lo que se sugiere que existe relación entre la capacidad de afrontar la adversidad y la reducción de síntomas depresivos, los autores explican que la resiliencia

### **Modelo cognitivo conductual**

El programa de intervención se basa en el modelo cognitivo conductual. Este modelo explica que todo individuo otorga significados únicos y particulares a toda experiencia vivida, además de que identifica los procesos de conocimiento que están involucrados en el

significado, y, primordialmente, como toda esta estructura influye en el bienestar o malestar de cada individuo (Caro-Gabalda, 2011). Para Ellis (1999), toda conducta aparece como consecuencia de la interacción entre una experiencia activadora y las creencias propias de las personas. Dentro de estas creencias, se pueden encontrar pensamientos y emociones individuales, por lo que se puede decir que no son los acontecimientos en sí mismos los que provocan la diversidad de comportamientos humanos, sino que son las creencias, siempre subjetivas, que tenemos sobre los sucesos.

Tomando en cuenta la subjetividad de la interpretación de los sucesos que ocurren a las personas, muchas de las veces las conductas surgen a partir de pensamientos irracionales o de distorsiones cognitivas que pueden llegar a tener efectos negativos en la vida diaria de los individuos. Este tipo de conductas negativas pueden afectar de manera significativa las relaciones interpersonales que la persona desea tener; impide que se trabaje de forma madura, productiva y adecuada; e interfiere con nuestros intereses en muchos campos obstaculizando alcanzar las metas planteadas (Caro & Gabalda, 2011).

La finalidad del modelo cognitivo conductual es lograr un cambio en las estructuras mentales de las personas, siendo acompañante de cada individuo para lograr que sean capaces de desarrollar pensamientos racionales o apegados a la realidad. Este tipo de pensamiento se caracteriza por ser más flexible, permitiéndole lograr satisfactoriamente las metas y objetivos que se proponga (Ellis, 1999).

A pesar de que la terapia cognitivo conductual maneja una visión enfocada a dar mejora y solución a síntomas observables, sería errado asumir que la terapia cognitivo conductual no hace énfasis en las experiencias evolutivas ya que este modelo ha extendido

sus horizontes hacia el desarrollo de aprendizajes y cualidades humanas positivas, siendo así capaz de ayudar a los individuos a construir un sentido de bienestar (Padesky como se cita en Giusti, 2009).

### *Técnicas*

Las técnicas utilizadas en el modelo cognitivo conductual juegan un rol fundamental en el ámbito de la psicología, la salud mental y el manejo de diferentes cuadros y trastornos mentales, su enfoque basado en la evidencia convierte a las técnicas cognitivo-conductuales en una fuente de recursos de gran valía en la promoción del bienestar y el equilibrio emocional.

Una de las técnicas más utilizadas dentro del modelo es la reestructuración cognitiva, se basa en cuestionar y modificar pensamientos y creencias no adaptativas. El objetivo de esta técnica es la de cambiar los esquemas cognitivos disfuncionales a la vez de sustituirlos con una visión más realista del mundo y de sí mismo (Bados & García, 2010). Durante el proceso de reestructuración cognitiva se identifican pensamientos automáticos negativos, se evalúan y se reemplazan buscando que emociones y conductas cambien y sean orientadas hacia patrones más adaptativos (Leahy, 2003).

A la vez, la técnica de flecha descendente funciona como una herramienta terapéutica que ayuda a identificar creencias centrales y pensamientos automáticos que se asocian a las creencias, al seguir una serie de cuestionamientos se exploran de manera profunda los pensamientos y se puede llegar a la base de las creencias negativas e irracionales que afectan las emociones y conductas desadaptativas (Bados & García, 2010). Esta técnica ayuda a las personas a comprender sus patrones de pensamiento, así como a desafiar las creencias que fomentan el malestar emocional y crear una mirada más orientada hacia el bienestar.

### **Intervenciones relativas al desarrollo de resiliencia**

Gómez y Kotliarenco (2010), encontraron en su investigación que el desarrollo de un modelo de resiliencia multifamiliar ha logrado una disminución de sintomatología adversa en casos de personas vulnerables y desarrollo de resiliencia en núcleos familiares multiproblema, a la vez que encontraron un aumento en las cualidades relacionadas con el bienestar. A su vez, Cerquera y Pabón (2015), realizaron un estudio cuyo objetivo era el de aumentar la resiliencia en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, utilizando un método mixto, y construyeron un protocolo de intervención basado en el enfoque cognitivo conductual. Se encontró que la propuesta y realización de un modelo de intervención en resiliencia es necesario para la disminución de la depresión, y a su vez aumento de cualidades positivas tales como el apoyo social y estrategias de afrontamiento positivas.

Por otro lado, Joyce et al. (2018), llevaron a cabo un meta-análisis en el que examinan la efectividad de 17 intervenciones de corte cognitivo conductual y mindfulness de resiliencia en diversas poblaciones, como enfermeras de cuidados intensivos, sobrevivientes de cáncer, trabajadores inmigrantes, militares. En general el estudio demuestra que las intervenciones, en especial las que se basan en terapia cognitivo conductual y mindfulness son efectivas para aumentar los niveles de resiliencia en individuos, pero refieren la necesidad de seguir investigando para comprender de mejor manera cómo estas intervenciones pueden ser implementadas de manera más accesible en diferentes contextos y en poblaciones diversas.

**Tabla 1***Estudios sobre modelos de intervención en resiliencia (2010 – 2020)*

Título	Autor	País	Año	Modelo/instrumentos	Población
Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas	Gómez. E., Kotliarenco, M.	Chile	2010	Modelo Eco-Sistémico de Resiliencia Familiar	Familias en situación vulnerable y multiproblemáticas.
Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer	Cerquera, A., Pabón, D.	Bolivia	2015	Propuesta metodológica adaptada de Mori. Evaluación de calidad del servicio, adaptado de Donabedian, Modelo cognitivo conductual.	Cuidadores de pacientes con Alzheimer.
Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions	Joyce et al.	Estados Unidos	2018	Meta-análisis Modelo cognitivo/ Mindfulness	Enfermeras de cuidados intensivos, sobrevivientes de cáncer, trabajadores inmigrantes, militares.
Programa de intervención terapéutica en resiliencia en una institución de educación superior	Sánchez, G.	Colombia	2016	Modelo de intervención en resiliencia basado en una perspectiva cognitivo conductual.	Estudiante, administrativo, docente o egresado de una institución de educación superior.

Con base en la evidencia científica consultada de la *tabla 1*, y a manera general, se observa que los programas de intervención en resiliencia han mostrado ser una influencia positiva en el ser humano, ocasionando aumentos en los niveles de resiliencia en las muestras de los estudios, así como disminución en las afectaciones negativas relacionadas con el malestar psicológico.

De igual forma, en la investigación exploratoria de la evidencia científica, no se encontró un estudio que atendiera el tipo de población propuesta para este estudio. Por tanto, se presenta como una propuesta novedosa para el desarrollo teórico-práctico del constructo de resiliencia.

## **Método**

### **Objetivo general**

Diseñar, implementar y comprobar la eficacia de una intervención cognitivo conductual con la finalidad de aumentar la resiliencia, disminuir sintomatología ansiosa y depresiva, en mujeres víctima de violencia sexual en Ciudad Juárez.

