



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANSIEDAD Y RESILIENCIA EN MUJERES QUE HAN SIDO MALTRATADAS POR
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD EN
COMAS**

Línea de investigación:

Salud Mental

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Martínez Carrizales, Sandra Coral

Asesora:

Mayorga Falcón Luz Elizabeth
ORCID: 0000-0001-6213-3018

Jurado:

Becerra Flores, Sara
Rivadeneira de la Torre, Elvira
Henostroza Mota, Carmela

Lima - Perú

2024

ANSIEDAD Y RESILIENCIA EN MUJERES QUE HAN SIDO MALTRATADAS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD EN COMAS

INFORME DE ORIGINALIDAD

21%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

4%

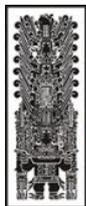
PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	worldwidescience.org Fuente de Internet	1%
5	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANSIEDAD Y RESILIENCIA EN MUJERES QUE HAN SIDO MALTRATADAS
POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD
EN COMAS**

Línea de investigación:

Salud Mental

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en

Psicología Clínica

Autora:

Martínez Carrizales, Sandra Coral

Asesora:

Mayorga Falcón Luz Elizabeth

ORCID: 0000-0001-6213-3018

Jurado

Becerra Flores, Sara

Rivadeneira de la Torre, Elvira

Henostroza Mota, Carmela

Lima – Perú

2024

Dedicatoria

A mis padres y maestros que con su ejemplo fomentaron en mí, la curiosidad y perseverancia de seguir insistiendo; el deseo de aprender y ser mejor cada día.

Agradecimiento

A todas las participantes que decidieron formar parte de este estudio con mucha motivación, tiene todo mi aprecio y agradecimiento por su disposición.

A los profesionales que me ayudaron en el transcurso de esta investigación, como a mi asesora Mayorga, quienes me brindaron consejos enriquecedores con sus conocimientos.

Asi mismo, a mis amigas y familiares quienes estuvieron siempre apoyándome en el transcurso de esta etapa, brindándome consejos y ánimos para culminar este proceso.

Índice

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Lista de tablas	vi
Lista de figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	8
1.1. Descripción y planteamiento del problema	9
1.2. Antecedentes	13
1.2.1. Antecedentes Nacionales	13
1.2.2. Antecedentes Internacionales	16
1.3. Objetivos	18
1.4. Justificación	19
1.5. Hipótesis	20
II. Marco teórico	22
2.1. Ansiedad	22
2.1.1. Aproximaciones teóricas	22
2.1.2. Teoría de ansiedad de Beck	24
2.1.4. Síntomas de la ansiedad	26
2.1.5. Factores de riesgo	27
2.2. Resiliencia	27
2.2.1. Antecedentes históricos	27
2.2.2. Pilares de la resiliencia	28
2.2.3. Teoría de la resiliencia de Wagnild y Young	30
2.2.4. Factores protectores	34
2.2.5. Principales fundamentos:	34
2.3. La violencia intrafamiliar	36
2.3.1. Tipos de violencia intrafamiliar hacia la mujer.	36
2.3.2. El ciclo de la violencia intrafamiliar	37
2.3.3. El perfil de la víctima	38
III. Método	40

3.1. Tipo de investigación	40
3.2. Ámbito temporal y espacial	40
3.3. Variables de estudio	40
3.4. Población y Muestra	43
3.5. Instrumentos	46
3.6. Procedimiento	51
3.7. Análisis de datos	51
3.8. Consideraciones éticas	54
IV. Resultados	55
4.1. Análisis descriptivo de las variables	55
4.2. Análisis comparativo	57
4.3. Análisis de correlación	63
V. Discusión	65
VI. Conclusiones	70
VII. Recomendaciones	72
VIII. Referencias	73
Anexos	81
ANEXO A: Matriz de consistencia	82
ANEXO B: Consentimiento informado	85
ANEXO C: Instrumentos	86

Lista de tablas

Número	Título	Pág.
1	Operacionalización de la variable ansiedad	41
2	Operacionalización de variable resiliencia	42
3	Tabla de variables sociodemográfica	43
4	Distribución de la muestra, según grado de instrucción, estado civil y situación laboral	44
5	Distribución de la muestra según agresor, convivencia, tipo de violencia y tiempo de última violencia	45
6	Validez ítem – test de la escala de resiliencia (er)	47
7	Análisis de confiabilidad de la escala de resiliencia (er)	48
8	Validez ítem-test del inventario de ansiedad de beck (bai)	50
9	Análisis de confiabilidad del inventario de ansiedad de beck (bai)	50
10	Análisis de normalidad de las variables de ansiedad y resiliencia según kolmogorov-smirnow (k.s)	52
11	Análisis de normalidad de las variables sociodemográficas según kolmogorov- smirnov (k.s)	56
12	Nivel de ansiedad en mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar	55
13	Nivel de resiliencia en mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar	56
14	Análisis de las diferencias de la ansiedad según grado instrucción	57
15	Análisis de las diferencias de la ansiedad según estado civil	58
16	Análisis de las diferencias de la ansiedad según situación laboral	58
17	Análisis de las diferencias de la ansiedad según tipo de violencia	59

18	Analisis de las diferencias de la resiliencia según grado de instrucción	59
19	Analisis de las diferencias de la resiliencia según estado civil	60
20	Analisis de las diferencias de la resiliencia según su situación laboral	61
21	Analisis de las diferencias de la resiliencia según tipo de violencia	61
22	Analisis comparativo de la ansiedad entre la convivencia y no convivencia con el agresor	62
23	Analisis comparativo de la resiliencia entre la convivencia y no convivencia con el agresor	63
24	Análisis correlación de las variables ansiedad y resiliencia	64
25	Correlación de la variable ansiedad con los componentes de la resiliencia	64

Lista de figuras

Número	Título	Pág.
1	Matriz de consistencia de las variables	83

Resumen

La presente investigación es de enfoque cuantitativo de diseño no experimental de corte transversal, tuvo como objetivo principal establecer la relación entre ansiedad y resiliencia en 136 mujeres entre 25 a 60 años de edad que han sido víctimas de violencia intrafamiliar atendidas en un centro de salud de Comas que son derivadas como parte del proceso judicial y que asisten a consulta externa. Los instrumentos aplicados fueron la escala de resiliencia desarrollada por Wagnild y Young (1993), adaptada por Novella en el 2002, y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Se encontró una correlación negativa fuerte ($\text{sig.} = .000$) entre la ansiedad y resiliencia ($\text{rho} = -.745$). También, se halló relación negativa estadísticamente significativa ($\text{sig.} = .000$) entre la ansiedad y los componentes de la resiliencia (confianza en sí mismo, ecuanimidad y perseverancia ($\text{rho} = -.740$, $\text{rho} = -.731$ y $\text{rho} = -.707$)). Mientras que entre la ansiedad y los componentes (sentirse bien solo y satisfacción personal ($\text{rho} = -.697$ y $\text{rho} = -.684$)) se encontró una correlación negativa media. Se concluye que a mayor ansiedad menor será la capacidad de resiliencia ante situaciones de violencia.

Palabras clave: resiliencia, ansiedad, violencia, mujeres.

Abstract

The main objective of this research is to establish the relationship between anxiety and resilience in 136 women between 25 and 60 years of age who have been victims of domestic violence treated in a health center of Comas that are derived as part of the judicial process and that attend external consultation. The instruments applied were the resilience scale developed by Wagnild and Young (1993), adapted by Novella in 2002, and the Beck Anxiety Inventory (BAI). A strong negative evaluation (sig.= .000) was found between anxiety and resilience (rho= -.745). Also, a statistically significant negative relationship (sig.= .000) was found between anxiety and the components of resilience (self-confidence, equanimity and perseverance (rho= -.740, rho= -.731 and rho= -.707)). While between anxiety and the components (feeling good alone and personal satisfaction (rho= -.697 and rho= -.684)) a negative average compensation was found. It is concluded that the greater the anxiety, the lower the capacity for resilience in situations of violence.

Keywords: resilience, anxiety, violence, women.

I. Introducción

En la actualidad se ha observado la gran importancia de los Centros de Salud como el establecimiento donde asisten las personas para detectar alguna enfermedad, lidiar con malestares que son difícil de pasarlos desapercibidos y/o seguir procesos terapéuticos. También, cumplen función de promoción y prevención que detectan grandes problemáticas como violencia, ansiedad, depresión, alcoholismo, etc. Siendo la violencia intrafamiliar y la ansiedad los casos que son atendidos con mayor frecuencia, de los cuales 550 965 son personas que padecen síntomas del síndrome del maltrato y 343 897, aquellas que presentan ansiedad, representadas por el 41% y el 25% respectivamente, detectadas durante los meses de enero y setiembre del 2023 por el Ministerio de Salud (MINSa, 2023).

Tomando como referencia los datos, se puede decir que existe una gran cantidad de personas que asisten a los centros de salud que han sido agredidas y que cuentan con una gran afectación socioemocional, además lidian con las dificultades de su vida cotidiana, como la crianza de sus hijos, su situación laboral, los problemas familiares, los problemas de pareja, etc. Esta situación puede ser reflejada en la manera de cómo responden a estos eventos, ya que al tener muchos ámbitos que lidiar se requiere de organización, planificación, confianza y perseverancia, lo cual se le denomina resiliencia al poder tomar el control y buscar una adaptación adecuada ante estas situaciones adversas. Por el contrario, al no poder lidiar con ello, se percibe como consecuencia un desequilibrio en el estado mental, evidenciándose como malestares fisiológicos, emocionales y cognitivos, los cuales son manifestaciones de la ansiedad.

Por ello, esta investigación se desarrolló en siete apartados que se clasificaron de la siguiente manera: En el primer apartado, se planteó la situación del problema, considerando otras investigaciones a nivel nacional e internacional, que ayudaron para la comprensión del

contexto y el detalle del motivo de la investigación, así mismo sirvieron para formar los cimientos de los objetivos e hipótesis. En el segundo apartado, se describieron las bases teóricas de las variables estudiadas, así como los modelos utilizados junto con una breve información sobre las características de la población. En el tercer apartado se tuvo en consideración la metodología, en las que se describió el tipo de estudio, el lugar y espacio donde se encontraba la población, las variables de estudio, la población de estudio, los instrumentos, el procedimiento utilizado al igual que el análisis de datos y las consideraciones éticas. En el cuarto apartado se establecieron los resultados obtenidos, que fueron divididos en análisis descriptivos por cada variable, análisis comparativo y correlacional. En el quinto apartado, se realizó la discusión comparando con resultados de estudios previos afianzándolos con la teoría. También se mencionó las limitaciones encontradas. Finalmente, se organizó las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

1.1. Descripción y planteamiento del problema

Una problemática social que va aumentando con el transcurso de los años es la violencia intrafamiliar, lo cual acarrea daños en la familia, en donde se experimenta sufrimiento, dolor, sensación de vacío, desconfianza y sentimientos de autodestrucción, que son vividas por las víctimas de dicha violencia. En la actualidad se han presentado muchos casos de violencia intrafamiliar no solo en mujeres sino también en niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad que han sido agredidos por algún miembro de la familia con el objetivo de controlar o someter de manera física, psíquica, sexual, patrimonial o económicamente, siendo definido por Gomez y Sanchez (2020), como actos abusivos que merecen ser sancionados.

Según los datos obtenidos por el Centro Emergencia Mujer (CEM, 2021) recibieron en el 2021 un total de 66 665 casos de mujeres, niñas y adolescentes violentadas en los últimos meses, siendo 16 223 los casos atendidos en Lima Metropolitana, de los cuales 7 776

víctimas recibieron violencia psicológica, 6 050 violencia física, 2 332 violencia sexual y 65 violencia económica o patrimonial, siendo la población más vulnerable las de 30 a 59 años de edad que fueron recolectadas en los meses de enero a mayo con 5 399 casos atendidos.

En su investigación Dutton (1992) planteó que existen una serie de respuestas cognitivas, conductuales, emocionales, interpersonales y fisiológicas que son producidas como efectos psicológicos debido a la experiencia traumática en situaciones de violencia, que fueron clasificadas en indicadores de malestares psicológicos y cognitivos (problemas relacionados a las relaciones interpersonales e intrapersonales y en los esquemas cognitivos como creencias, percepciones y pensamientos). En referencia a esto, se puede observar una mayor vulnerabilidad en las víctimas, ya que el evento traumático les genera pensamientos o recuerdos desagradables, con tendencia a ser intrusivos y recurrentes, causando malestar psicológico (problemas para conciliar el sueño, sensaciones de desamparo, temor o sentimientos de estar siempre en hipervigilancia), dificultades cognitivas (problemas relacionados a la atención, concentración y memoria), que a la larga se pueden manifestar y relacionar con otros síntomas fisiológicos de la ansiedad como alteraciones en la frecuencia cardíaca, sudoraciones, falta de sueño, dolores de cabeza, entre otros.

En cuanto a la ansiedad Bertoglia (2005) lo define como, el estado emocional que genera una tensión causada por una sensación aparente (miedos, inseguridades o situaciones difusas que no son reconocidas y generan incertidumbre). Pese a ello, en algunas ocasiones la ansiedad es un fenómeno que motiva la continuidad del aprendizaje y la productividad en la autorrealización jugando en ocasiones un papel interferidor para el desarrollo personal. Sin embargo, en exceso la ansiedad se podría considerar como algo nocivo, que compromete la eficacia para poder desempeñar un papel útil, conduciendo a enfermedades emotivas y llegar a hacer un problema adaptativo.

Así mismo, tomando como referencia la prevalencia de la ansiedad Ausín et al. (2017) en su estudio en España obtuvieron que las mujeres tienen mayor concurrencia en comparación a los hombres y determinaron que mientras menos edad tenía la población mayor era su índice de ansiedad. Además, en un estudio internacional realizado en Madrid, Valiente et al. (2020), encontraron que el 19.6% de los encuestados dio positivo en el trastorno de ansiedad generalizada y que, comparada con los datos obtenidos en la Encuesta Europea de Salud pocos años antes, se han duplicado. Mientras que a nivel nacional Lescano y Salazar (2020) detectaron en las mujeres violentadas por sus familias en Chimbote que tuvieron características significativas en su estado emocional donde había sintomatología de depresión, ansiedad y dependencia emocional, además concluyeron que las mujeres de 18 a 29 años presentan mayor ansiedad que las de 30 a 59 años de edad y que a su vez estar conviviendo con su agresor o con el temor de ser posiblemente agredidas genera la cronicidad de la ansiedad.

Es por ello, que con los datos obtenidos se logra percibir que las personas que son sometidas llegan a tener dificultades para pensar con claridad o tomar decisiones ante un hecho o una situación problemática ocasionando con el tiempo, dificultades para tomar con calma los eventos estresantes, tal como se puede apreciar en la investigación de Huerta et al. (2014), donde compararon los niveles de ansiedad en las mujeres Limeñas que fueron agredidas y las que no, cuyos resultados mostraron que la población tenía mayores indicadores de ansiedad y depresión en las que sí fueron maltratadas. También que existen diferencias tanto de ansiedad como de depresión en las mujeres violentadas según su nivel de instrucción, la cual hubo mayor incidencia en las mujeres que experimentaron preocupación o estrés en su vida cotidiana y que contaban con educación básica, a diferencia de las mujeres con instrucción superior, quienes contaron con indicadores de depresión, con la particularidad

de tener poca confianza en sí mismas, sentirse vulnerable y desafortunadas en momentos particularmente inquietantes.

Por otro lado, en cuanto a la resiliencia, los investigadores empezaron a tomarlo como objeto de estudio para la comprensión y el análisis de diversas disciplinas como una forma de poder comprender la vulnerabilidad y las circunstancias que engloba cada persona como una forma de prevención a la inestabilidad mental. En relación con eso, se estableció a la resiliencia como la disposición de las personas por darle un motivo a su vida y actuar calmadamente ante sucesos desafortunados (Colmenares, 2002).

Con respecto a esto, Mera y Moreira (2018) demostraron que las mujeres que son agraviadas y desarrollan la resiliencia tienen la peculiaridad de ser confrontativas ante la adversidad, evitan la sumisión y obtienen beneficios en su crecimiento personal como confiar en su autosuficiencia, sentir satisfacción personal de haber lidiado con los problemas por lo que pasaron y tener la habilidad de ajustarse emocionalmente ante las situaciones desventuradas, alcanzando una postura apacible en los momentos en las que se enfrenta con su agresor o posibles agresores y eventos en las que se puedan sentir vulnerables. En este aspecto se puede decir que el incremento de la resiliencia depende de la incidencia de esta población.

Sin embargo, Álvarez (2018) explicó la sintomatología de la ansiedad, la cual la relacionó con el impedimento de la persona para mantener adecuadas relaciones familiares, laborales y sociales, debido al constante temor o preocupación que experimenta a lo largo de su vida. En contraste a esto Gonzales et al. (2016) revelan en su investigación que las pacientes mujeres con síntomas depresivos y de ansiedad presentaban puntajes bajos en sus capacidades de resiliencia.

Es por eso, que con todo lo mencionado con anterioridad se pone en contacto con la realidad de estas mujeres que fueron maltratadas por los integrantes de su grupo familiar, las cuales cuentan con un grado de instrucción, la oportunidad de poder recibir terapias, vivir o no vivir con sus agresores, es que me planteo la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que existe entre ansiedad y resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar, que asisten a un centro de salud en Comas?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Terrones (2019) estudió la correlación entre la ansiedad y los estilos de afrontamiento en 50 mujeres agraviadas por violencia en Cajamarca con un muestreo no probabilístico intencional. Los instrumentos que utilizó fueron el Inventario de Estilos de Afrontamiento (COPE) y la Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung. Encontró que existe una relación significativa negativa baja ($p < .05$) entre los estilos de afrontamiento y la ansiedad ($r = -.314$), además encontró que hubo una predisposición normal de la ansiedad en la gran parte de la población, así mismo la planificación, el recurrimiento a la religión y las redes de apoyo, fueron las estrategias de afrontamiento más frecuentes que priorizan la satisfacción emocional. Concluyó de manera general que a mayor recurrimiento de estilos de afrontamiento se disminuye la ansiedad.

Vásquez (2017) indagó en un hospital nacional de Lima, la correlación entre la ansiedad estado rasgo y la violencia en pareja, en un total de 278 mujeres, en edades comprendidas entre 16 - 43 años. Utilizó como instrumento de medición el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el cuestionario Conflicto Tactics Scale (M-CTS). El resultado obtenido fue que existe una relación significativa media ($p < .01$) entre la ansiedad estado y las cuatro subescalas del cuestionario de violencia de pareja ($r = .233$; $r = .499$; $r = .398$;

$r=.465$). Mientras que, existe una relación negativa débil entre ansiedad rasgo y la subescala argumentación ($r= -.073$), a diferencia que, con las subescalas de agresión física leve, física grave y agresión verbal con las cuales tiene una relación entre media y considerable ($r=.251$; $r=.320$; $r=.598$). Concluyó que mientras mayor sean los indicadores de violencia en pareja mayor será la ansiedad que se presenta en la persona.

Maucaylle (2021) relacionó la violencia en pareja y la ansiedad en 50 mujeres de una comunidad de la provincia de Andahuaylas del distrito de Santa Rosa en donde utilizó un muestreo de tipo censal. Los instrumentos de medición que aplicó fueron la Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung y el Cuestionario de Índice en Pareja. Obtuvo un nivel alto de violencia en pareja entre la población encuestada con un 68%, y el 32% de la población se encontró un nivel moderado. Así mismo observó altos índices de niveles de ansiedad entre extrema y severa representadas por 70% y el 30% respectivamente. Concluyó que existe un gran porcentaje de mujeres que son maltratadas por sus parejas en las que se presenta la ansiedad.

Gamboa y Mendoza (2021) investigaron la correlación entre la ansiedad y resiliencia en 204 mujeres que asistieron a establecimientos de salud del Cercado de Salas Guadalupe, Ica y que sufrieron agresiones detectadas en los tamizajes de violencia. Los cuestionarios que utilizaron fueron la Escala de Ansiedad de Lima (EAL- 20) y la adaptación de Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Encontraron una significativa negativa débil ($r_s= -.388$; $p < .01$) entre la ansiedad y la resiliencia. También una relación significativa negativa media ($p < .01$) entre la ansiedad y las dimensiones de la resiliencia (confianza en sí mismo y perseverancia ($r_s= -.413$ y $r_s= -.388$)). Finalizaron, que para la población mientras mayor sea la incidencia de ansiedad menor la capacidad de resiliencia, que influyen sobre todo en la confianza sí mismas y la perseverancia.

Bustamante (2020) buscó la relación entre los componentes de las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de la resiliencia en 251 mujeres que acudieron a la Institución de Ciencias forense en la provincia de Tarma. Utilizó como herramientas la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento COPE. Obtuvo como resultados que las dos dimensiones de las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción y las dos dimensiones de otras estrategias de afrontamiento se relacionaron significativamente con la resiliencia ($r=.139$; $r=.512$; $p<.05$; $r=.524$; $r=.392$; $p<.05$). Así mismo, tres de las cinco dimensiones de las estrategias de afrontamiento ante el estrés también se relacionaron directa y significativamente con la resiliencia ($r=.351$; $r=.544$; $r=.409$; $p < .05$). Dedujo que mientras mayor sea la frecuencia de uso de técnicas de afrontamiento al estrés utilizadas en las mujeres maltratadas mayor será su capacidad de resiliencia en su vida cotidiana.

Meza (2019) realizó un estudio de tipo descriptivo comparativo y de diseño no experimental-transversal con el objetivo de identificar la correlación entre los componentes de la resiliencia en 90 mujeres violentadas que asistieron a los Centros de Emergencia Mujer en las provincias de Huancayo y Junín por un muestreo no probabilístico por conveniencia y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. El instrumento de medición que utilizó fue la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993). Obtuvo que el 51.11% de las mujeres de Huancayo lograron una alta capacidad de resiliencia a diferencia que solo 22.22% de las mujeres de Junín obtuvieron dicho nivel. Así mismo, observó que había diferencias entre los grupos de mujeres de Huancayo y Junín en cuanto a los componentes de ecuanimidad (71% y 51.11%) y aceptación de uno mismo (80% y 57.18%), consiguiendo un nivel medio alto en las mujeres de Huancayo. Dedujo que las mujeres de Huancayo están más capacitadas en mantener la calma y tener una aceptación de sí mismas a pesar de padecer algún evento desafortunado.

Ugarriza (2021) analizó las correlaciones entre resiliencia, funcionamiento familiar e inteligencia emocional en 112 mujeres que fueron agredidas por su pareja o ex pareja, que asistieron al Centro de Emergencia Mujer del distrito de Surco, determinadas por un muestreo por conveniencia. Usó herramientas como la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), el Inventario del Cociente Emocional para Jóvenes y Adultos (ICE-JA), y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar Integral de Epstein et al. (1978). Obtuvo que existe una correlación directa y significativa ($p < .01$) entre la inteligencia emocional y la resiliencia ($r_s = .56$), es decir que las mujeres que han sido maltratadas poseen características similares en su capacidad de resiliencia y en la manera de poder responder adecuadamente ante situaciones que surgen de manera inesperada.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Costales y Argüello (2023) realizaron un estudio no experimental, de enfoque descriptivo inferencial de corte transversal que tuvo el objetivo de identificar los índices de somatización de la ansiedad y depresión en 50 mujeres agredidas por sus parejas que asistieron a los establecimientos de salud en Ecuador que fueron divididas en dos grupos, las mujeres de Riobamba comprendidas entre 15 a 58 años y las que viven en Quito entre 27 a 63 años, seleccionadas por muestreo por conveniencia. Utilizaron, como cuestionarios el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) y una ficha sociodemográfica (edad, nivel de instrucción, estado civil, situación laboral, números de hijos y el tipo de violencia experimentada). Obtuvieron un bajo porcentaje de afectación típica comparada con los datos presentados de otros autores, sin embargo, encontraron indicadores de la presencia de otros trastornos como ansiedad, depresión, estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo con elementos somáticos de ansiedad.

Lara et al. (2019), buscaron la correlación entre depresión y ansiedad en 340 mujeres mayores de edad que fueron agredidas y no agredidas por su pareja y que asistieron al

programa de educación continuada del PACAM en Argentina. Los instrumentos que utilizaron fueron el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Obtuvieron como resultado que existe diferencias relevantes entre la depresión y la ansiedad ($p < .001$) entre ambos grupos representados por 97.9% las mujeres agredidas con depresión y el 85.7% las que tienen ansiedad. Concluyeron que en esta población se presencian índices de ansiedad y depresión.

Barrera (2020) realizó una investigación la finalidad de identificar el proceso de resiliencia desarrollado por un grupo de mujeres agredidas sexualmente en Colombia. La investigación fue de tipo cualitativo por un estudio de caso, realizado a 7 mujeres mayores de edad que estuvieron en el conflicto armado, por medio de entrevistas semiestructuradas. Las víctimas lograron un proceso de resiliencia ante el suceso traumático acompañado de estrategias individuales y colectivos como el soporte familiar, la recurrencia a la religión y la ecuanimidad del entorno. Concluyo que estas herramientas de afronte les permitió un mayor afronte, pero no una superación.

De Mera y Moreira (2018) recopilaron la información relacionada a la violencia intrafamiliar y la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas cuyas características encontradas fueron que las mujeres que no gozaban de salud adecuada tenían menor capacidad de resiliencia, llegaron a la conclusión de que las mujeres que son agredidas por sus parejas presentan mayores índices para desarrollar la resiliencia y que es importante profundizar los conocimientos en esta población para poder prevenir esta problemática.

Smedema y Franco (2018) realizaron un estudio correlacional descriptivo que tuvo como objetivo establecer la relación entre las variables resiliencia, ansiedad y sentido de la vida en una población conformada por 215 mujeres que asistieron a clínicas médicas en España entre las edades de 18 – 30 años. Para ello, aplicaron el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, el Purpose-In-Life Test (PIL) y la Escala de Resiliencia (CD-RISC). Lograron

encontrar que el 60% de los participantes presentaban ansiedad moderada, a diferencia del 40% que manifestaban indicadores de ansiedad crónica. Además, observaron una relación significativa inversa y considerable (sig.= .000) entre resiliencia y ansiedad ($r_s = -.712$), a diferencia de la variable sentido de vida, con quien obtuvo una relación significativa directa ($r_s = .707$, sig. = .000). Concluyeron que, a mayores índices de resiliencia, existen niveles bajos de ansiedad, las cuales también están relacionados significativamente con el sentido con la vida.

Zayas et al. (2017) analizaron la correlación entre la resiliencia y la ansiedad en 54 mujeres de España que vivieron eventos desafortunados. El estudio utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Obtuvieron que existe una relación inversa considerablemente media ($\rho = -.465$) entre dichas variables. Llegaron a la conclusión que las mujeres que disponen altos niveles de ansiedad presentan menores índices de resiliencia.

1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre la ansiedad y la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.

Objetivos específicos

- Analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.
- Describir los niveles de ansiedad en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.
- Describir los niveles de resiliencia y de sus componentes en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.

- Identificar las diferencias de la ansiedad en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas, según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia.
- Comparar ansiedad entre las mujeres que viven y no viven con su agresor que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.
- Identificar las diferencias de resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas, según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia.
- Comparar la resiliencia entre las mujeres que viven y no viven con su agresor que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.
- Establecer la relación entre la ansiedad y los componentes de resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.

1.4. Justificación

A nivel social, la presente investigación tiene como objetivo informar como la ansiedad y resiliencia están presentes en esta población, debido a que es una recopilación del estado emocional en que se encuentran estas personas que pasaron una serie de eventos desafortunados ocasionados por sus propios miembros de su familia, evidenciando una notable dificultad en poder regular sus emociones e impulso con respecto a sus actividades diarias o situaciones que les resultaban estresantes, optando por distintos tipos de conductas inadecuadas como agresiones a sus hijos, peleas con la familia, con la pareja, sensación de irritabilidad, de frustración, de desesperanza, etc. Que conlleva en la mayoría de los casos a

sentir síntomas de ansiedad en circunstancias inespecíficas, debido a la gran carga emocional que es reflejada por este círculo de la violencia.

A nivel teórico, este trabajo ayudará a conocer la relación entre las variables ansiedad y la resiliencia en mujeres que ha pasado por este evento desafortunado. Esta información podría ser de gran ayuda para poder comprender el papel o rol que tienen las capacidades de resiliencia ante situaciones de violencia y también las personas interesadas en esta temática podrán utilizar este estudio como un antecedente en futuras investigaciones, ya que este estudio es respaldado por teorías y otras investigaciones.