### **Objetivos específicos**

- Medir el nivel de resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual en Ciudad Juárez.
- Diseñar e implementar un programa de intervención psicológica para el desarrollo de resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual en Ciudad Juárez
- Aumentar el nivel de resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual.
- Disminuir sintomatología ansiosa en mujeres víctimas de violencia sexual.
- Disminuir sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia sexual.

### **Hipótesis**

h1: La implementación de un programa cognitivo conductual es efectivo para desarrollar resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual.

h2: La implementación de un programa cognitivo conductual es efectivo para reducir la sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia sexual

h3: Al aumentar la resiliencia disminuirá la sintomatología ansiosa.

h0: La implementación de un programa psicológico en resiliencia no desarrolla resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual.

h02: El aumento de la resiliencia no disminuye la sintomatología depresiva.

h03: El aumento de la resiliencia no disminuye la sintomatología ansiosa.

### **Diseño**

El propósito de la presente intervención fue diseñar, implementar y evaluar la efectividad de un programa de intervención psicológica para el desarrollo de resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual en Ciudad Juárez, por lo que se eligió un diseño de tipo cuasi-experimental con pretest y posttest sin grupo control, al que Shadish et al. (2002), definen como iguales a los experimentos en cuanto a la comprobación de hipótesis descriptivas causales sobre causas manipulables, con la finalidad de contrastar los resultados antes y después de llevada a cabo la intervención, sin embargo se diferencian en el nivel de control que el investigador puede tener sobre la asignación de los participantes a grupos de tratamiento.

Antes de iniciar la intervención, y como estrategia de evaluación se llevó a cabo una medición inicial con la batería de instrumentos para obtener una base de puntuaciones previa contrastable con los resultados que se obtuvieron después de la intervención; con ambos

puntajes se realizaron los análisis para determinar si hubo cambios significativos en los resultados finales.

### **Operacionalización de variables**

En la *tabla 2* se puede observar la operacionalización de variables con las que se trabajó en la propuesta de intervención.

**Tabla 2***Operacionalización de variables independientes y dependientes*

Variable	Definición conceptual	Operacionalización	Instrumento
Violencia sexual	Acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra (OMS, 2017).	<p>Tocar a la persona de forma sexual.</p> <p>Obligarla a mirar material sexual o pornográfico.</p> <p>Exhibir genitales o ser obligada a tocarlos.</p> <p>Violación sexual.</p> <p>Frotar genitales contra el cuerpo de la víctima.</p>	Entrevista en la que se preguntó si se había vivido algún <i>tipo de violencia sexual</i> .
Resiliencia	Capacidad de recuperación óptima integral del ser humano ante la presencia de una adversidad (Álvarez, 2017)	<p>Fortaleza y confianza en sí mismo: Estoy satisfecho conmigo mismo.</p> <p>Competencia social: Me es fácil hacer nuevos amigos.</p> <p>Apoyo familiar: Tengo una buena relación con mi familia.</p> <p>Apoyo social: Tengo a algunos amigos que me alientan.</p> <p>Estructura: Trabajo mejor cuando tengo metas</p>	Escala de resiliencia (RS-14) <i>Niveles de resiliencia</i>
Ansiedad	Reacción emocional surgida ante situaciones interpretadas o representan un peligro para la persona, por lo que se activan una serie de mecanismos de defensa en sistemas como cognitivo o	<p>Somáticos: Me he sentido mareado</p> <p>Cognitivos: He tenido miedo de morir</p>	Inventario de ansiedad de Beck <i>Nivel de ansiedad</i>

---

	subjetivo, fisiológico (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003)		
Depresión	Alteración del estado del ánimo, se caracteriza por la disminución de éste, además de que existe pérdida de interés o dificultad en la sensación de placer en actividades cotidianas (Retamal, 1999)	Actitud negativa y dificultades de rendimiento: Dificultad para llevar a cabo alguna actividad. Elementos somáticos: Falta de energía, dificultad para conciliar el sueño.	Inventario de depresión de Beck-II <i>Nivel de depresión</i>

---

## **Participantes**

Como participantes para el estudio se buscó la colaboración voluntaria de mujeres que han vivido violencia sexual en Ciudad Juárez. Se buscó recolectar participantes vía redes sociales, además del acercamiento a diversas asociaciones e instituciones para las que podría ser de interés el proyecto, esto con la finalidad de tener un mayor alcance y poder obtener mayor participación en el proceso de intervención, sin embargo, debido a las afectaciones derivadas de lanzar la convocatoria durante la pandemia surgida del brote del SARS-CoV-2 y de los protocolos de actuación de asociaciones diversas, el alcance no fue el esperado limitando la repercusión a una muestra de 2 personas. Las participantes contaban con la edad de 28 y 29 años respectivamente, ambas con formación profesional.

Para determinar que se vivió violencia sexual se llevó a cabo una entrevista en la cual se indagó en las vivencias personales y a partir de los criterios establecidos por la OMS (2017) para determinar que efectivamente se ha vivido una situación de violencia sexual, los criterios tomados en cuenta son los siguientes: acoso a través de la verbalización, penetración forzada ya sea por la fuerza o cualquier tipo de coacción como lo pueden ser presión social y/o intimidación.

Las participantes (n=2) con las que se trabajó fueron captadas a través de redes sociales, fue una muestra no probabilística y cuyos criterios de inclusión fueron los de ser mujer, haber sido víctima de algún tipo de violencia sexual en algún momento de su vida, y ser mayor de 18 años. A su vez los criterios de exclusión que se manejaron y mantuvieron durante la selección, con la finalidad de evitar variables externas que pudiesen afectar el tratamiento, incluyen que el participante ya haya sido diagnosticado con otro tipo de trastorno

psicológicos, exista abuso de sustancias, que ya hayan llevado o estén llevando a cabo cualquier otro tipo de intervención psicológica, que se siga manteniendo contacto con el agresor y una negativa de firmar el consentimiento informado.

### **Instrumentos**

El instrumento que se utilizó para realizar las mediciones de resiliencia en la muestra es la Escala de resiliencia (RS-14; Wagnild, 2009) (*anexo 2*) encargada de medir el grado de resiliencia individual. La versión en español fue adaptada por Sánchez y Robles (2015) y cuenta con 7 opciones de respuesta tipo Likert que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. La escala contiene 14 ítems y cuenta con un alfa de Cronbach de .79.

El instrumento que se aplicó para medir la sintomatología depresiva es la Escala Depresión de Beck (BDI-2; Beck et al., 1996) (*anexo 3*), con adaptación a población mexicana (González et al., 2015). Este instrumento es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3 y proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes. La consistencia interna de la escala es de  $\alpha=.91$ , y sus puntos de corte se manifiestan de la siguiente manera: 0-13, mínimamente deprimido; 14-19, levemente deprimido; 20-28, moderadamente deprimido; y 29-63, severamente deprimido.