A nivel práctico este estudio beneficiará al centro de salud y otros establecimientos, debido a que podrán analizar y comparar como la resiliencia en mujeres maltratadas puede llegar a ser de gran influencia para el confrontamiento de los sucesos traumáticos, así como como también el soporte fundamental para equilibrar la estabilidad emocional ante los problemas de ansiedad, ayudándoles a ampliar la visión en la elaboración de campañas, charlas y/o talleres.

Finalmente, a nivel metodológico, ayudará a futuros estudios en la utilización o creación de nuevos instrumentos, debido a que cuenta con la validez y confiabilidad de ambas herramientas utilizadas y a la vez se trató con mucho cuidado de mantener el control de variables que pudieran afectar la recopilación de la población, como que no tuvieran problemas físicos, un estado emocional alterado y la incompreensión de los ítems.

1.5. Hipótesis

Hipótesis general

Hi: Existe relación entre la ansiedad y la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.

H°: No existe relación entre la ansiedad y la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.

Hipótesis específicas

H₁: Existe relación entre la ansiedad y los componentes de la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas

H₂: Existen diferencias de la ansiedad en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas, según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia.

H₃: Existen diferencias de la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas, según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia.

H₄: Existen diferencias de ansiedad en los grupos de mujeres que viven y no viven con su agresor que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar y asisten a un centro de salud en Comas.

H₅: Existen diferencias de resiliencia en los grupos de mujeres que viven y no viven con su agresor que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar y asisten a un centro de salud en Comas.

II. Marco teórico

2.1. Ansiedad

La ansiedad es el proceso por el cual se comienza a sentir mediante estímulos, los cuales son calificados por positivos o negativos de acuerdo a la estimación que se tenga con el estímulo, es decir si se le considera una amenaza la reacción producirá ansiedad como un mecanismo de defensa para reducir la inestabilidad emocional. Este proceso es considerado una respuesta adaptativa que realiza la persona al enfrentarse a estímulos o situaciones similares. Esta reacción emocional está relacionada al miedo, la cual es manifestada por pensamientos de peligro, tensión, sensaciones de aprensión y reacciones fisiológicas debido a la preocupación y respuestas motoras (Huerta et al., 2014).

2.1.1. Aproximaciones teóricas

a) Enfoque psicoanalítico. En este enfoque se le considera a la ansiedad como un impulso ocasionado por una contrafuerza aplicada debido al conflicto y lucha contra el ego. Freud lo denominó un estado emocional desagradable en el que se lidiaba con una serie de sentimientos desagradables, pensamientos y cambios fisiológicos negativos que ocasionaban la sensación de aprensión y que se activaban de manera autónoma. Así mismo, Freud (1971) clasifica a la ansiedad en tres tipos:

- La ansiedad real, es aquella ansiedad que surge como un aviso ante una situación amenazante de la vida cotidiana, como entregar un trabajo a tiempo, darse cuenta que ha perdido algo, etc.
- La ansiedad neurótica, es un tipo de ansiedad más compleja, ya que está relacionada a los impulsos reprimidos por el individuo como el miedo a salir a exponer, la inseguridad en uno mismo, etc.

- La ansiedad moral, conocida como la vergüenza, la cual surge cuando se siente que se ha perdido el control de los impulsos, como el sentimiento de culpa, el sobreestimamiento de la responsabilidad, etc.

b) Enfoque conductual. El conductismo comienza a dar sus inicios desde una concepción ambientalista, donde es provocado por el impulso de la conducta del organismo. Sierra et al. (2003), consideraron desde los diversos estudios de Hull, a la ansiedad como una pulsión que responde ante un estímulo (miedo y temor), convirtiéndose en un factor motivacional. Además, se considera desde una perspectiva de aprendizaje que la ansiedad es un conjunto de estímulos aprendidos y no aprendidos que surgen debido a una respuesta emocional o a través de la imitación.

c) Enfoque cognitivo. Este enfoque explica la ansiedad desde un paradigma estímulo – respuesta (Sierra et al., 2003). Es decir, el sujeto percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones: si en la evaluación se percibe la situación amenazante, entonces se reacciona con una ansiedad. Así mismo esta reacción se activa ante situaciones similares dependiendo del grado de intensidad que representan.

d) Enfoque cognitivo-conductual. Diversos investigadores consideran la ansiedad como una conducta que es determinada por las condiciones en las que crece el individuo y sus características internas (pensamientos, creencias, ideas, percepciones, entre otros), que influyen en la respuesta de la persona ante dichos eventos (Sierra et al., 2003). Hubo diversas teorías al respecto, una de ellas es la teoría tridimensional de Lang (1968) quien consideró que la ansiedad se rige bajo la manifestación de tres respuestas, la cognitiva, fisiológica y motora. Así mismo, estas tres respuestas están influenciadas tanto por estímulos internos como externos del propio individuo, que provocan la respuesta de ansiedad en medida a la peculiaridad de la persona.

2.1.2. Teoría de ansiedad de Beck

La teoría cognitiva basada en el modelo de Beck, se refiere a que la respuesta emocional y de comportamiento que la persona presenta ante un suceso está influenciado por la percepción que se tienen en el momento. Es decir, se excluye los acontecimientos externos y se llega a una interpretación, que al ser negativa desencadena preocupación e inquietud. Así mismo, Clark y Beck (2012), llegan a la conclusión que el incremento de la intensidad con la que se manifiesta este estado se debe al sentimiento de vulnerabilidad e inseguridad de la persona para enfrentar esta situación.

Este modelo ha sido descrito por los siguientes apartados que fueron recopilados y definidos por Clark y Beck (2012), quienes clasificaron los principios básicos de este modelo en:

a) Valoraciones exageradas de la amenaza. Este principio es considerado como la intensificación o la focalización de las situaciones amenazantes consideradas de manera selectiva, lo que ocasiona un gran impacto en el propio bienestar.

b) Mayor indefensión. Este apartado es considerado como una introspección que nos permite tener una valoración disminuida de nuestra capacidad de afrontamiento.

c) Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad. Este proceso surge como un mecanismo para restringir la búsqueda de información y reducir la gravedad de nuestras percepciones con la finalidad de no ocasionar más amenazas internas.

d) Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo. Aquí se puede percibir que los estados del pensamiento y el razonamiento no es del todo lógico, lo cual no permite que se pueda reducir la ansiedad de manera eficaz.

e) Procesamiento automático y estratégico. Este apartado es un conjunto de todos los pensamientos automáticos que se generan en la persona de manera que resulta incontrolable manejar la ansiedad.

f) Procesos autoperpetuantes. En este proceso se puede observar como la focalización de los síntomas que se están presentando en uno mismo contribuyen en la intensificación de la angustia, que se presenta en forma de pensamientos subjetivos con respecto a los que nos ocurre.

g) Primacía cognitiva. Se manifiesta en manera de como valoramos en un primer momento la amenaza y nuestra propia vulnerabilidad, generando de manera inconsciente la malinterpretación de estas situaciones, optando por reaccionar de manera involuntaria tanto fisiológica como conductual.

h) Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad. Es el estado de susceptibilidad en el que la ansiedad nos afecta según nuestros propios esquemas, definición persona y sentimientos de inseguridad.

2.1.3. Causas de la ansiedad

La ansiedad se caracteriza por sentimientos subjetivos de alerta, tensión y opresión que generalmente está asociado a diferentes enfermedades o desequilibrios emocionales que alteran la salud mental como fobias específicas, sociales o a malestares post-traumáticos.

Para poder determinar el origen primero se debe entender la etiología de los factores protectores (estilo pedagógico de los cuidadores, la dinámica familiar, los elementos sociales y culturales) y su influencia con el factor interno (el temperamento, la personalidad, la

vulnerabilidad genética, etc.), debido a que están involucrados de manera equivalente (Cyrulnik, 2007).

Así mismo Rojas (2014) manifiesta que la ansiedad no tiene un solo origen, sino que se combinan con varios estímulos, siendo la biología un desencadenante que se presenta en:

1. Cómo un síntoma de alguna enfermedad, es decir se observa que la ansiedad se vea marcada en personas con enfermedad grave como los cánceres, problemas vasculares, problemas de adicción, enfermedades inmunológicas, etc. Y como dolor crónico debido a la sensación de abstinencia por alguna sustancia u objeto poniendo a la persona en una situación vulnerable.
2. Cómo crisis ante un evento inesperado, se presenta ante un padecimiento o acontecimiento que afecta la salud mental y que surge de manera que vulnera inesperadamente a la persona.

2.1.4. Síntomas de la ansiedad

La ansiedad es considerada como una causante patológica que se manifiesta con síntomas que afectan física y psicológicamente a la persona, las cuales desequilibran emocional y fisiológicamente al individuo, vulnerando la salud de la persona y por lo cual son clasificados por síntomas físicos y psicológicos (Ovando, 2018).

a) Síntomas Físicos. Son considerados como síntomas que se manifiestan en el cuerpo como la tensión muscular, la agitación e inquietud psicomotora, la fatiga, las cefaleas producto de las tensiones, los temblores de miembros superiores e inferiores, los mareos, las náuseas, la indigestión o molestias estomacales, la sudoración de manos y cuerpo, la taquicardia, los problemas respiratorios, el vértigo en situaciones inesperadas y la sequedad de la boca.

b) Síntomas psicológicos. Son conocidos como malestares emocionales en las que la persona tiene sentimientos de vulnerabilidad como preocupación excesiva, pensamientos recurrentes negativos, la inadecuada valoración de los eventos, la baja tolerancia a la frustración, la sensaciones de agobio, la inexplicable irritabilidad, los bloqueos psicomotriz ante sucesos inesperados, las obsesiones o compulsiones, las sensaciones de desborde y de despersonalización, la sensación de la falta de sentido de vida, la falta de toma de decisiones y los sentimientos de opresión.

2.1.5. Factores de riesgo

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (2019) las causas que predominan y se relacionan con la presencia y la intensidad de la ansiedad es, el género de la persona siendo el femenino con mayor incidencia, el tener alguna enfermedad crónica o degenerativa con alguna incidencia con el trastorno de ansiedad (enfermedades pulmonares, la diabetes, el deterioro cognitivo, las enfermedades respiratorias, los antecedentes de depresión y los problemas sociofamiliares), vivir sin ningún soporte social o vínculo afectivo, tener grado de instrucción básico, haber vivido eventos estresantes a lo largo de la vida, tener limitaciones físicas en actividades de la vida diaria,

2.2. Resiliencia

2.2.1. Antecedentes históricos

El termino resiliencia es un concepto reciente que ha sido investigado en la actualidad por las ciencias humanas o sociales, las cuales han estudiado su desarrollo en diferentes ámbitos de aplicación como el clínico, educativo, organizacional, entre otros. Su etimología “Resilio” se traduce como “rebotar”, “soportar”, volver atrás, retomar (Villalba, 2003).

Uno de sus precursores fue el etólogo y neuropsiquiatra en el campo de la psicología contemporánea (Cyrułnik, 2003). La experiencia traumática que vivió al perder a su familia y

el transitar hasta su adolescencia en orfanatos lo convirtieron en un ejemplo de resiliencia. Estos sucesos traumáticos y sus cuestionamientos acerca de por qué ante un evento atroz algunos se desmoronan y otros por el contrario de dicha experiencia logran encontrar un motivo para mejorar, lo llegaron a impulsar a todo tipo de estudios centrados en determinar cuáles son los elementos que hacen que algunos puedan “rebotar” ante una situación adversa mientras otros no. Es por eso Cyrulnik define a la resiliencia como la capacidad de resistir infortunios y salir fortalecidos.

Con el paso del tiempo otros investigadores definieron su funcionalidad como un motivador de acción ante situaciones amenazantes o preocupantes, es decir la resiliencia impulsa a la persona a hacer lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente (Fínez y Morán, 2015) y es por ello que fue justificado por diversas disciplinas, sin embargo con el paso del tiempo se buscó un paradigma transdisciplinar, lo cual se llegó a la conclusión de que la resiliencia es una conjetura que integra o que abarca teorías comprendidas en diferentes disciplinas, según esta perspectiva, la resiliencia no solo obedece a disposiciones genéticas o a las condiciones afectivas brindadas por el entorno, sino que se trata de una interacción entre ambas clases de elementos (Álvarez, 2018).

2.2.2. Pilares de la resiliencia

Grotberg (2006) define que todas las personas pueden desarrollar la capacidad de la resiliencia, siendo el único desafío el promoverla tanto de manera individual como colectiva con los miembros de la familia y entorno social. En sus estudios se pudo observar que las características o factores se agrupan en apoyos externos que promueven la resiliencia, incrementando a través del tiempo la fuerza interior mediante redes de apoyo para el enfrentamiento de alguna adversidad. En cuanto a los factores interpersonales, lo clasificó como la capacidad de resolución de problemas ante la adversidad. De esta manera Grotberg

(2006) organizó estos factores de la siguiente manera: yo tengo, yo soy y yo puedo. Asimismo, menciona que la resiliencia se activa cuando el individuo sobrevive a la adversidad y aprende de ella.

a) Yo tengo (Fuerza externa)

- Es el apoyo externo que se recibe ya sea por un miembro o grupo de la familia, así como también personas externas a la familia que generan confianza plena y que son de gran ayuda en los momentos de adversidad.
- Se consideran los límites que uno debe aplicar para no llegar a ser dependiente a las personas que nos generan confianza y decidir los lineamientos que nos permiten expresar con libertad.
- Es importante estar rodeado de personas que alienten a ser independientes y que sean grandes modelos de aprendizaje.
- Tener el acceso a los conocimientos de salud, estar continuamente informándose sobre la educación, los servicios sociales y los avances tecnológicos que pueden ayudar socialmente al bienestar emocional o a la salud.
- Una familia y entorno social estable, tienen posibilidades de fortalecer el bienestar familiar y tener relaciones sanas con su entorno.

b) Yo soy (Fuerza interior)

- Considerarse una persona que agrada a la mayoría de la gente, tener tranquilidad y estar predispuesto al encuentro social para evitar tensiones fuertes.
- Ser una persona que puede planear y proponer su futuro, así como también tiene la capacidad de respetarse a sí mismo y mantener el respeto hacia los demás.
- Tener la capacidad de empatizar con su entorno y tener la capacidad de hacerse responsable de sus acciones aceptando las consecuencias de sus actos.