Por último, para medir los niveles de ansiedad de la muestra se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988) (*anexo 3*) en su versión estandarizada para población mexicana (Robles et al., 2001). Es un cuestionario de tipo Likert que se compone de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta que son en absoluto, leve, moderada y severamente, siendo que, un mayor puntaje alcanzado indica una mayor gravedad en los

síntomas de ansiedad. Esta escala cuenta con una consistencia interna de  $\alpha = .83$  y sus puntos de corte son los siguientes: ausente o mínima 0-5, leve 6-15, moderada 16-30, grave 31-63.

Por tanto, se aplicaron los instrumentos de evaluación antes de la intervención psicológica para hacer el diagnóstico inicial de resiliencia, depresión y ansiedad en la muestra seleccionada. De esta forma se obtuvo un perfil inicial de las mujeres víctimas de violencia sexual en cuanto a resiliencia se refiere.

### **Procedimiento**

Primeramente, se presentó la propuesta de intervención y la documentación necesaria ante el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (código de control interno CEI-2021-1-297) para solicitar su aprobación para comenzar la intervención; seguido de esto se solicitó a una reunión online individual con las participantes para poder acordar horarios y fechas de trabajo. Al iniciar las sesiones se obtuvieron los consentimientos informados de las interesadas a participar en la intervención; se trabajaron las 8 sesiones contempladas en un total de 8 semanas (*Tabla 3*). Al finalizar la intervención se realizó una comparación de los datos que se obtuvieron en la evaluación final con los de la evaluación inicial con el objetivo de confirmar o rechazar las hipótesis de investigación.

Para diagnosticar y evaluar la eficacia de la intervención se realizó una aplicación de instrumentos a los participantes antes de iniciar el tratamiento y una aplicación final, para así, comparar el nivel general de resiliencia en la prueba ante pretest y posttest, que permitió valorar el cambio producido en el grupo antes y después del tratamiento (Rodríguez & Valldeoriola, 2010).

### **Consideraciones éticas**

Las consideraciones éticas tienen como principio fundamental salvaguardar la integridad física, psicológica y emocional de los participantes en proyectos de investigación. Como parte de este protocolo de intervención se tomaron en cuenta las consideraciones establecidas por Asociación Americana de Psicología (2010), donde se menciona indispensable el uso de un consentimiento informado (*anexo 1*) en el que se le explique a cada participante su papel en la investigación, así como los beneficios que obtendrá al participar en ésta. También se le da énfasis a la confidencialidad en cuanto a la manera en la que se utilizará la información recopilada durante la intervención. De misma manera se le explicó a cada uno de los participantes que podía abandonar la investigación en cualquier momento sin que exista ninguna consecuencia en contra de ella. A la vez, si alguna de las participantes llegase a presentar alguna especie de crisis durante el proyecto, se le canalizará a alguna institución a recibir la atención adecuada.

### **Programa de intervención**

Para la intervención se llevaron a cabo 8 sesiones individuales online (*tabla 3*) de manera semanal. Las sesiones y las estrategias utilizadas estuvieron basadas en el modelo de terapia cognitiva conductual, tomando como base las siguientes técnicas: reestructuración cognitiva, la técnica de flecha descendente (Bados & García, 2010),

Durante el tratamiento, a cada persona involucrada se le pidió que escriba en un cuadernillo todo aquello que haya aprendido en cada sesión, herramienta utilizada comúnmente en este modelo terapéutico y cuya finalidad consiste que cada persona sea consciente de sus creencias y consecuencias, y a la vez almacena por repetición nuevos aprendizajes (Dattillio, 2007).

Cada sesión del programa se diseñó para tocar las dimensiones de la resiliencia, propuestas por Friborg et al. (2001), que son fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura, además, se decidió incluir una sesión enfocada a trabajar con la culpa, elemento recurrente en víctimas de violencia sexual (Heider, 2013) aunado a esto se consideraron las sesiones destinadas a recopilar información para la evaluación y el contraste.

**Tabla 3**

*Plan de intervención*

<i>Intervención</i>			
<u>Sesión</u>	<u>Objetivo</u>	<u>Contenidos</u>	<u>Actividades</u>
1. Presentación Identificar pensamientos automáticos	Establecer rapport Encuadre del modelo cognitivo conductual Psicoeducación Historia clínica  Identificar los pensamientos automáticos que afectan al paciente.	Se hará una breve descripción sobre los objetivos a cumplir, se realizará una presentación de las personas involucradas.  A través de hojas de trabajo se identifica los pensamientos automáticos.	Aplicación de la RS-14. Aplicación del BDI-2. Aplicación del BAI. Flecha descendente
2. Culpa	Disminuir los sentimientos de culpa de las participantes.	Se trabaja con los sentimientos de culpa	Círculo de la culpa
3. Fortaleza y confianza en sí mismo.	Reconocer las fortalezas que me han hecho lograr objetivos y establecer las herramientas para lograr nuevas metas. Así como reconocer	Competencias personales, perseverancia y decisión.	Reestructuración cognitiva.

	cualidades que otros ven en mí.		
4.Competencia social	Que los sujetos reconozcan la habilidad que tiene para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades.	Se trabajará con habilidades sociales, afrontamiento de las críticas y resolución de conflictos.	Reestructuración cognitiva.
5.Apoyo familiar	Que se identifiquen y fortalezcan los lazos de confianza dentro del núcleo familiar.	Lazos familiares, resolución de problemas.	Reestructuración cognitiva.
6.Estructura	Dotar de herramientas mediante las cuales los individuos puedan establecer reglas y rutinas para cumplir metas.	Orden, perseverancia, control.	Hoja de trabajo enfocada en la consecución de metas.
7.Apoyo social	Identificar el apoyo social con los que se cuenta y los vínculos en los cuales se da una relación de confianza.	Vínculos sociales, qué apoyo se obtiene de los otros.	Psicoeducación.
8.Cierre	Dar un cierre a las sesiones terapéuticas, rescatar cambios y diferencias lo que se percibe de sí mismo y lo que los demás perciben. Prevención de recaídas. Aplicar instrumentos de medición.	Se agradecerá a los participantes.	Aplicación de la RS-14. Aplicación del BDI-2. Aplicación del BAI.

## **Desarrollo de sesiones**

El programa de intervención consta de un total de 8 sesiones, distribuidas semanalmente con duración aproximada de 60 minutos cada una. A continuación, se presenta el desglose de cada sesión (tabla 3).

### *Sesión 1: Presentación/ Identificación de pensamientos automáticos.*

Objetivos: Establecer rapport, realizar encuadre del modelo cognitivo conductual. Identificar pensamientos automáticos.

Actividades: Aplicación de escalas RS-14, BDI-2, BAI, y Flecha Descendente para identificar, enlistar y hacer conscientes los pensamientos automáticos de la persona.

### *Sesión 2: Culpa.*

Objetivo: Disminuir los sentimientos de culpabilidad.

Actividad: Se pide a los participantes que dibujen un círculo en la que harán una gráfica de pastel para ponderar la culpa asumida del suceso ocurrido, después se cuestionan y se reestructuran esas creencias, se vuelve a graficar la culpa para ver la disminución ocurrida después del cuestionamiento.

### *Sesión 3: Fortaleza y confianza en sí mismo.*

Objetivos: Reconocer las fortalezas que me han hecho lograr objetivos y establecer las herramientas para lograr nuevas metas.

Actividades: Se enlistan una serie de cualidades que la persona considera que tiene alguien con competencias sociales luego, se pide escribir un logro y a la vez, una lista de cualidades

necesarias para conseguir el objetivo. A partir de esto, se busca la reestructuración de las ideas que le hacen creer que no cuenta con fortalezas o confianza en sí misma.

*Sesión 4: Competencia social.*

Objetivos: Identificar la habilidad que se tiene para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades.

Actividades: Se pide a las personas que enlisten características que considera tienen las personas socialmente exitosas, y a la par debe enlistar las cualidades sociales que ella posee. A través de la reestructuración cognitiva se le concientiza sobre cualidades propias.

*Sesión 5: Apoyo familiar.*

Objetivos: Identificar y fortalecer los lazos de confianza dentro del núcleo familiar.

Actividades: Para cada familiar se le pide enlistar cualidades positivas, negativas y se le pide definir una acción concreta para mejorar la relación con cada uno de ellos.

*Sesión 6: Estructura.*

Objetivos: Dotar de herramientas mediante las cuales los individuos puedan establecer reglas y rutinas para cumplir metas.

Actividades: En una hoja de trabajo se plantea un objetivo a realizar, y se desglosan los siguientes puntos: ¿Qué falta?, ¿qué puedo hacer?, fecha para cumplirlo, obstáculos, y cómo resolverlo.

*Sesión 7: Apoyo Social.*

Objetivo: Identificar el apoyo social con el que se cuenta.

Actividades: A través de psicoeducación se muestra a las participantes instituciones de apoyo social a las que se puede recurrir.

*Sesión 8: Cierre.*

Objetivos: Dar un cierre a las sesiones terapéuticas, y a la vez rescatar cambios percibidos antes y después de la intervención.

Actividades: Aplicación de escalas RS-14, BDI-2, BAI, como parte del post test

## **Resultados**

### **Análisis de datos**

El análisis de los resultados se llevó a cabo a través del software estadísticos SPSS 23 tomando en cuenta los puntajes obtenidos de los instrumentos aplicados y calificados de acuerdo con las normas de revisión adecuadas, obteniendo puntuaciones estandarizadas que puedan ser comparadas de manera equivalente. Se realizó un contraste de los resultados recogidos en las evaluaciones realizadas, esto con la finalidad encontrar diferencias estadísticamente significativas en las medias de la muestra y determinar el nivel de cambio después de la intervención.

Tomando en cuenta que la muestra con la que se trabajó es reducida ( $n=2$ ), la distribución de los datos no es normal u homogénea, así que, según Gamarra, Pujay y Ventura (2020), la prueba estadística adecuada para el análisis de datos en un estudio como el presente es un test de Wilcoxon ya que permite analizar si hubo cambios estadísticamente significativos en una muestra relacionada cuando no hay distribución normal y se está comparando dos tiempos, antes, y después de un tratamiento.

La intervención se llevó a cabo en dos participantes, por lo que se realizó la prueba de Wilcoxon (tabla 4) para determinar si hubo cambios estadísticamente significativos en las variables de resiliencia, ansiedad y depresión, así como en los factores de cada escala.

**Tabla 4**

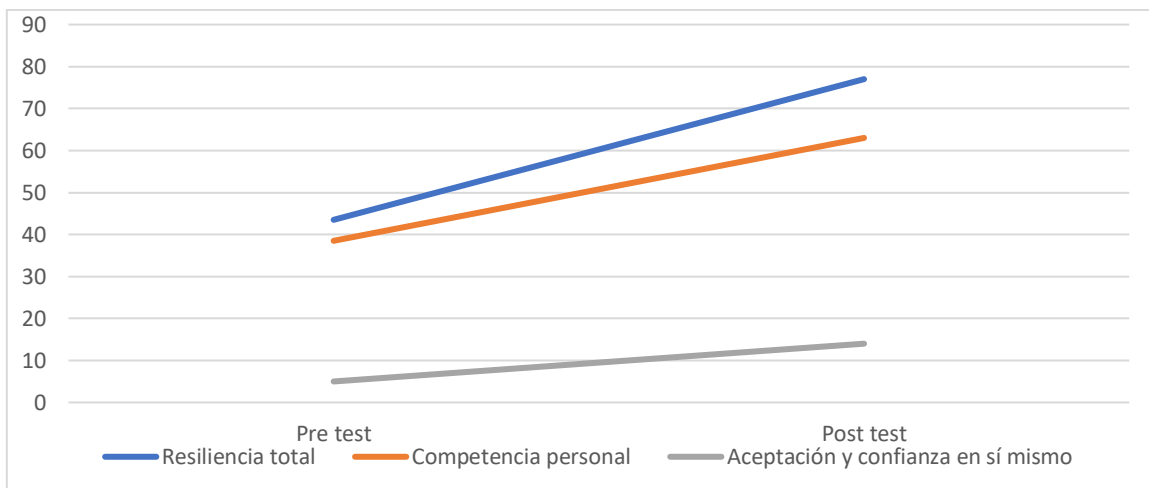
*Resultados en prueba de Wilcoxon*

Variables	Media (DE) Pretest	Media (DE) Postest	z (p)	r
Ansiedad	23 (9.89)	7.5 (2.12)	1.342 (.18)	.671
Somático	11 (5.65)	4 (.00)	1.342 (.18)	.671
Cognitivo	12 (4.24)	3.5 (2.12)	1.342 (.18)	.671
Depresión	33 (5.65)	9.5 (4.94)	1.342 (.18)	.671
Factor 1	14.5 (2.12)	5 (1.41)	1.342 (.18)	.671
Factor 2	18.5 (3.53)	4.5 (3.53)	1.414 (.15)	.707
Resiliencia	43.5 (4.94)	77 (.00)	1.342 (.18)	.671
Competencia personal	38.5 (3.53)	63 (.00)	1.342 (.18)	.671
Aceptación y confianza en uno mismo	5 (1.41)	14 (.00)	1.342 (.18)	.671

En cuanto a la variable de resiliencia, y de acuerdo con el análisis se determinó que no hubo cambios estadísticamente significativos ( $z= 1.342$ ,  $p =.18$ ), sin embargo, a modo exploratorio se calculó el tamaño de efecto  $r=.671$ , que resultó ser grande. A pesar de que los resultados obtenidos en la prueba no son significativos, se observó un aumento considerable en las medias de resiliencia y de cada uno de sus factores (figura 3).