- Ser optimista, seguro de uno mismo y tener muchas esperanzas, generando confianza para enfrentar y superar adversidades de manera exitosa.
- b) Yo puedo (Son las capacidades interpersonales y de resolución)
- Tener la capacidad de proponer nuevas ideas o soluciones para reconocer situaciones y enfrentar las adversidades.
 - Realizar las tareas hasta finalizarlas, encontrar el humor en la vida y utilizarlos para reducir tensiones.
 - Contar con la habilidad de poder expresar pensamientos y emociones que influyeran en el fortalecimiento de las relaciones interpersonales de la vida cotidiana, que puedan ser de ayuda en algún momento de la vida.
 - Saber cómo controlar los impulsos, sentimientos y saber cómo lidiar con ellos con la finalidad de resolver los conflictos de diferentes aspectos como el académico, social, personal y laboral.
 - Saber solicitar ayuda en momentos que se puedan considerar adversos o desafortunados.

2.2.3. Teoría de la resiliencia de Wagnild y Young

En el estudio de Wagnild y Young como se citó en Castilla et al. (2016) la resiliencia es un proceso amortiguador de las consecuencias negativas provocadas por el estrés, y fomentador de la adecuación sana ante un evento traumático o suceso que pueda afectar con la vida de la persona siendo planteadas en dos dimensiones que engloban la definición teórica:

Factor I: La Competencia personal. Los autores lo refieren como la habilidad de poder construir una propia identidad en base a los valores y la capacidad de afrontar los retos

y demandas de la vida, logrando una adecuada adaptación ante estos sucesos. Esta competencia personal está conformada por otras capacidades como:

1. La perseverancia. Es la aptitud que tiene la persona de mantenerse persistente, resistente e inmutable ante eventos que pueden ser desafortunados en el logro de la obtención de metas, aspiraciones y objetivos que uno se plantea en la vida personal. Lo cual engloba las siguientes definiciones:

a) La autodisciplina. Es la habilidad que uno mismo se impone para actuar de acuerdo a decisiones ya planteadas con la finalidad de crear hábitos en base a esos objetivos.

b) La iniciativa. Es un conjunto de acciones que se proyectan con la finalidad obtener satisfacciones sociales y/o personales, las cuales son muy relacionadas a las motivaciones personales que uno se puede plantear.

c) La persistencia. Es la intensión, la fuerza y la energía que tiene una persona de mantener por un prolongado tiempo un conjunto de acciones, las cuales tienen un propósito ya establecido.

2. La confianza en sí mismo. Es la convicción que se tiene uno mismo y está basado en el conjunto de habilidades, autovaloraciones tanto positivas como negativas y el conocimiento de las propias capacidades, tomándolos como herramientas de ayuda ante la adversidad abarcando lo siguiente:

a) La autodependencia. Es el compromiso que se tiene uno mismo con el propio bienestar pero que también está relacionado con las apreciaciones y ayuda que necesita de otros, formando autoconceptos que se crean de manera subjetiva.

b) La seguridad en uno mismo. Es la capacidad que uno va obteniendo en base a decisiones y valoraciones críticas con la finalidad de mantener en control de los sentimientos, pensamientos y conductas que se presentan en la vida cotidiana ante las dificultades.

c) La solidaridad. Es una virtud que tienen las personas cuando deciden colaborar con el otro con la finalidad de conseguir un bien común.

d) La Resistencia. Es la capacidad que tiene uno mismo de poder cambiar o no un comportamiento inadecuado, así como también mantener o facilitar una conducta más conveniente.

3. *Sentirse bien solo.* Es una decisión que se toma de manera personal con la intención de necesitar la compañía de otros debido a que se tiene un vínculo sano con su propio bienestar y al que recurre en los momentos que se desea, tomando en cuenta lo siguiente:

a) La Independencia. Es la capacidad de tener la autonomía al tomar decisiones, ser capaz de asumir la responsabilidad de los actos y errores que comete uno mismo; y hacerse cargo de la propia inestabilidad emocional que uno siente, sin la necesidad de involucrar a otras personas.

b) Las actividades en solitario. Es la oportunidad que uno se da para estar en contacto con uno mismo y tener una autoevaluación con respecto a su estado emocional y su satisfacción personal, siendo consciente de sus propias necesidades y alejándose de cualquier dependencia emocional. Además, son aquellas actividades de disfrute que uno mismo tiene en consideración de acuerdo a sus preferencias personales.

Factor II: La aceptación de uno mismo y de la vida. Es la predisposición y la afirmación de los propios sentimientos, pensamientos y comportamientos que uno se

identifica, así como también sentirse parte de las metas, motivaciones y sueños que uno tiene como una sola identidad, lo cual permite poder expresarse de manera abierta sin la necesidad de cohibirse y es comprendido por las siguientes características:

4. La ecuanimidad. Es la capacidad de mantenerse en un estado equilibrado y estable ante ciertos eventos desagradables o infortunados, permitiendo una adecuada toma de decisiones y es caracterizado por:

a) La paciencia. Es la capacidad de poder tolerar los infortunios y adversidades que ocurren con el tiempo, afrontándolos de manera estable sin la necesidad de tomarlo como una forma impulsiva

b) La introspección. Es la autorreflexión de la conciencia o la valoración del estado de ánimo y el comportamiento de uno mismo hace con la intención de llegar a una conclusión.

5. La satisfacción personal. Es la valoración que se tiene acerca del tipo de calidad de vida que uno lleva basada de manera objetiva y subjetiva tomando como referencia las percepciones, la satisfacción y expectativas personales con respecto a su vida, las cuales están influenciadas por:

a) El humor. Es la estrategia que uno mismo utiliza para tomar una actitud positiva contra la adversidad, favoreciendo la adaptación quitándole el componente negativo al problema

b) La autoestima. Es la autovaloración que se tiene con respecto a los pensamientos y sentimientos que son basados con respecto a sus experiencias previas.

2.2.4. Factores protectores

Son aquellas condiciones que favorecen el desarrollo de individuos o grupos sociales reduciendo de esta manera los efectos de las circunstancias desfavorables. Cuando hablamos de los factores protectores de la resiliencia se puede observar que existen circunstancias internas y externas que influyen en las personas. Las internas son aquellas valoraciones que se atribuye a la persona como la seguridad, la confianza y la estima que uno mismo tiene facilitándole poder expresar sus emociones, pensamientos y empatizar con su entorno. Así mismo en cuanto a las externas, están relacionadas con el tipo de condiciones en la que vive uno mismo (el tipo de familiar, las redes de apoyo y la adaptación tanto social como laboral) (Arango, 2005).

2.2.5. Principales fundamentos:

a) Psicología positiva y resiliencia. En la actualidad las investigaciones buscan comprender el proceso por el que transitan las personas para llegar a formarse como son en un futuro, cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los individuos para prevenir los problemas de salud mental, acudiendo al análisis de las fortalezas y debilidades priorizando las cualidades más que la fragilidad de los individuos con la finalidad de poder potencializar las capacidades (Seligman, 2003, como se citó en Vera, 2006).

Por otro lado, algunos estudios centrados en el psicoanálisis consideraron a las personas que pasaron por un trauma siempre resultan dañados y paralizados ante este evento. Sin embargo, Fraga (2015) menciona que asumir que todas las personas que pasan por un evento desafortunado puede ocasionar un trauma es como interpretar que todos respondemos de una misma manera, sin considerar los aspectos individuales y externos de cada sujeto,

Es por eso que cuando se menciona a la psicología positiva se toma en consideración solo la perspectiva del sujeto sin considerar la vulnerabilidad y aspectos negativos por los que

pasó. Buscando de esta manera transformar la perspectiva pesimista que se tiene del trauma, ya que también puede ser un gran motivador de aprendizaje y crecimiento interior que favorece el desarrollo de la resiliencia.

b) El enfoque de la resiliencia familiar de Froma Walsh. La resiliencia familiar es considerada por Froma Walsh como aquellos procesos de superación y adaptación que se desarrollan en la familia, permitiendo de esta manera moderar el estrés, lograr el afronte de los eventos desfavorables reaccionando de manera funcional frente a dichos sucesos. Sin embargo, si los esfuerzos de superación son ineficaces dentro de la familia, la percepción del suceso se intensifica causando en la persona mayor tensión y complicación personal (Walsh, 2004).

Así mismo, dentro de la teoría se puede observar un enfoque sistémico, de modelo ecológico y una perspectiva evolutiva. En la teoría sistémica, se puede comprender mucho mejor las causas de las reacciones del sujeto ante estos eventos como procesos que están influenciados por la familia y el entorno social, ya que la manera de como el individuo reacciona ante una crisis está condicionada a la forma de como la familia y todos sus miembros responden frente a este suceso (Walsh, 2004).

En cuanto al modelo ecológico se tomó como aporte la manera de analizar todos los ambientes que contribuyen al desarrollo de la resiliencia. Es decir, como el entorno familiar, las condiciones económicas, laborales, el sistema político y otros entornos repercuten en el proceso de la adaptación de situación amenazante (Walsh, 2004).

Por otro lado, Walsh (2004) también define la perspectiva evolutiva, como un conjunto de expectativas aprendidas por las diferencias que el sujeto toma en consideración debido a sus experiencias previas en los diferentes contextos, llegando a experimentar cambios de manera interna durante toda la etapa de su vida.

2.3. La violencia intrafamiliar

Aldana (2012) determina que la violencia es manifestada e identificada por diversas formas, niveles de agresión, magnitud del suceso y que pasa por un proceso de etapas en las que se vulnera la integridad del sujeto de manera física, mental y emocional, ocasionados en el ambiente familiar. Así mismo, se puede observar como una acción donde se le genera a la otra persona daños físicos y psicológicos, debido a que existe un quebrantamiento en la capacidad de la persona en generar vínculos sociales y familiares, ya que el individuo que aplica su fuerza somete e intimida a la persona.

Asimismo, Alvarado (2013) determinó a la violencia intrafamiliar como una acción que se puede ejercer de diferentes maneras, la violencia ejercida por los adultos contra la pareja y contra los hijos; la violencia causada por los hijos contra los padres y entre hermanos; y la violencia provocada por los hijos y adultos contra los abuelos o personas adultas mayores.

2.3.1. Tipos de violencia intrafamiliar hacia la mujer.

a) Violencia física. Es el ejercicio de la fuerza con la intención de generar un daño de manera física y que puede ser realizado con objetos que generan lesiones o acciones realizadas de manera intencional como empujones, golpes patadas, etc. Sin embargo, también implica aquellos daños que no pueden ser detectados a través de un examen físico, sino que puede ser manifestado como una dolencia física, como los dolores de cabeza, de estómago y las dificultades respiratorias y de sueño (Sierra et al., 2003).

b) Violencia psicológica. Es un conjunto de acciones u omisiones que realiza la persona contra otra intencionalmente ocasionando el desequilibrio emocional y cognitivo por medio comportamientos de indiferencia, manipulación, desvalorización, negligencia, de dominación, las cuales generan a la otra parte indicadores de ansiedad, depresión,

devaluación e insatisfacción por la vida (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2012).

c) Violencia sexual. La agresión sexual es el acto de realizar tocamientos o forzar a la persona a realizar conductas sin el consentimiento de la persona, como por ejemplo realizar tocamientos indebidos, acosar y obligar a la prostitución, la esterilización; y mantener el acto sexual (MIMP, 2012). Además, también existe ocasiones en las que este tipo de violencia puede presentarse de manera independiente o combinarse con los tipos de agresión física y emocional

d) Violencia económica. Es toda acción que se realiza ya sea un ámbito público o privado con la finalidad de restringir a la persona de la disposición de sus propios bienes patrimoniales como la identificación personal, bienes económicos, sus beneficios legales, etc. Sometiendo al sujeto a no cubrir sus necesidades primarias y ejercen la agresión física, psicológica o sexual con la finalidad de mantener controlado los ingresos y la circulación monetaria del hogar (Canek, 2014).

2.3.2. El ciclo de la violencia intrafamiliar

Este proceso no ocurre en su mayor parte de manera continua, sino por ciclos, los cuales consisten en las siguientes fases y son clasificados por Gutiérrez y Hurtado (2002) de la siguiente manera:

a) Etapa de tensión. Es la acumulación de la presión por los problemas en las que se obtiene como resultado el incremento de la tensión debido a que la víctima opta por una postura pasiva y el agresor se cree en su legítimo derecho a seguir agrediendo, tomando su posición como la verdad absoluta.

La posición del agresor. Cambia radicalmente su estado de ánimo ante cualquier problema, culpabilizando a la otra parte de sus actos optando por gritar, insultar y reaccionar

impulsivamente. La posición de la víctima. En esta etapa es temerosa y dominada por sentimientos de responsabilidad hacia las actitudes de su agresor.

b) *Etapa de crisis.* Es la etapa donde se descarga completamente las tensiones del agresor y la víctima se somete de manera forzosa.

La posición del agresor. Opta por manifestar su enojo e ira por medio de golpes y humillaciones. La posición de la víctima. Sufre en esta etapa el desequilibrio emocional el cual atenta contra su autoestima y salud mental.

c) *Etapa de arrepentimiento.* Surge la calma y la tranquilidad tanto en el agresor como en la víctima como resultado existe la reconciliación por un relativo tiempo mientras se sigue acumulando de nuevo las tensiones de los problemas hasta ocurrir un nuevo episodio de violencia.

La posición del agresor. Tiene una actitud de arrepentimiento, el sentimiento por querer enmendar los errores y promesas de que no va a volver a ocurrir. La posición de la víctima. Confía en las emociones de su agresor y deja de lado todo lo ocurrido, confiando en que solo fue un error.