**Figura 3**

*Resultados pre-test y post test de las medias de resiliencia*

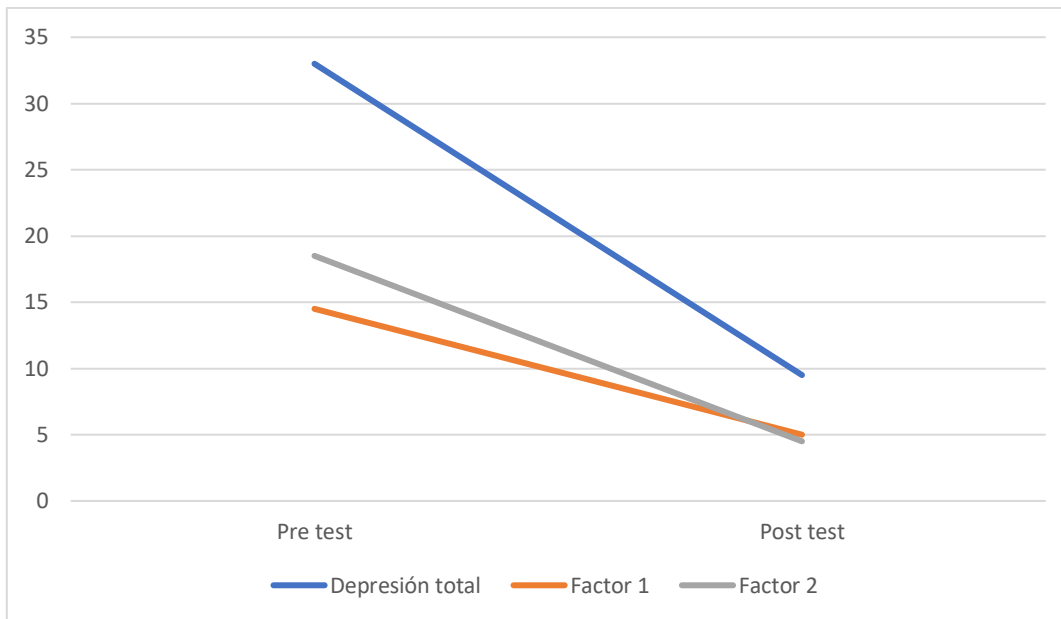


En el caso de la participante 1, se encontró que antes del inicio de la intervención el puntaje obtenido en la Escala de Resiliencia era de 47, y a finalizar la intervención se encontró un aumento terminando con un puntaje de 77. De igual manera, el participante 2 tuvo un aumento en sus puntajes de resiliencia, pasando de un puntaje inicial de 40 y finalizando en 77. Estos cambios pueden apreciarse en la figura 3.

Por otro lado, con respecto a la variable de depresión, y al realizar el análisis de Wilcoxon se establece que no hay diferencias estadísticamente significativas en la variable ( $z= 1.342$ ,  $p =.18$ ), y de igual manera que en la variable anterior, se calculó el tamaño de efecto a modo exploratorio, y se obtuvo  $r= .671$  que resultó ser grande. A pesar de los resultados estadísticos, se encontró una disminución considerable en las medias de la depresión y sus factores, tal y como se observa en la figura 4.

#### **Figura 4**

*Resultados pre test y post test de las medias de depresión*

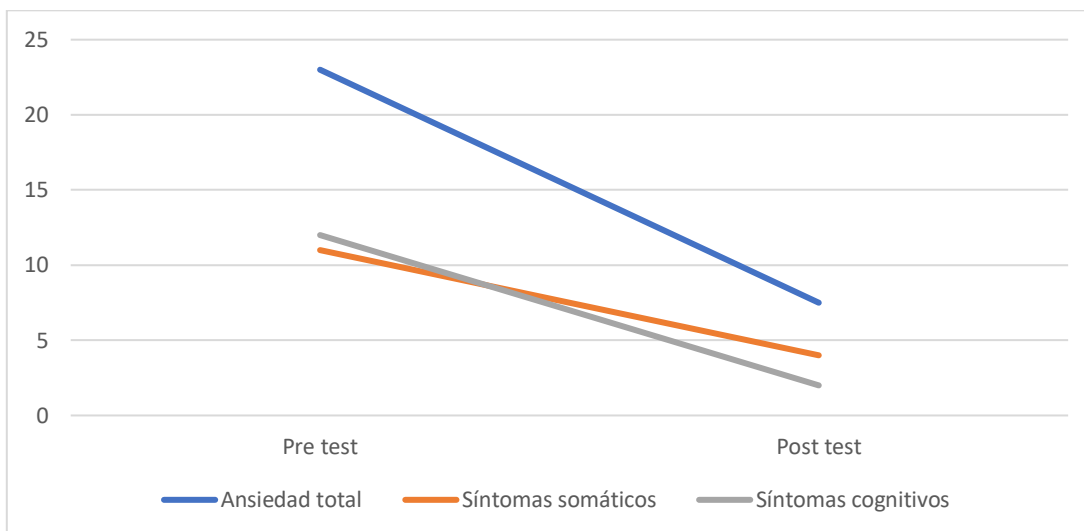


En cuanto a los puntajes individuales de depresión se observó una disminución considerable en cada una de las participantes. En la participante 1 se pasó de un puntaje inicial de 29 que es considerado como severamente deprimido a un puntaje final de 6, siendo un nivel de depresión mínima. De igual manera, se pudo observar que en la participante 2 se pasó de un puntaje inicial de 37 considerado como severamente deprimida a uno de 13 al finalizar la intervención, considerado como un nivel leve de depresión.

A su vez, en la variable de ansiedad, después de analizar los puntajes a través de la prueba de Wilcoxon, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al pre test y post test ( $z= 1.342$ ,  $p =.18$ ). También se calculó el tamaño de efecto de manera exploratoria y se obtuvo una  $r= .671$ , que es grande. De la misma manera que en las variables anteriores, se encontró, que a pesar de no existir un resultado significativo la disminución considerable en las medias en los puntajes de ansiedad y sus factores, esto se puede observar en la figura 5.

## Figura 5

*Resultados pre test y post test de las medias de ansiedad*



Al observar de los puntajes individuales medidos antes y después de llevar a cabo la intervención se identificó una disminución, en la participante 1 se pasó de haber obtenido un puntaje inicial de 16 puntos, considerado como ansiedad moderada a un puntaje final de 6 que es considerado como ansiedad leve, en el caso de la participante 2 se pasó de un puntaje inicial de 30 a uno de 9, habiendo pasado así de una ansiedad grave a una moderada.

## Discusión

El objetivo de esta intervención fue diseñar, implementar y comprobar la eficacia la efectividad de un programa de intervención cognitivo conductual enfocado a desarrollar resiliencia en mujeres que han vivido alguna situación violencia sexual, así como determinar si hubo una disminución en sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa.

La intervención fue exitosa en las dos participantes de la terapia en donde los niveles de resiliencia aumentaron y los niveles de depresión y ansiedad disminuyeron. Al analizar los puntajes de cada una, los cambios fueron bastante amplios, sin embargo, al analizar la

muestra como grupo, no encontramos resultados estadísticamente significativos debido al tamaño pequeño de la muestra.

En cuanto a al diseño del programa de intervención, se realizó a partir de la revisión de diversos artículos y escalas que abordan la resiliencia y las dimensiones que la componen, de las cuales se incluyeron fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura. Si bien, existe una gran cantidad de autores y teóricos que abordan la resiliencia desde diferentes pilares se decidió utilizar las dimensiones que Friborg et al. (2001) establecieron. De la misma manera se revisaron diversas intervenciones en desarrollo de resiliencia en diferentes poblaciones. Para la selección de las técnicas se realizó una revisión de técnicas breves y prácticas que se relacionen con cada uno de los ejes de trabajo, de las cuales se seleccionaron como base de trabajo principal la reestructuración cognitiva y la flecha descendente.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados, aunque se encontró un aumento en los puntajes de resiliencia individuales, los resultados no fueron estadísticamente significativos. Aun así decidimos calcular de manera exploratoria el tamaño de efecto, el cual resultó ser grande. El aumento de resiliencia en los dos participantes de la muestra se puede relacionar directamente con los hallazgos encontrados por Ortiz (2020), en los que se menciona que iniciar un proceso terapéutico tiene relación con el desarrollo de resiliencia ya que eso expresa una distinción en la experiencia personal entre el suceso experimentado y el inicio de un cambio. Los resultados también se encuentran alineados con los aportes de Richardson et al. (1990), en los que mencionan que, al fortalecer los factores de protección de los individuos, éstos pueden ser capaces de afrontar la adversidad logrando así una reintegración orientada a la resiliencia, la homeostasis y el

desarrollo individual. A la vez, Barrera (2020), explica que fortalecer la resiliencia y sus procesos en personas que han estado involucradas en alguna situación de violencia sexual ayuda a la superación del trauma, ya que ayuda a visibilizar el dolor, el sufrimiento, a la vez que hace énfasis en los aspectos positivos que le han fortalecido para el afrontamiento.

Por otro lado, se encontró una disminución en los puntajes individuales de la variable de ansiedad y depresión, aunque los resultados tampoco resultaron estadísticamente significativos. A pesar de ello, a modo exploratorio, se calculó el tamaño de efecto y se obtuvo un resultado grande en ambas variables. Tomando en cuenta estos hallazgos, es posible indicar que la relación que tienen estas variables con el aumento de resiliencia en la muestra puede ser explicada por Rutter (1985), quien menciona que la promoción de los procesos de resiliencia disminuye los riesgos de padecer un desajuste psíquico o desarrollo de alguna patología, en este caso depresión y ansiedad, y que, si ya existe, el aumento en la resiliencia permite a los individuos crear estrategias para su disminución o bien su eliminación.

En cuanto a los datos arrojados con relación a la disminución de la sintomatología depresiva, si bien, los resultados no son significativos, la disminución en los puntajes es bastante grande, lo que se relaciona con el estudio llevado a cabo por Quinceno et. al. (2013), en el que se examinó la relación entre la resiliencia, calidad de vida e ideación suicida; los resultados encontrados explican que existe una relación negativa entre resiliencia y depresión, lo que señala que, a mayor resiliencia, menor depresión, el mismo estudio explica esta relación al decir que la resiliencia funciona como una variable que protege a los individuos de los pensamientos sobre el suicidio, depresión y, además, promueve calidad de vida en víctimas de abuso sexual.

Si se consideran los datos individuales de cada participante, se puede señalar que la intervención es efectiva para aumentar la resiliencia y disminuir sintomatología depresiva y de ansiedad, sin embargo, en ausencia de una muestra más grande, los resultados no son estadísticamente significativos. Es muy probable que esto suceda porque el análisis estadístico llevado a cabo en este estudio es sensible al tamaño de la muestra ( $n=2$ ), tal y como Gravetter y Wallnau (2013), mencionan que, al contar una muestra pequeña, el poder estadístico del estudio resulta ser muy bajo. El problema de tener un poder estadístico muy bajo en esta intervención, debido a contar con una muestra pequeña, hace que a pesar de que la intervención pudiera ser efectiva, el análisis estadístico no va a detectar esta efectividad.

A pesar de la continua difusión del programa de intervención, no se pudo contar con una participación más numerosa por parte de la comunidad, posiblemente a causa de la pandemia y contexto de aislamiento social. Además, es importante recordar que la CEPAL (2013) estimó que sólo el 5% de mujeres denuncian y buscan ayuda ante incidentes de abuso y violencia sexual, principalmente porque consideran que hay sistemas de apoyo inadecuados y sentimientos de vergüenza, lo cual pudo haber actuado como un factor de importancia de manera que por esta razón las personas no atendieron la convocatoria. Tomando en cuenta este contexto, se recomienda realizar estudios que cuenten con un número mayor de participantes para que el impacto y los resultados no se vean sesgados o disminuidos por la poca cantidad y representatividad de la muestra.

También se recomienda, para estudios posteriores, realizar intervenciones con un diseño experimental, para de esta manera, se puedan atenuar las limitaciones derivadas de un diseño de corte cuasi-experimental, así como la ausencia de una muestra probabilística que no permite la selección aleatoria de los participantes, disminuyendo así la heterogeneidad de

los participantes, viendo afectada la validez externa al no permitir generalizar los resultados de la investigación (Shadish et al., 2002).

De la misma manera, se sugiere la realización de futuros estudios en donde se cuente con un grupo control y un grupo experimental, para de esta manera disminuir las amenazas internas como lo es la maduración, ya que, al contar con ambos grupos es más fácil controlar los posibles los elementos de cambio de cada grupo, eliminando la influencia que pudieran tener los factores externos que sean ajenos a la manipulación de la variable independiente como lo son cambios en el ambiente, eventos inesperados o intervenciones no previstas, bajo la misma línea de recomendaciones se destaca la importancia de contar con asignación aleatoria entre grupos para asegurar igualdad y evitar diferencias significativas que puedan ser explicados por diferencias previas de los grupos (Shadish et al., 2002

Se aconseja que para estudios posteriores, o en el caso de que se decida llevar a cabo una réplica de la presente intervención, se trabaje con una metodología mixta, y así, poder recabar información cualitativa como lo son experiencias y percepciones de los participantes, motivaciones, expectativas, así como una comprensión más amplia del contexto y entorno, información que puede escapar del alcance de un estudio meramente cuantitativo, y de esta manera se puedan ver robustecidos los resultados de la investigación. Este apartado de información cualitativa puede proporcionar una valiosa perspectiva humana y contextual sobre los resultados lo que permite una comprensión más completa y enriquecida de los efectos de la intervención y su significado para los participantes.

A su vez, dentro de las fortalezas del diseño se encuentra en la evaluación pretest y posttest, ya que este tipo de evaluaciones, tal y como explica Shadish et. al. (2002), permite observar y medir el cambio de las variables en un periodo de tiempo determinado, además

de ayudar a evaluar el cambio individual de cada participante, lo que es útil para adaptar futuras investigaciones. Otra de las ventajas de tener pretest y posttest en el diseño es que permite tener una referencia inicial de cada participante, facilitando las comparaciones internas del grupo y así poder evaluar si los cambios obtenidos puedan ser a causa de la intervención. En resumen, la evaluación pre-test y posr-test aumenta la calidad y validez interna de los resultados de cualquier investigación, además de brindar una visión más completa y confiable del efecto de una intervención.

Si bien, la comprensión de la resiliencia, su desarrollo y la relación que tiene con otro tipo de variables ha sido estudiada con frecuencia desde que se comenzó a tener un entendimiento del constructo, es importante la creación de intervenciones enfocadas en resiliencia en una cantidad más diversa de contextos y situaciones, por lo que se recomienda el desarrollo de programas que hagan posible una mayor comprensión de los procesos que llevan las mujeres que han superado la violencia sexual y el impacto que ha tenido en sus vidas.

En resumen y como conclusión, los resultados indican que la terapia fue efectiva para ambas personas, lo que sugiere que puede ser aplicada en personas víctimas de violencia sexual. Se recomienda seguir estudiando este enfoque terapéutico con una muestra más amplia para obtener una mayor comprensión de su impacto general. Los puntajes obtenidos de manera individual respaldan la posibilidad de conseguir resultados igual de positivos en esta población, proporcionando bases robustas para el desarrollo de futuras investigaciones y prácticas clínicas.