2.3.3. El perfil de la víctima

Para poder determinar el perfil de una persona víctima de violencia es un poco complicado debido a la diferencia significativa del mismo tipo de violencia que se ha ejercido, así como los diferentes rasgos de personalidad de las personas que han pasado por esta situación. Sin embargo, Gutiérrez y Hurtado (2002) mencionan una serie de características presenciadas mediante la socialización con mujeres con una dinámica familiar autoritaria, la cual los autores lo consideran como el primer lugar donde se pone a prueba el aprendizaje a la normalización de la violencia:

- La conformidad de los sentimientos de miedo que sienten y que inhabilitan a la persona a atreverse a pedir ayuda cuando lo necesita.
- Normalizar o minimizar las acciones de agresión, debido a la alta tolerancia al miedo y la falta información sobre las situaciones de abuso, las que no les permite identificar cuando están recibiendo el abuso y minimizando las acciones de su agresor considerándolo como una no tan mala persona y maximizando las situaciones similares que otros pueden estar pasando.
- El aislamiento es una de las características de las víctimas ya que se considera a la familia o grupos de apoyos como personas que están en contra de uno o como los causantes de más problemas.
- La internalización de la culpa, es cuando el sujeto agredido busca el origen del compartiendo del agresor y se responsabiliza como la persona que provocó esa agresión, asociándose a su baja autoestima.

III. Método

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de un enfoque cuantitativo ya que se recolectará información numérica en relación a las variables de estudio. Siendo el estudio de diseño no experimental de corte trasversal debido a que no se manipularán las variables deliberadamente y la información recolectada se realizará en un solo momento (Hernández y Mendoza, 2018). Asimismo, es de tipo correlacional porque tiene como objetivo identificar la correlación entre ansiedad y resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por miembros de su familia (Hernández y Mendoza, 2018).

3.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se abordó desde agosto de 2023 hasta febrero de 2024, recopilándose los datos en el transcurso del mes de diciembre de 2023 al mes de enero de 2024. Asimismo, estuvo dirigido para mujeres que acudieron en ese tiempo a un centro de salud en el distrito de Comas como parte del proceso judicial debido a agresiones provocados por los miembros de su familia y mujeres que asisten a las consultas externas por problemas físicos y/o emocionales y que además están pasando o han pasado por maltratos intrafamiliar.

3.3. Variables de estudio

- *La ansiedad*

Definición conceptual

Es la apreciación de los acontecimientos y valoración de los esquemas para enfrentarse al peligro, las cuales son representaciones de las situaciones y la experiencia anterior (Beck y Clark, 1988).

Definición operacional

La ansiedad ha sido medida a través de los puntajes del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Tabla 1

Operacionalización de la variable ansiedad

Dimensiones	Ítems	Tipo de respuesta	Niveles y rango	Escala de medida
Unidimensional		Tipo Likert	Nivel	Ordinal
		0, En absoluto	Mínimo (0-7)	
	1,2,3,4,5,6,7,8	1, Levemente	Nivel Leve (8-15)	
	9,	2, Moderadamente	Nivel Moderado (16-25)	
	10,	3, Severamente	Nivel Severo (26-63)	
	11,12,			
	13,14,15,16, 17, 18,19,20,21			

- ***La resiliencia***

Definición conceptual

La variable resiliencia es un rasgo del individuo que nos permite responder adecuadamente ante la adversidad, experiencias negativas y obstáculos, experimentado con el tiempo una adaptación psicológica saludable (Wagnild & Young, 1993).

Definición operacional

Se define en base a los datos recopilados de la Escala de Resiliencia de Young (ER).

Tabla 2*Operacionalización de variable resiliencia*

Componentes	Ítems	Tipo de respuesta	Niveles y rango	Niveles de medición	Instrumento
Confianza en sí mismo	6,9,10,13, 17,18,24				
Ecuanimidad	7,8,11,12		Bajo (25-127)		
Perseverancia	1,2,4,14, 15,20,23	Tipo Likert 1(totalmente desacuerdo) – 7(totalmente de acuerdo)	Medio bajo (128-140) Medio (141-150) Medio alto (151-157)	Ordinal	Escala de resiliencia de Wagnild y Young (ER), adaptado por Novella en 2002
Satisfacción personal	16,21,22, 25		Alto (158- 175)		
Sentirse bien solo	3,5,19				

Tabla 3*Tabla de variables sociodemográfica*

VARIABLES sociodemográficas	Categoría	Escala de medición	Instrumento
Edad	25 años hasta 60 años	Ordinal	Ficha sociodemográfica
Grado de instrucción	Primaria incompleta	Nominal	Ficha sociodemográfica
	Primaria completa		
	Secundaria incompleta		
	Secundaria completa		
Estado civil	Superior incompleta	Nominal	Ficha sociodemográfica
	Superior completa		
	Soltera		
Situación Laboral	Casada/Conviviente	Nominal	Ficha Sociodemográfica
	Viuda		
	Separada		
Tipo de violencia	Trabaja	Nominal	Ficha Sociodemográfica
	No trabaja		
Tiempo de última violencia	Psicológica	Nominal	Ficha Sociodemográfica
	Física		
	Sexual		
Tiempo de última violencia	Psicológica y física	Nominal	Ficha Sociodemográfica
	Psicológica, física y sexual		
	Menos de 06 meses		
	07 meses a 12 meses		
Tiempo de última violencia	13 meses a 48 meses	Nominal	Ficha Sociodemográfica
	49 meses a más		

3.4. Población y Muestra

La población estuvo conformada por mujeres que han sufrido violencia intrafamiliar en alguna etapa de su vida que acuden a un centro de salud en el distrito de Comas para

recibir atención como parte de proceso judicial y como consulta externa, durante los meses de diciembre del 2023 a enero del 2024.

La muestra estuvo conformada por 136 mujeres con edades de 25 a 60 años que asistieron a un centro de salud en el distrito de Comas, que fueron derivadas como parte de un proceso judicial y aquellas que acudieron a consulta externa del establecimiento entre los meses de diciembre de 2023 a enero 2024 por malestares emocionales y fisiológicos.

El muestreo fue no probabilístico de tipo casual o accidental, el cual consiste en tomar una muestra de población que está disponible y al alcance en un momento y lugar determinado (Otzen y Manterola, 2017) en donde se consideró como criterio de inclusión tener una edad de 25 a 60 años, saber leer y escribir y disposición para responder los instrumentos de medición, quedando excluidas las mujeres que se encuentren en periodo de gestación y lactancia como también aquellas que tuvieran alguna dificultad física o psicológica que les impidiera participar.

En la tabla 4, se muestran las características de la muestra que contó con la participación de 136 mujeres, según grado de instrucción, estado civil y situación laboral, de las cuales son representadas por el 41.8% con grado de instrucción de secundaria completa y el 22.1% superior incompleta. En cuanto a su estado civil hay una mayor incidencia entre solteras y separadas que son el 69.2% de la muestra y el 56.6 % de ellas, no trabajan.

Tabla 4

Distribución de la muestra, según grado de instrucción, estado civil y situación laboral

		frecuencia	%
Grado de instrucción	Primaria incompleta	4	2.9
	Primaria completa	7	5.1
	Secundaria incompleta	16	11.8

	Secundaria completa	57	41.8
	Superior incompleta	30	22.1
	Superior completa	22	16.2
Estado Civil	Soltera	47	34.6
	Casada/ conviviente	40	29.4
	Viuda	2	1.5
	Separada	47	34.6
Situación laboral	Labora	59	43.4
	No labora	77	56.6

En la tabla 5, Se percibe a la muestra de 136 mujeres que han sido maltratadas por la violencia intrafamiliar, según el agresor, convivencia con el agresor, tipo de violencia y tiempo de última violencia. De las cuales, el 41.2 % ha sido agredida por su pareja, el 53.7% todavía convive con su agresor, el 36% ha recibido violencia psicológica y el 52.9% han sido maltratadas en un tiempo de menos de 06 meses.

Tabla 5

Distribución de la muestra según agresor, convivencia, tipo de violencia y tiempo de última violencia

		Frecuencia	%
Agresor	Pareja	56	41.2
	Padres	23	16.9
	Suegros	14	10.3
	Hijos	2	1.5
	Hermanos	16	11.8
	Otros familiares	25	18.4

Convivencia	Convive con el agresor	73	53.7
	No convive con el agresor	63	46.3
Tipo de violencia	Psicológica	49	36.0
	Física	8	5.9
	Sexual	7	5.1
	Psicológica y física	46	33.8
	Psicológica, física y sexual	26	19.1
Tiempo de última violencia	Menos de 06 meses	72	52.9
	07 meses a 12 meses	24	17.6
	13 meses a 48 meses	24	17.6
	48 meses a más	16	11.8

3.5. Instrumentos:

Escala de Resiliencia (ER)

Es una prueba desarrollada por Wagnild y Young (1993) y adaptada por Novella (2002), la cual sirve para evaluar el nivel de resiliencia en los adolescentes y adultos. Está conformada por 25 ítems cuyas respuestas son de tipo Likert, que cuentan con siete alternativas de valoración que oscilan entre 1 a 7, de los cuales varían entre totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, y son calificados con una puntuación máxima de 175 puntos y una mínima de 25 puntos. Tiene una duración de 10 a 15 minutos y su modo de aplicación puede ser tanto individual como colectivo. Todos sus ítems cuentan con una concordancia positiva, por lo cual un alto puntaje indicaría un mayor nivel de resiliencia. Con la escala se puede evaluar cinco componentes que son: perseverancia (ítems 1, 2, 4, 14, 15, 20 y 23), satisfacción personal (ítems 16, 21, 22 y 25), ecuanimidad (ítems 7, 8, 11 y 12), confianza en sí mismo (ítems 6, 9, 10, 13, 17, 18 y 24) y sentirse bien solo (ítems 5, 3 y 19).

Novella (2002), realizó una adaptación lingüística de esta prueba en 342 alumnas de un colegio nacional de Lima, cuyas edades estaban comprendidas entre 14 y 17 años de edad, además analizó la validez y confiabilidad del instrumento que a su vez pasó por una evaluación por criterio de jueces en las que obtuvo evidencias de acuerdo a la validez por contenido. Con respecto a la confiabilidad, mediante el método de consistencia interna la prueba logró un valor de .89 en la escala total y como correlación ítem – test alcanzó valores que varían entre .71 y .80, llegando a conservarse todos los ítems.

Así mismo, Castilla et al. (2016) analizaron la confiabilidad y validez del instrumento en el Perú, para ello evaluaron a 332 estudiantes universitarios en Lima (114 eran varones y 218 mujeres) cuyas edades estuvieron comprendidas entre 17 a 64 años. La validez lo analizó con el análisis factorial exploratorio revelando que cuenta con una varianza del 41.97% como porcentaje global. La confiabilidad fue analizada con el coeficiente de consistencia interna mostrando un coeficiente elevado de .898 y una correlación ítem-test que estableció un rango de .409 a .628. y los intervalos de confianza entre sus componentes oscilaron entre .876 y .914.

En el presente estudio también se ha evidenciado la validez y confiabilidad. En la tabla 6, se observa el análisis de validez ítem-test, que muestra que todo el ítem alcanza una correlación significativa ($r > .50$) cuyos valores oscilan entre .753 - .757, confirmando que esta escala es válida.

Tabla 6

Validez ítem – test de la Escala de Resiliencia (ER)

Ítems	r	Ítems	r
Ítem 1	.754	Ítem 14	.755
Ítem 2	.754	Ítem 15	.756
Ítem 3	.754	Ítem 16	.755

Ítem 4	.756	Ítem 17	.753
Ítem 5	.757	Ítem 18	.753
Ítem 6	.753	Ítem 19	.753
Ítem 7	.755	Ítem 20	.755
Ítem 8	.753	Ítem 21	.756
Ítem 9	.753	Ítem 22	.757
Ítem 10	.756	Ítem 23	.753
Ítem 11	.755	Ítem 24	.753
Ítem 12	.754	Ítem 25	.754
Ítem 13	.753		

El análisis de confiabilidad se realizó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, lo cual muestra un nivel de fiabilidad muy bueno ($\alpha > .80$), para los tres componentes de satisfacción personal, sentirse bien solo y ecuanimidad, además se observa que para perseverancia y confianza en sí mismo se aprecia un nivel excelente de fiabilidad (Tabla 7). Así mismo, en cuanto al puntaje total también se obtuvo un nivel muy fuerte de confiabilidad ($\alpha > .90$) (Tuapanta et al., 2017).

Tabla 7

Analisis de confiabilidad de la Escala de Resiliencia (ER)

Escala	Alfa de Cronbach	N de elementos
Perseverancia	.928	7
Confianza en sí mismo	.946	7
Ecuanimidad	.900	4
Satisfacción personal	.834	4
Sentirse bien Solo	.832	3
Puntaje total	.978	25

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Fue creada por Beck y Steer (1993), con el objetivo de dar valoración a la presencia de sintomatología de manera global. El BAI está conformado por 21 ítems que cuenta con el tipo de escala Likert de 4 opciones desde 0 = en absoluto hasta 3= severamente, este inventario se puede aplicar en sujetos que cuenten con edades a partir de los 13 años de edad, tanto a personas sin alguna patología como las que, si cuentan con algún malestar o indicadores de algún tipo de enfermedad, en cuanto al puntaje total es determinado por cuatro niveles mínimo, leve, moderado y severo.

En su versión original, los autores Beck y Steer (1993) aportaron que esta escala tiene una consistencia interna de $\alpha=.92$ y una confiabilidad test-retest de $r=.75$. En Perú, Thornberry (2011) evaluó a 200 universitarios de Lima, asimismo brindó evidencias de validez por medio del análisis factorial exploratorio (AFE) donde encontró una varianza acumulada que explicaba el 36.26% de la variable, un valor Kaiser-Meyer-Olkin de .94 y el Test de Esfericidad de Bartlett con un valor por debajo del nivel de significancia ($p < .001$), asimismo, halló que todos los ítems tuvieron una carga factorial mayor a .30, reafirmando que existe un factor común para todos los ítems. A través de la de correlación ítem-test corregida obtuvo una correlación de .43 y .69 superando el criterio de $r > .20$ propuesto por Kline (1995).

Así mismo, Nima (2023), realizó un estudio donde analizó las propiedades psicométricas de este inventario en el departamento de Tumbes, con una muestra de 384 personas por medio de una recopilación censal, en donde obtuvo como resultado una apropiada validez por contenido ($V > .70$), además logró obtener una confiabilidad alta de .93 con por medio del análisis de la consistencia interna, y como carga factorial entre los ítems un rango entre .54 a .88, evidenciando adecuada validez y confiabilidad de esta herramienta.

Del mismo modo para el presente estudio se ha evidenciado la validez y confiabilidad. En la tabla 8, se aprecia el análisis de validez ítem-test, donde todos los ítems alcanza una correlación significativa ($r > .50$) cuyos valores oscilan entre .743 a .753. Mostrando una validez adecuada.