### Referencias

- Álvarez, J. (2017). Mindfulness en estudiantes universitarios y su relación con estrés, ansiedad, depresión, resiliencia y satisfacción con la vida. Tesis doctoral, Universidad de Huelva Anthony.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S., y Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 69-73.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.1.69>
- Anthony, E. J. (1969). A clinical evaluation of children with psychotic parents. *American Journal of Psychiatry*, 126(2), 177-184. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.2.177>

Asociación Americana de Psicología. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*.

[http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/Codigo\\_APA.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf)

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta Edición*. Editorial Médica Panamericana.

Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos*.

Barrera Acosta, L. M. (2020). Resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual dentro del conflicto armado. *Horizonte De Enfermería, 31(3)*, 268–290.

[https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.31.3.268-290](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.3.268-290)

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the beck depression inventory-II. *Psychological Corporation, 1(82)*, 10-1037.

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología & Psicología Clínica, 11(3)*, 125–146.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>

- Berliner, L. & Elliott, D. M. (2002). *Sexual abuse of children. The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks.
- Bonanno, G.A., Keltner, D., Noll, J.G., Putnam, F.W., Trickett, P.K., LeJeune, J., & Anderson, C. (2002). When the face reveals what words do not: facial expressions of emotion, smiling, and the willingness to disclose childhood sexual abuse. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(1), 94-110.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.1.94>
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. P. & Thompson, R. S., (2008). Associations between self-reported health and physical, and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*, *32*, 693-701.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213408000951>
- Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2019). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse*, *20*(1), 41-60.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19433406/>
- Cantón, C, D., & Cortés, M.R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, *31*, 552-561.  
[https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n2/psicologia\\_evolutiva9.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n2/psicologia_evolutiva9.pdf)
- Caro Gabalda, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: Modelos y técnicas principales*. DESCLÉE DE BROUWER.
- Castro, A., Ruvalcaba, M., Orozco, G., Solís, H. & Rubén, A. (2019). Resiliencia y competencias socioemocionales como factor preventivo de ansiedad en mujeres mexicanas. *Ansiedad y Estrés*, *25*(2), 59-65.

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.10.003>

Carretero, R. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 27(3), 1-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18113757004>

Cerquera, A. & Pabón, D., (2015). Resiliencia y Variables Asociadas en Cuidadores Informales de Pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1),33-46. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v25n1/v25n1a03.pdf>

Cole, N. N., Nonterah, C. W., Utsey, S. O., Hook, J. N., Hubbard, R. R., Opare-Henaku, A., & Fischer, N. L. (2015). Predictor and moderator effects of ego resilience and mindfulness on the relationship between academic stress and psychological wellbeing in a sample of Ghanaian college students. *Journal of Black Psychology*, 41, 340–357. <https://doi.org/10.1177/009579841453793>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Organización Mundial de la Salud (OMS) [https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184\\_violenciasexual.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciasexual.pdf)

Contreras, J. M., Bott, S., Guedes, A. & Dartnall, E. (2010) *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual*. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Violencia\\_Sexual\\_LAyElCaribe.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Violencia_Sexual_LAyElCaribe.pdf)

Crespo, M., & Fernández, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282015000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000100003)

Dattillio, F. (2007). Comprehensive cognitive-behavior therapy with couples and families: a schema focused approach. Harvard Medical School.

<https://psihoterapiafamiliei.files.wordpress.com/2012/03/cbt-with-couples-and-families.pdf>

Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y verdadera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. PAIDÓS.

<https://books.google.com.mx/books?id=mnZyDwAAQBAJ&printsec=frontcover&q=terapia+racional+emotiva+de+ellis&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjPtueeiNXrAhXRMX0KHZwJCCsQ6AEwB3oECAkQA#v=onepage&q=terapia%20racional%20emotiva%20de%20ellis&f=true>

Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 46-62. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>.

Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H. & Martinussen, M. (2001). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12830300/>

Gamarra Astuhuaman, G., Pujay Cristóbal, O. E., & Ventura Janampa, M. (2020).

Aplicación de las pruebas estadísticas de Wilcoxon y Mann-Whitney con SPSS.

*Revista De Investigación Multidisciplinaria CTSCAFE*, 2(4), 15.

<http://ctscafe.pe/index.php/ctscafe/article/view/51>

Gamboa, P (29 de mayo de 2019). Se disparan violaciones y abuso sexual contra mujeres y niños, *El Heraldo de Juárez*. <https://www.elheraldodejuarez.com.mx/policiaca/se-disparan-violaciones-y-abuso-sexual-contra-mujeres-y-ninos-3688177.html>

García, M., & Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 11(1), 63-77. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77325885001.pdf>

Garnezy, N. (1971), Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41(2),101-116.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5539483/>

Garnezy, N., Masten, A. S. y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for Developmental Psychopatology. *Child Development*, 55, 97-111. <http://dx.doi.org/10.2307/1129837>

Giusti, E. (2009). Descubriendo las fortalezas y construcción de resiliencia con terapia cognitiva: un modelo en 4 pasos. *Psicodebate*, 9, 105-126.  
<https://doi.org/10.18682/pd.v9i0.411>

Gómez B. (2010). Resiliencia Individual y Familia. [https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/12/GomezB.Trab\\_.3BI0910.pdf](https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/12/GomezB.Trab_.3BI0910.pdf)

Gómez E., & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de psicología*, 19(2), 103-131. <https://www.redalyc.org/pdf/264/26416966005.pdf>

- Gómez, B. (2010). Resiliencia Individual y Familiar un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas.  
<https://core.ac.uk/download/pdf/46532445.pdf>
- González, D. A., Reséndiz, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237–244.  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n4/0185-3325-sm-38-04-00237.pdf>
- Gravetter, F. & Wallnau, L. (2013). Statistics for the Behavioral Sciences (9th ed.). Wadsworth.
- Grotberg, E. (1995). The Internacional Resilience Project: Promoting Resilience in Children. Wisconsin: Universidad de Wisconsin
- Grotberg E., (1996) *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The international resilience project.* Bernard Van Leer Foundation.
- Guerra, C., & Farkas, Ch. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2), 1-19. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2015.38013>
- Heider, F. (2013). *The psychology of interpersonal relations.* Psychology Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016.  
<https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

Hjemdal, P.A. Vogel, S. Solem, K. Hagen, T.C. Stiles. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18 (2011), 314-321

<http://dx.doi.org/10.1002/cpp.719>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2019

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2019/doc/envipe2019\\_presentacion\\_nacional.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2019/doc/envipe2019_presentacion_nacional.pdf)

Jerez, B. (2009). *La resiliencia desde el enfoque del paradigma de la complejidad*.

Comunidad Pensamiento Complejo.

<https://www.yumpu.com/es/document/view/13237828/la-resiliencia-desde-el-enfoque-del-paradigma-de-la-complejidad>

Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ open*, 8(6). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>

Leahy, R. L. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide, 2<sup>nd</sup> edition*

Guilford Publications.

Meichenbaum, D. (1987): *Manual de inoculación de estrés*. Martínez Roca.