Tabla 8

Validez ítem-test del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Ítems	r	Ítems	r
Ítem 1	.750	Ítem 12	.752
Ítem 2	.753	Ítem 13	.747
Ítem 3	.748	Ítem 14	.747
Ítem 4	.748	Ítem 15	.745
Ítem 5	.747	Ítem 16	.746
Ítem 6	.745	Ítem 17	.743
Ítem 7	.745	Ítem 18	.751
Ítem 8	.745	Ítem 19	.746
Ítem 9	.743	Ítem 20	.749
Ítem 10	.745	Ítem 21	.749
Ítem 11	.746		

La confiabilidad se realizó mediante la identificación del coeficiente de consistencia interna. Los índices del alfa de Cronbach estimados para el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) pertenece a la categoría excelente siendo .939 (Tabla 9), ya que superan los valores del punto de corte de .90 (Tuapanta et al., 2017).

Tabla 9

Análisis de confiabilidad del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Alfa de Cronbach	N de elementos
.939	21

3.6. Procedimiento

Inicialmente se realizó la documentación necesaria para la autorización de la recolección de datos de la muestra establecida para la respectiva medición de las variables. Seguido de esto, se tomó en cuenta los criterios establecidos para el proceso de selección de la muestra de estudio, así como también se tomaron en cuenta los recursos logísticos para el proceso de aplicación como el establecimiento de horarios, los materiales utilizados, etc.

Al momento de iniciar con el proceso de la aplicación de instrumentos se realizó dos modalidades de recopilación de datos, la primera fue por medio de una entrevista individual con las personas que se acercaban para recibir asistencia por malestares emocionales con la intención de saber si cumplía con los criterios tomados en cuenta y mediante una breve presentación se les solicitaba su participación voluntaria. La segunda modalidad fue detectando a las personas que asistían por derivación de su proceso judicial donde se clasifica si la persona cumplía con los requisitos planteados. Después se les hizo llenar el consentimiento informado el cual autorizaba la aplicación de la Escala de Resiliencia (ER) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), por un periodo de 20 minutos.

Como siguiente paso, se procedió a la construcción de la base de datos y la realización de análisis estadístico necesario por medio del software SPSS versión 22, con el cual se realizó el análisis estadístico pertinente que ayudaron en la construcción de tablas y figuras, para la obtención de los resultados, los mismos que se analizaron y compararon con otros estudios, con los que se concluyó en la redacción del informe final

3.7. Análisis de datos

Los datos se organizaron haciendo uso del programa SPSS versión 22 con los 136 participantes que formaron parte del estudio. En primer lugar, se hizo el análisis de confiabilidad y validez de cada instrumento, mediante el uso del coeficiente de alfa de

cronbach y el análisis correlativo ítem – test. En segundo lugar, se establecieron las características de la muestra representadas en frecuencias y porcentajes por medio de los estadísticos descriptivos. Así mismo con el uso de este proceso, se obtuvieron los datos descriptivos de cada variable y junto con la prueba de bondad de Kolmogorov y Smirnov se verificó si tenían una distribución normal (Tabla 10). En tercer lugar, para los datos comparativos se agruparon en dos grupos para determinar las diferencias de cada variable utilizándose la prueba no paramétrica U de Mann Whitney y Kruskal Wallis. Finalmente, para hallar la correlación se utilizó el coeficiente Spearman, permitiendo responder los objetivos planteados del estudio, así como la constatación de las hipótesis.

En la tabla 10, se presenta el análisis de normalidad a través de la prueba de bondad de Kolmogorov – Smirnov, debido a que el tamaño de la muestra es mayor ($gl > 50$), obteniéndose un nivel de significancia menor a .05 ($p=.000$) para la variable resiliencia, por lo que se considera que las variables no presentan una distribución normal, a diferencia de la variable ansiedad cuyo nivel de significancia es mayor a .05 ($p=.079$), contando con una distribución normal, por lo que se optó por trabajar con el estadístico no paramétrico (rho de Spearman) para el análisis de la correlación.

Tabla 10

Análisis de normalidad de las variables de Ansiedad y Resiliencia según Kolmogorov-Smirnow (K.S)

Variables	Dimensión	gl	<i>p</i>
Ansiedad		136	.079
Resiliencia	Confianza en sí mismo	136	.000
	Ecuanimidad	136	.000

Satisfacción personal	136	.000
Sentirse bien Solo	136	.000
Puntaje total	136	.000

Nota: gl: grados de libertad; p : nivel de significancia

En la tabla 11, se observa por medio de la prueba de bondad de Kolmogorov-Smirnov, que las variables sociodemográficas de grado de instrucción, estado civil, situación laboral, agresor, convivencia, tipo de violencia y tiempo de última violencia presentan un nivel significancia menor a .05, por lo que se considera que no presentan distribución normal. Considerándose para el análisis de diferencias significativas entre grupos, trabajar con los estadísticos no paramétricos, Kruskal Wallis y U de Mann Whitney.

Tabla 11

Análisis de normalidad de las variables sociodemográficas según Kolmogorov- Smirnov (K.S)

VARIABLES	Dimensión	gl	p
Ansiedad - Resiliencia	Grado de instrucción	136	.000
	Estado civil	136	.000
	Situación laboral	136	.000
	Agresor	136	.000
	Convivencia	136	.000
	Tipo de violencia	136	.000
	Tiempo de última violencia	136	.000

Nota: gl: grados de libertad; p : nivel de significancia

3.8. Consideraciones éticas

El presente estudio fue realizado tomando en consideración los Códigos de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, las cuales están divididas entre las leyes de la investigación, de los instrumentos de investigación y el secreto profesional (Ley N° 30702).

Los códigos de ética que se aplicaron en esta investigación fueron los Art. 24 y Art. 25 de la investigación garantizando que la población objetivo recibió la información detallada de la investigación, así mismo se obtuvo la aprobación voluntaria en el estudio.

En cuanto a los códigos de los Art. 47 y 49, de los instrumentos utilizados se tomó en cuenta que las herramientas de prueba contaban con la validez adecuada y también se procedió a explicar sobre los valores encontrados de manera individual concientizando la importancia de la salud mental.

Por último, se tomó en consideración los Art. 53 y 56, referidas a la práctica profesional, así como la protección de datos que se mantuvieron en el anonimato, junto con las declaraciones de cada experiencia narrada durante el transcurso de la aplicación de pruebas.

IV. Resultados

4.1. Análisis descriptivo de las variables

En la tabla 12, se observan los niveles de ansiedad en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas, donde se aprecia que el 73.6 % de las participantes obtienen un nivel entre moderado y severo; y solo el 8.1% un nivel mínimo, mostrando mayor disposición a tener una mayor sintomatología ansiosa.

Tabla 12

Niveles de ansiedad en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar

Variable	Nivel	<i>f</i>	%
Ansiedad	Mínimo	11	8.1
	Leve	25	18.4
	Moderado	27	19.9
	Severo	73	53.7

En la tabla 13, se encuentran los niveles de resiliencia en mujeres que han sido maltratadas y que asisten un centro de salud en Comas, de los cuales el 72.8 % de las participantes alcanza un nivel de resiliencia bajo y medio bajo. En cuanto a sus componentes se observa que en confianza en sí mismo, el 39% alcanza un nivel bajo y el 27.2 % un nivel alto, asimismo en perseverancia, se encontró que el 30.1% tienen un nivel bajo y el otro 30.1% un nivel alto. En el componente sentirse bien se obtuvo que el 33.1% de las mujeres tienen un nivel bajo y el 31.6% un nivel medio alto. Por otro lado, en cuanto a los

componentes de ecuanimidad y satisfacción personal, el 45.6% y 29.4% de las mujeres tienen un nivel bajo de resiliencia respectivamente.

Tabla 13

Niveles de la resiliencia y de los componentes en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar

Variable	Nivel	<i>f</i>	%
Resiliencia	Bajo	79	58.1
	Medio bajo	20	14.7
	Medio	14	10.3
	Medio alto	14	10.3
	Alto	9	6.6
Confianza en sí mismo	Bajo	53	39.0
	Medio bajo	14	10.3
	Medio	11	8.1
	Medio alto	21	15.4
	Alto	37	27.2
Perseverancia	Bajo	41	30.1
	Medio bajo	15	11.0
	Medio	19	14.0
	Medio alto	20	14.7
	Alto	41	30.1
Sentirse bien solo	Bajo	45	33.1
	Medio bajo	22	16.2
	Medio	10	7.4
	Medio alto	43	31.6
	Alto	16	11.8
Ecuanimidad	Bajo	62	45.6
	Medio bajo	15	11.0
	Medio	24	17.6
	Medio alto	24	25.0

	Alto	1	0.7
	Bajo	40	29.4
	Medio bajo	17	12.5
Satisfacción personal	Medio	32	23.5
	Medio alto	30	22.1
	Alto	17	12.5

4.2. Análisis comparativo

- Análisis de la ansiedad según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia

En la tabla 14, se observa por medio del análisis de la prueba Kruskal Wallis un nivel de significancia de $p = .029$, rechazándose la hipótesis nula, es decir que existen diferencias significativas en la ansiedad según el grado de instrucción, así mismo se muestra una mayor predisposición de ansiedad en mujeres que tienen educación básica.

Tabla 14

Análisis de las diferencias de la ansiedad según grado instrucción

Variable	Grado de instrucción	N	Rango promedio	X^2	gl	p
	P. Incompleta	4	62.50			
	P. Completa	7	82.00			
Ansiedad	S. Incompleta	16	60.88	12.441	5	.029
	S. Completa	57	79.61			
	Sup. Incompleta	30	58.73			
	Sup. Completa	22	55.36			

En la tabla 15, se observa mediante el análisis de la prueba Kruskal Wallis, un nivel de significancia menor a .05 ($p = .015$), rechazándose la hipótesis nula, es decir existen

diferencias significativas en la ansiedad según estado civil. En cuanto a su prevalencia se obtuvo que las mujeres que más presentan sintomatología de ansiedad son las mujeres que son viudas y aquellas que están casadas o conviven con sus parejas.

Tabla 15

Análisis de las diferencias de ansiedad según estado civil

Variable	Estado civil	N	Rango promedio	X^2	gl	p
Ansiedad	Soltera	47	59.40	10.456	3	.015
	Casada/conviviente	40	82.10			
	Viuda	2	100.00			
	Separada	47	63.45			

En la tabla 16, se aprecia por medio de la prueba de U de Mann Whitney el valor es menor a .05 ($p = .000$), rechazándose la hipótesis nula y considerándose que existe diferencia significativa en la ansiedad según la situación laboral. Además, se muestra una mayor predisposición de ansiedad en el grupo de mujeres que no trabajan.

Tabla 16

Análisis de las diferencias de la ansiedad según situación laboral

Variable	Situación laboral	N	Rango promedio	Z	U	p
Ansiedad	Labora	59	48.19	-5.265	1073.000	.000
	No labora	77	84.06			

En la tabla 17, se observa que en el análisis de la prueba Kruskal Wallis, se obtuvo un nivel de significancia menor a .05 ($p = .002$), demostrando que existen diferencias significativas en la ansiedad según tipo de violencia y que las mujeres que han sido

maltratadas física, psicológica y sexual son las que presentan mayor incidencia de ansiedad, seguido de aquellas que han sido violentadas sexualmente.

Tabla 17

Análisis de las diferencias de ansiedad según tipo de violencia

Variable	Tipo de violencia	N	Rango promedio	X^2	gl	p
	Psicológica	49	58.93			
	Física	8	56.63			
	Sexual	7	77.14			
Ansiedad	Psicológica y física	46	63.80	17.447	4	.002
	Psicológica, física y sexual	26	96.17			

- Análisis de la resiliencia según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia

En la tabla 18, se observa que en el análisis de la prueba Kruskal Wallis, se obtuvo un nivel de significancia menor a .05 ($p = .000$), demostrando que existen diferencias significativas de la resiliencia según el grado de instrucción y que aquellas mujeres que tienen grado de instrucción superior son las que manifiestan mayor desarrollo de resiliencia.

Tabla 18

Análisis de las diferencias de la resiliencia según grado de instrucción

Variable	Grado de instrucción	N	Rango promedio	X^2	gl	p
----------	----------------------	---	----------------	-------	----	---

	P. Incompleta	4	43.63			
	P. Completa	7	39.71			
Resiliencia	S. Incompleta	16	64.91	26.779	5	.000
	S. Completa	57	55.48			
	Sup. Incompleta	30	88.13			
	Sup. Completa	22	91.75			

En la tabla 19, se observa que en el análisis de la prueba Kruskal Wallis, se obtuvo un nivel de significancia menor a .05 ($p = .041$), demostrando que existen diferencias significativas de la resiliencia según estado civil, rechazándose la hipótesis nula y revelando que las mujeres que están separadas y solteras son las que han tenido mayor probabilidad de fortalecer su resiliencia.

Tabla 19

Análisis de las diferencias de la resiliencia según estado civil

Variable	Estado civil	N	Rango promedio	X^2	gl	p
Resiliencia	Soltera	47	73.12	8.270	3	.041
	Casada/conviviente	40	54.05			
	Viuda	2	56.00			
	Separada	47	76.71			

En la tabla 20, se aprecia por medio de la prueba de U de Mann Whitney el valor es menor a .05 ($p = .000$), rechazándose la hipótesis nula y considerándose que existe diferencia significativa de la resiliencia según la situación laboral, mostrándose que las mujeres que laboran son las que tienen mayor desarrollo de la resiliencia comparadas con las que no se encuentran laborando.

Tabla 20

Analisis de las diferencias de la resiliencia según situación laboral

Variable	Situación laboral	N	Rango promedio	Z	U	p
Resiliencia	Labora	59	92.10	-6.115	879.000	.000
	No labora	77	50.42			

En la tabla 21, se observa que en el analisis de la prueba Kruskal Wallis, se obtuvo un nivel de significancia menor a .05 ($p = .004$), demostrando que existen diferencias significativas de la resiliencia según tipo de violencia, rechazándose la hipótesis nula, así mismo se revela que aquellas mujeres que han pasado por violencia psicológica y física son las que presentan mayor incidencia en desarrollar resiliencia, seguido de las mujeres que han sido maltratadas solo psicológicamente.