Menezes de Lucena, V., Fernández, B., Hernández, M., Ramos, F., & Contador, I. (2006).

*Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos*.

*Psicothema*, 18(4), 791-796. <http://www.psicothema.com/pdf/3310.pdf>

Najdowski, C.J., y Ullman, S.E. (2009). PTSD symptoms and self-rated recovery among adult sexual assault survivors: The effects of traumatic life events and psychosocial variables. *Psychology of Women Quarterly*, 33, 43-53.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.01473.x>

Niu, G. F., Sun, X. J., Tian, Y., Fan, C. Y., & Zhou, Z. K. (2016). Resilience moderates the relationship between ostracism and depression among Chinese adolescents. *Personality and Individual Differences*, 99, 77-80.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.059>

Observatorio Ciudadano de Prevención, Seguridad y Justicia de Juárez, (2021) Violencia contra las mujeres y niñas (reporte técnico especial).

<https://observatoriochihuahua.org/wp-content/uploads/2021/03/violencia-mujeres-ninas-jrz2021-otro.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2017) Violencia contra la mujer.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud (2020) Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud, (2005) Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ortíz Cáceres, F. A. (2020). Niveles de resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual.

Tesis doctoral, Universidad UCINF.

Quinceno, J., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 18 (2), 107-117.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12767>

Ramos, L., Saldívar G., Medina M & Rojas E. (1998) Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Publica Mex.* 40, 221-233. [https://www.scielo.org/article/spm/1998.v40n3/221-](https://www.scielo.org/article/spm/1998.v40n3/221-233/#:~:text=La%20prevalencia%20de%20adolescentes%20v%C3%ADctimas,significativamente%20mayor%20que%20las%20mujeres.)

[233/#:~:text=La%20prevalencia%20de%20adolescentes%20v%C3%ADctimas,significativamente%20mayor%20que%20las%20mujeres.](https://www.scielo.org/article/spm/1998.v40n3/221-233/#:~:text=La%20prevalencia%20de%20adolescentes%20v%C3%ADctimas,significativamente%20mayor%20que%20las%20mujeres.)

Restrepo, C., Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18(2), 41-48. <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v18n2/v18n2a04.pdf>

Retamal, P. (1999) *Depresión*. Editorial Universitaria.

Richardson, G.E., Neiger, B., Jensen, S. y Kumpfer, K. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21, 33-39.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00970050.1990.10614589>

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218. <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de->

[psicologia/articulo/version-mexicana-del-inventario-de-ansiedad-de-beck-propiedades-psicometricas](#)

Rodríguez D. & Valdeoriola, J., (2010). *Metodología de la investigación* (3 ed.).

Universitat Oberta de Catalunya.

Rodríguez, D. (2018). Una revisión al constructo resiliencia. Historia y panorama actual.

(Trabajo de grado Psicología). Universidad de San Buenaventura.

Ruiz, A., Diaz, M., Villalobos, A., (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo*

Conductuales. Desclée.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to

psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

<https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>

Sánchez, A. G. (2016). Programa de intervención terapéutica en resiliencia en institución de educación superior. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(1), 49-64.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5794043>

Sánchez- Teruel, D., Robles-Bello, M. (2015) Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14):

propiedades psicométricas de la versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*. 2 (40), 103-113.

<https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432011.pdf>

Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-*

*experimental designs for generalized causal inference*. Houghton, Mifflin and

Company.

Sierra, J., C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividades*, 3(1), 10 - 59

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

Valentine, L., y Feinauer, L.L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *The American Journal of Family Therapy*, 21(3), 216-

224 <https://doi.org/10.1080/01926189308250920>

Velásquez, C., & Montgomery, W. (2009). Resiliencia y depresión en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana con y sin participación en actos violentos.

*Revista de investigación en psicología*, 12(2), 75-87.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3268371>

Wagnild, G. M. (2009). *The Resilience Scale User's Guide for the US english version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale*. The Resilience Center.

Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.

<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x>

Zarragoitia. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Editorial Ciencias Médicas.

## **Anexos y apéndices**

Anexo 1:

### **Consentimiento informado**

#### **Programa de intervención psicológica en resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual en Ciudad Juárez**

Se le informa que ha sido invitado a participar en el proyecto de intervención denominado “Programa de intervención psicológica en resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual en Ciudad Juárez”. La resiliencia se define como la capacidad del ser humano para afrontar experiencias traumáticas e incluso extraer un beneficio de estas, en este estudio se buscará dotar de herramientas con las cuales, mujeres que han sido víctimas de violencia sexual sean capaces de adquirir actitudes resilientes con la cuales puedan sobrellevar las consecuencias negativas derivadas del abuso.

El riesgo, que se puede derivar de los procedimientos, es tener una crisis durante alguna de las sesiones, sin embargo, se asegurará de que reciban la atención psicológica necesaria o canalización para correcta contención.

El estudio presenta los siguientes beneficios: desarrollo de resiliencia para afrontar las consecuencias de violencia sexual, sesiones terapéuticas. Además, los investigadores se

comprometen a entregar y explicar a los participantes la información actualizada obtenida del estudio sin que signifique gasto alguno.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con ninguna de las organizaciones o personas involucradas. Se me ha garantizado que cualquier información dada y que forme parte de los resultados en la participación de este programa será mantenida de manera confidencial. En ninguna publicación en la que se empleen los resultados se mencionará mi nombre ni algún otro dato que me identifique, a menos que lo consienta por escrito.

Su participación es completamente voluntaria y tiene derecho a retirarse del programa en cualquier momento si así lo desea. Para obtener más información acerca de la implementación y/o resultados de este programa puede comunicarse con Jorge Luis Morín Arriaga al correo [al199160@alumnos.uacj.mx](mailto:al199160@alumnos.uacj.mx) o con la Dra. Irene Carrillo Saucedo correo [icarrillo@uacj.mx](mailto:icarrillo@uacj.mx)

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, (en caso de menores de edad, redactar en relación con “mi hijo(a) y/o tutorado legal”), acepto participar en el estudio antes mencionado.

---

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. María de Jesús Viloría Beltrán, Presidente y Secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos [gperaza@uacj.mx](mailto:gperaza@uacj.mx) y [maria.viloria@uacj.mx](mailto:maria.viloria@uacj.mx)

## Anexo 2:

Haga un círculo en la respuesta adecuada	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra							
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado							
3. En general, me tomo las cosas con calma							
4. Soy una persona con una adecuada autoestima							
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez							
6. Soy resuelto y decidido							
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado							
8. Soy una persona disciplinada							
9. Pongo interés en las cosas							
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme							
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles							
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar							
13. Mi vida tiene sentido							
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida							

Anexo 3:

**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
 Ocupación ..... Educación:..... Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

**1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

**3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

**4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

**5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber

hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

**8. Auto crítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11 Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12 Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

## Anexo 4:

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>				
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
<b>1</b> Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2</b> Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3</b> Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4</b> Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5</b> Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>6</b> Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>7</b> Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>8</b> Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9</b> Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>10</b> Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
<b>11</b> Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>12</b> Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>13</b> Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>14</b> Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>15</b> Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>16</b> Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>17</b> Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>18</b> Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>19</b> Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>20</b> Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
<b>21</b> Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>