Tabla 21

Analisis de las diferencias de la resiliencia según tipo de violencia

Variable	Tipo de violencia	N	Rango promedio	X^2	gl	p
Resiliencia	Psicológica	49	77.02	15.613	4	.004
	Física	8	56.69			

Sexual	7	36.71
Psicológica y física	46	76.78
Psicológica, física y sexual	26	49.06

- Análisis comparativo entre las variables de estudio y el tipo de convivencia con el agresor

En la tabla 22, se observa que en el análisis de la prueba U de Mann Whitney, se obtuvo un nivel de significancia menor a .05 ($p = .000$), demostrando que existen diferencias significativas de la ansiedad entre los grupos de mujeres que siguen viviendo con su agresor y las que no, rechazándose la hipótesis nula, además se logró observar que el 50% de las mujeres que conviven con sus parejas presentan niveles de ansiedad entre moderado y severo. Por otro lado, se revela un mayor predominio de ansiedad leve en las mujeres que no conviven con su agresor siendo representado por el 15.4% de las participantes.

Tabla 22

Análisis comparativo de la ansiedad según la convivencia y no convivencia con el agresor

Variable	Niveles	%		Z	U	p
		Convivencia	No convivencia			
Ansiedad	Mínimo	0.7	7.4	-4.362	1300.500	.000
	Leve	2.9	15.4			
	Moderado	9.6	10.3			
	Severo	40.4	13.2			

En la tabla 23, se observa que en el análisis de la prueba U de Mann Whitney, se obtuvo un nivel de significancia menor a .05 ($p = .000$), demostrando que existen diferencias significativas de la resiliencia entre los grupos de mujeres que siguen viviendo con su agresor y las que no, rechazándose la hipótesis nula, además se logró observar que el 43.4% de las mujeres que conviven con sus parejas presentan niveles bajos de resiliencia. En cuanto a las mujeres que no conviven con sus agresores el 14.7% presentan niveles bajos de resiliencia y el 19.2% niveles de resiliencia entre medio y medio alto.

Tabla 23

Análisis comparativo de la resiliencia entre la convivencia y no convivencia con el agresor

Variable	Niveles	%		Z	U	p
		Convivencia	No convivencia			
Resiliencia	Bajo	43.4	14.7	-6.388	836.000	.000
	Medio bajo	8.8	5.9			
	Medio	0.7	9.6			
	Medio alto	0.7	9.6			
	Alto	0.0	6.6			

4.3. Análisis de correlación

En la tabla 24, se observa que existe una correlación negativa y de magnitud considerable estadísticamente muy significativa ($\rho = -.745$, $p < .01$), entre las variables ansiedad y resiliencia (Hernández et al., 2014). Concluyendo que mayor ansiedad, la variable

resiliencia disminuirá en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.

Tabla 24

Análisis correlación de las variables ansiedad y resiliencia

VARIABLES	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Ansiedad		
Resiliencia	-.745**	.000

Nota: *rho*: correlación de Spearman; *p*: nivel de significancia

En la tabla 25, se aprecia que existe una correlación negativa y significativa de magnitud considerable entre ansiedad y los componentes de la resiliencia; confianza en sí mismo ($\rho = -0.740$), ecuanimidad ($\rho = -0.731$) y perseverancia ($\rho = -0.707$). Mientras que la variable ansiedad y los componentes de satisfacción personal y sentirse bien solo presentan una correlación negativa y significativa, de magnitud media ($\rho = -0.697$, $\rho = -0.684$) (Hernández et al., 2014).

Tabla 25

Correlación de la variable ansiedad con los componentes de la resiliencia

VARIABLES	Componentes	<i>rho</i>	<i>p</i>
Ansiedad	Confianza en sí mismo	-.740	.000
	Ecuanimidad	-.731	.000
	Sentirse bien solo	-.684	.000
	Perseverancia	-.707	.000
	Satisfacción personal	-.697	.000

Nota: *rho*: correlación de Spearman; *p*: nivel de significancia

V. Discusión

El objetivo general de esta investigación es analizar la relación que existe entre la ansiedad y resiliencia en una población que ha pasado por violencia intrafamiliar, en donde se encontró una correlación significativa inversa considerable ($\text{sig.} < .05$) entre la ansiedad y resiliencia ($\rho = -.745$), indicando que mayor sintomatología de ansiedad, la capacidad de actuar de manera resiliente ante situaciones desafortunadas tienden a disminuir, estos resultados son similares a los estudios de Zayas et al. (2017), y Gamboa y Mendoza (2021), quienes encontraron una relación significativa inversa media ($r = -.465$, $r = -.388$) respectivamente. Además, concuerdan con los estudios realizados por Smedema y Franco (2018) que obtuvieron una correlación negativa entre ambas variables ($r = -.707$), pero al agregarle la variable sentida de vida, tuvieron una relación positiva. Es decir, refiere que la ansiedad en las mujeres violentadas puede afectar de diversas maneras el comportamiento del individuo y entre ellas su capacidad de ser resiliente, pero que esta relación se puede volver débil cuando otros factores protectores como el estilo de vida, los estilos de afrontamiento, etc, también influyen en la población.

En cuanto a los resultados descriptivos de la variable ansiedad, el 73.6 % de las participantes han obtenido un nivel moderado y severo. Esto significa que, aquellas mujeres que han sido víctimas de violencia se encuentran lejos de los límites normales que se pueden estimar. Concordando con las investigaciones de Vázquez (2017) y Maucaylle (2021) quienes mencionan que las mujeres que son maltratadas no gozan de un estado de salud adecuado y que hay una relación entre ansiedad y violencia. Así mismo, Lara et al. (2019) revelan que hay diferencias entre la ansiedad y depresión en los grupos de mujeres que son violentadas con las que no han sido maltratadas como una de las características más frecuentes en esta población. Sin embargo, Terrones (2019) no encontró niveles de ansiedad anormales en su

población, debido a las estrategias de afrontamiento utilizadas para la superación de dichos sucesos, demostrando que las estrategias de afrontamiento disminuyen los niveles de ansiedad, pese a las características de la población.

Igualmente se analizó la variable resiliencia obteniéndose que el 72.8 % de los participantes han obtenido un nivel entre bajo y medio bajo, es decir los sucesos traumáticos o situaciones adversas que han pasado las mujeres violentadas influyen en su capacidad de adaptación y recuperación ante situaciones estresantes. De acuerdo a esto, Barrera (2020), obtuvo que las mujeres que son maltratadas logran un proceso de resiliencia, pero debido a un acompañamiento individual y colectivo para un mayor frente. Así mismo, Ugarriza (2021), menciona que las mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar presentan una mayor prevalencia a desarrollar resiliencia. Resaltando que su desarrollo también depende de la inteligencia emocional y capacidad de afrontamiento.

Agregando a lo anterior, cuando se comparó la variable ansiedad entre los grupos sociodemográficos (grado de instrucción, estado civil, situación laboral, convivencia y tipo de violencia), se encontró que existían diferencias significativas, dentro de las cuales se pudo apreciar una mayor recurrencia de los síntomas de ansiedad en las mujeres que han tenido educación básica (primaria y secundaria), aquellas que no laboran, han vivido violencia (física, psicológica y sexual seguido de aquellas que solo han sido maltratadas sexualmente) y las que se encuentran viviendo con sus agresores junto con aquellas que han sufrido la pérdida de su pareja, son aquellas que se encuentran más vulnerables a tener un desequilibrio emocional. Estos datos concuerdan con las investigaciones de Huertas et al. (2014) quienes mencionan que la preocupación por vivir en condiciones inadecuadas y el estrés de la vida cotidiana que surge debido a las dificultades económicas, la falta de oportunidades por tener un grado de instrucción básica y haber sido agredidas influyen en la incidencia de ansiedad en esta población. De la misma manera, Lescano y Salazar (2020) revelaron que convivir con

el agresor y estar a la expectativa de volver a ser agredidas generan la cronicidad de la ansiedad junto con la manifestación de otras enfermedades como depresión, estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo cuyas manifestaciones fueron encontradas por Costales y Arguello (2023) en su estudio donde compararon la somatización de la ansiedad con los grupos sociodemográficos en este grupo, sin embargo a diferencia de otros estudios, no obtuvieron una afectación significativa por la ansiedad, pero sí de la presencia de otros elementos somáticos de la ansiedad junto con la cronicidad de otras afectaciones. Lo cual podría ser explicado por la teoría de Clark y Beck (2012), quienes consideraron que la ansiedad es un conglomerado de valoraciones exageradas de la situación, de la amenaza y de la vulnerabilidad cognitiva que cada uno tiene de sí mismo, que parten de la introspección y de la susceptibilidad.

De la misma manera se encontraron diferencias significativas entre la resiliencia y los grupos de las variables sociodemográficas (grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia), donde se obtuvo que las mujeres que presentaron prevalencia de resiliencia fueron aquellas mujeres que tenían grado de instrucción superior, laboran, se encuentran solteras y que se han separado de sus agresores, además que han vivido situaciones de violencia como maltrato psicológico y físico, seguido de aquellas que solo han vivido maltrato psicológico. Lo cual es explicado por Arango (2005), quien considera que no solo los factores internos permiten el desarrollo de la resiliencia, sino que también las condiciones externas como la situación laboral, redes de apoyo y el tipo de familia, están relacionadas. En cuanto a la superación del tipo de violencia Barrera (2020), considera que no es posible una superación sino una adaptación y el establecimiento de las herramientas de afrontamiento van a depender del acompañamiento que reciba la población, la cual concuerda con la teoría de Walsh (2004), quien considera que la percepción del suceso puede intensificar o no

el proceso de adaptación y que va a estar influenciado con el entorno familiar, las condiciones económicas, la situación laboral, etc.

Por otro lado, se encontró una correlación negativa y significativamente considerable (sig. = .000) entre la ansiedad y las componentes de la resiliencia (confianza en sí mismo, ecuanimidad y perseverancia ($\rho = -.740$, $\rho = -.731$ y $\rho = -.707$)). Además una correlación negativa media entre la Ansiedad y los componentes (sentirse bien solo y satisfacción personal ($\rho = -.684$ y $\rho = -.697$)), que son resultados similares en comparación a la investigación de Gamboa y Mendoza (2021) quienes encontraron una correlación negativa media entre la ansiedad y las dimensiones (confianza en sí mismo y perseverancia ($r = -.413$, $r = -.388$)), por lo que se puede deducir que la ansiedad influye en los pensamientos y emociones negativas que pueden incapacitar a la personas a tener una adecuada percepción sobre sentirse bien solo, sobre la vida cotidiana, la satisfacción personal, la confianza que se tiene de una mismo y la actitud de ser perseverante. Pese a esto, se puede decir que la influencia de la capacidad de autonomía, la gestión emocional y la valoración que tiene la persona consigo misma, las cuales también son resultado de la influencia externa, son las que también influyen en el desarrollo de la resiliencia.

Finalmente, se puede mencionar que las limitaciones que se obtuvieron alrededor de esta investigación giraron en torno al contacto con la muestra, ya que, fue difícil de acceder a dicha población, debido al tabú que se tiene con respecto a este tema muy delicado de abordar, observándose que una gran parte de mujeres se sintieron vulnerables al momento de comentar lo que les había pasado, pese a ello se mostraron colaborativas, aunque en un principio si fueron un poco resistentes. Sin embargo, gracias al apoyo del centro de salud y la explicación que se daba acerca del objetivo de la investigación a cada participante se logró cumplir con los objetivos del estudio. También se percibió que hubo algunos inconvenientes con respecto a la generalización de resultados, debido a que la muestra considerada no es

significativa en comparación con las mujeres violentadas a nivel nacional, sin embargo, los resultados pueden ser comparados con muestras más amplias en diversos contextos de estudio.

VI. Conclusiones

- 6.1 El 53.7% de la población presenta un nivel severo de ansiedad; el 19.9% presenta nivel moderado, el 18.4 % un nivel leve y el 8.1 % un nivel mínimo evidenciando que las mujeres violentadas presentan en su mayoría ansiedad, las cuales se manifiestan con una fuerte sintomatología.
- 6.2 En cuanto a los niveles de resiliencia el 72.8% de las mujeres violentadas presentan niveles bajos y medio bajos de resiliencia, el 10.3 % evidencia que tienen niveles medios y el 16.6 % lograron niveles entre medio alto y alto, lo cual demuestra la población tiene menor capacidad de adaptación ante situaciones adversas. Así mismo, en cuanto a sus componentes se evidenciaron que el 49.3% de las participantes tienen niveles bajos y medio bajos de confianza en sí mismo, el 44.8% tienen niveles medio alto y alto de perseverancia, el 49.3% tienen niveles bajos y medio bajos en sentirse bien solo, el 56.6% obtuvieron niveles bajos y medio bajos en ecuanimidad y el 41.9% niveles bajos y medio bajos en satisfacción personal. Es decir que casi la mitad de la población ha desarrollado la capacidad de la perseverancia.
- 6.3 Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia. Es decir que la ansiedad se manifiesta de diferentes maneras según las características de la persona y la magnitud del suceso traumático que estuvieron viviendo.
- 6.4 Se halló diferencias significativas de la resiliencia según el grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia. Mostrándose como datos relevantes que la resiliencia se manifiestan de diferentes maneras de acuerdo a las características de la persona, el entorno donde se encuentra y el tipo de suceso que vivió.

- 6.5 El 50% de las mujeres que conviven con sus agresores muestran niveles de ansiedad entre moderado y severo a diferencia de las que no conviven con su agresor, así mismo, se obtuvo que existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre los grupos que conviven y no conviven con su agresor.
- 6.6 El 52.2% de las mujeres que conviven con sus agresores muestran niveles de resiliencia entre bajo y medio bajo a diferencia de las que no conviven con su agresor, dentro de las cuales existen diferencias significativas en los niveles de resiliencia entre los grupos que conviven y no conviven con su agresor.
- 6.7 Existe una correlación inversa y estadísticamente significativa ($p > .01$; $\rho = -.745^{**}$) entre ansiedad y la resiliencia con respecto a la población, mostrando que esta población sigue lidiando con el desequilibrio emocional que conllevó la situación que vivieron, bloqueando su capacidad de resiliencia
- 6.8 Existe una correlación inversa y significativa entre la ansiedad y los componentes de la resiliencia, lo que evidencia que a un mayor nivel de ansiedad una menor perseverancia ($\rho = -.707$), satisfacción personal ($\rho = -.697$), ecuanimidad ($\rho = -.731$), confianza en sí mismo ($\rho = -.740$), y una menor sensación a sentirse bien solo ($\rho = -.684$), que afecta en su inteligencia y regulación emocional al lidiar con eventos desafortunados.

VII. Recomendaciones

- 7.1 Incrementar la muestra de participantes en los estudios y/o ampliar el ámbito espacial de recolección de datos teniendo como referencia el aplicar a más Centros de Salud de diferentes distritos con los que se podría realizar la comparación y obtener resultados más precisos que se puedan generalizar.
- 7.2 Considerar en futuros estudios las variables como estilos de afrontamiento, ideas irracionales y calidad de vida para reforzar los hallazgos literarios que se han encontrado. Así mismo, incluir la variable sociodemográfica de cuánto tiempo sufrieron violencia y limitar más el tiempo de la última vez que sufrieron violencia, con la finalidad de aumentar los conocimientos en este tipo de población y limitar las variables sociodemográficas, ya que en este estudio hubo mujeres que habían pasado por violencia más de 4 años y no presentaron índices anormales de ansiedad por el suceso sino por otros factores.
- 7.3 Promover estrategias de intervención para mejorar como prioridad el estilo de vida, la autoestima, acompañamiento de grupos de apoyo y fortalecer estrategias de afrontamiento en las mujeres víctimas de violencia.
- 7.4 Desarrollar programas y actividades de medios de difusión sobre técnicas de relajación, manejo de la ansiedad y el desarrollo de la resiliencia para mejorar la salud mental en las mujeres violentadas, así como también el seguimiento a cargo del área psicológico para fortalecer sus capacidades individuales y de afronte.

VIII. Referencias

- Aldana, J. (2012). *Análisis interdisciplinario de las diversas formas de violencia contra la mujer*. CAPA/PARENS.
- Alvarado, E. (2013). *Percepción de exposición a violencia familiar en adolescentes de población general: consecuencias para la salud, bajo un enfoque de resiliencia* [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio de la Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/21595/>
- Alvarez, D. (2018). *La resiliencia como factor protector en sujetos con trastorno de ansiedad generalizada*. [Tesis para título]. Repositorio institucional USC. eprints.usc.edu.co/
- Arango, O. (2005). La resiliencia, una alternativa actual para el trabajo psico-social. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (15), 1-19. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194220464008>
- Ausín, B., Muñoz, M., Santos, A., Pérez, E. & Castellanos, M. (2017). Prevalence of mental disorders in the elderly in the Community of Madrid. *Results of the Mentdis*, 20, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2017>.
- Barrera, L. (2020). Resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual dentro del conflicto armado, Villavicencio- Colombia. *Horizonte De Enfermería*, 31(3), 268–290. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.3.268-290
- Beck, A. & Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research: An International Journal*, 1(1), 23-36. DOI:10.1080/10615808808248218
- Beck, A., & Steer, R. (1993). *The Beck Anxiety Inventory*. The Psychological Corporation. <https://ia600607.us.archive.org/17/items/BAIManual/BAI%20Manual.pdf>

- Bertoglia, L. (2015). La ansiedad y su relación con el aprendizaje. *Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*, 4(1), 13-18. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol4-Issue1-fulltext-18>
- Bustamante, S. (2019). *Afrontamiento y resiliencia en víctimas de violencia familiar en la provincia de Tarma* [Tesis de maestría, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio de la Universidad de San Martín de Porres. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/6963>
- Castilla, H., Coronel, J., Bonilla, A., Mendoza, M. y Barboza, M. (2016). Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia (Scale Resilience) en una muestra de estudiantes y adultos de la Ciudad de Lima. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 4(2), 121-136. <https://hdl.handle.net/11537/26829>
- Centro Emergencia Mujer (CEM,2021). *Estadísticas del MIMP*. <https://www.mimp.gob.pe/omep/estadisticas-violencia.php>
- Canek, R. (2014). *La insuficiente atención al problema de la violencia contra la mujer*. Serviprensa.
- Clark, D. & Beck, A. (2012). *Cognitive Therapy of anxiety disorders: science and practice*. The Guilford Press
- Colmenares, M. (2002). *La ética como fundamento psicológico de la resiliencia*. RAFUE.
- Costales, A. y Arguello, E. (2023). Somatización, ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima. *Interdisciplinaria*, 40(1), 173-189. <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.11>

- Cyrulnik, B. (2007). *De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: la conquista del bienestar*. Gedisa. ciencias psicológicas 1.pdf (bvsalud.org)
- Cyrulnik, B. (2003). *Los alimentos Afectivos: una infancia infeliz no determina la vida. Ira Edición*. Nueva Visión
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and Healing the Battered Woman*. Springer.
- Fraga, G. (2015). *Resiliencia: un concepto que abre cuestionamientos sobre su construcción y desarrollo* [Tesis de pregrado, Universidad de la República de Uruguay]. Repositorio de la Universidad de la República de Uruguay. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/8602>
- Freud, S. (1971). *Introducción al psicoanálisis*. Alianza
- Fínez, J y Morán, C. (2015). *La resiliencia y su relación con salud y ansiedad en estudiantes españoles*. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(1), 409-416. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.90>
- Gamboa, C. y Mendoza, M. (2021). *Ansiedad y resiliencia en mujeres violentadas de un AAHH atendidas en centros de salud del Cercado de Salas Guadalupe, Ica – 2021*[Tesis para obtener el título profesional, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/74191>
- Gómez, C. y Sánchez, M. (2020). *Violencia familiar en tiempos de COVID* (Mirada Legislativa No. 187). Instituto Belisario Domínguez. <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/4891>
- Gonzales, I., Dos Santos, E., Paiva, L., Aparecida, L., Aparecida, R. y Alcalá, D. (2016). *Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades*

cardiovasculares. *Revista Latino- americana de Enfermagen*, 24, 1-10.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>

Gutiérrez, J. & Hurtado, N. (2002). *Género y violencia intrafamiliar*. Departamento de Género de la Dirección Nacional de Planeamiento y Operaciones de la Policía Nacional de Bolivia.

Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Gedisa.

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

Hernandez, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa y cualitativa mixta*. Mc Graw-Hill.

Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A. y Campos, E. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorema*, 1(1), 123–136.
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11945>

Instituto Mexicano del seguro social dirección de prestaciones médicas (2019). *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor*. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Kline, T. (2005). *Psychological testing: a practical approach to design and evaluation*. Thousand Oaks. Sage Publications.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in psychotherapy*, 3, 90-102. <https://doi.org/10.1037/10546-004>

- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C. y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
- Lescano, G. y Salazar, V. (2020). Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. *Delectus*, 3(3),1-13. <https://doi.org/10.36996/delectu>
- Maucaylle, F. (2021). *Violencia de pareja y ansiedad en mujeres de una comunidad de la provincia de Andahuaylas* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio de la Universidad Autónoma de Ica. <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/1147>
- Mera, A. y Moreira, J. (2018). La resiliencia en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Revista Científica Y Arbitrada De Ciencias Sociales Y Trabajo Social: Tejedora*. 1(2), 2-8. <https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/tejedora/article/view/26>
- Meza, C. (2019). *Niveles de resiliencia en mujeres atendidas en los centros de emergencia mujer de las provincias de Huancayo y Satipo* [Tesis de licenciatura, Universidad Continental]. Repositorio de la Universidad Continental. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/5469>
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP, 2012). *Módulo de formación de promotores educadores contra la violencia familiar y sexual*. Kinkos's impresores S.A.C
- Ministerio de la Salud (MINSA, 2023). *Día Mundial de la Salud Mental: más de 1 333 000 casos atendidos por trastornos y problemas psicosociales*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/847052-dia-mundial-de-la-salud-mental-mas-de-1-333-000-casos-atendidos-por-trastornos-y-problemas-psicosociales>

- Nima, H. (2023) *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en el departamento de Tumbes -2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Tumbes]. Repositorio de la Universidad de Tumbes. <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/64446>
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes* [Tesis de Maestría inédita]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Otzen, T. y Manterola C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Ovando, A. (2018). *Ansiedad y Violencia Intrafamiliar* [Tesis de licenciatura, Universidad de Rafael Landívar]. Repositorio de la Universidad de Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2018/05/42/OvandoJosue.pdf>
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetivade*, 3 (1), 10 – 59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Smedema M. y Franco, M. (2018). Resiliencia, ansiedad y sentido de la vida en estudiantes universitarios. *Revista anual de Ciencias Eclesiásticas*, 13, 87-106. <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.87>
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad. La obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones*. Planeta
- Terrones, F. (2019). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia del distrito de Matara, 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <http://hdl.handle.net/11537/21084>

- Thornberry, G. (2011). *El rol de las creencias irracionales en la relación entre los eventos activadores, y las consecuencias emocionales y conductuales en estudiantes de dos universidades privadas de Lima* [Tesis doctoral inédita]. Universidad San Martín de Porres
- Tuapanta, J., Duque, M. y Mena, A. (2017). Alfa de cronbach para validar un cuestionario de uso de TIC en docentes universitario. *Revista mktDescubre*, 10, 37-48. <https://core.ac.uk/download/pdf/234578641.pdf>
- Ugarriza N. (2021). Resiliencia, funcionamiento familiar, inteligencia, socioemocional en mujeres maltratadas por su pareja y que asisten a un centro de emergencias mujer. *Scientia*, 22(22), 227 - 244. <https://doi.org/10.31381/scientia.v22i22.3579>
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A. y Bentall, R. (2020). *VIDA-COVID-19. Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas* [Monografía]. Universidad Complutense de Madrid. <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informeejecutivomalestar3520-final-1>
- Vásquez, B. (2017). *Violencia de pareja y ansiedad-estado, ansiedad-rasgo en madres de un Hospital Nacional, 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/3405>
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 1 (27), 3-8. <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1279>

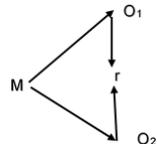
- Villalba, C. (2003). El Concepto de Resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la Intervención Social. *Psychosocial Intervention*, 12(3),283-299.
<https://journals.copmadrid.org/pi/art/931af583573227f0220bc568c65ce104>
- Wagnild, G. & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165 – 177.
<https://www.scinapse.io/papers/31456746>
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Amorrortu Editores.
- Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C. y Guil, R. (2017). Resiliencia y ansiedad en madres de menores que padecen diabetes tipo 1. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2),131-140.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.982>

Anexos

ANEXO A: Matriz de consistencia

Figura 1

Matriz de consistencia de las variables

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología/Diseño
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre ansiedad y resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre la ansiedad y la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Describir los niveles de ansiedad en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.</p> <p>Describir los niveles de resiliencia y de sus componentes en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.</p> <p>Identificar las diferencias de la ansiedad en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas, según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia.</p> <p>Comparar ansiedad entre las mujeres que viven y no viven con su agresor que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar y asisten a un centro</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Hi: Existe relación entre la ansiedad y la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.</p> <p>Hº: No existe relación entre la ansiedad y la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>H1: Existe relación entre la ansiedad y los componentes de la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas</p> <p>H2: Existen diferencias de la ansiedad en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar, que asisten a un centro de salud en Comas según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia.</p> <p>H3: Existen diferencias de la resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia</p>	<p>V1: Variable independiente Ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad mínima • Ansiedad leve • Ansiedad moderada • Ansiedad severa <p>V2. Variable dependiente Resiliencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perseverancia • Confianza en sí mismo • Satisfacción personal • Ecuanimidad • Sentirse bien solo 	<p>Tipo de investigación: Básica. Nivel de investigación: Correlacional. Enfoque de investigación: Cuantitativo. Diseño de investigación. No experimental, transversal correlacional.</p>  <p>Donde: M = Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas O1 = Observación de la variable ansiedad O2 = Observación de la variable resiliencia r = Es el coeficiente de correlación.</p> <p>Población: Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar entre 25 y 60 años Muestra: Muestra no probabilística tipo accidenta</p>

de salud en Comas.

Identificar las diferencias de resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar, que asisten a un centro de salud en Comas, según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia.

Comparar la resiliencia entre las mujeres que viven y no viven con su agresor que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar y asisten a un centro de salud en Comas.

Establecer la relación entre la ansiedad y los componentes de resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en Comas.

intrafamiliar, que asisten a un centro de salud en Comas, según grado de instrucción, estado civil, situación laboral y tipo de violencia.

H4: Existen diferencias de ansiedad en los grupos de mujeres que viven y no viven con su agresor que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar y asisten a un centro de salud en Comas.

H5: Existen diferencias de resiliencia en los grupos de mujeres que viven y no viven con su agresor que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar y asisten a un centro de salud en Comas.

ANEXO B: Consentimiento informado

Estimado (a) participante:

Por medio del presente documento, solicito su colaboración para la resolución de una Escala de Resiliencia y un inventario de ansiedad cuyos resultados serán de carácter académico y forma parte de una investigación de Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología.

Su participación será de forma anónima, y agradeceré su gentil colaboración.

De estar de acuerdo, marque el casillero correspondiente y firme en los espacios en blanco correspondientes:

Acepto () No acepto ()

Título de la investigación: Ansiedad y resiliencia en mujeres que han sido maltratadas por violencia intrafamiliar que asisten a un centro de salud en comas

Objetivo: Es una investigación de carácter académico, con la que se pretende determinar la relación entre la ansiedad y resiliencia en mujeres que han sido víctimas de violencia que asisten a un centro de salud de Comas

Procedimiento: La información será obtenida a través de dos encuestas que será recopilado por el investigador. Si tiene alguna o pregunta podrá hacérsela saber al investigador.

Reserva de información: Únicamente el investigador tendrá acceso a su información personal. La información será transcrita y analizada con el uso de códigos que permitan mantener la confidencialidad y el anonimato.

Firma de participante

Firma del investigador

ANEXO C: Instrumentos
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____ Grado de instrucción: _____ Estado civil: _____

Trabaja () No trabaja ()

Ha sufrido violencia por: Pareja () Padres () Suegros () Hijos () Hermanos () Otros _____

Convivencia: Sí () No ()

Tiempo que ha sido violentada:

Menos de 6 meses () De 6 meses a 1 año () De un año a 4 años () Más de 4 años ()

Tipo de violencia: Psicológica () Sexual () Física ()

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Instrucciones: Marque con una x los síntomas que ha presentado últimamente:

Ítems	En absoluto 0	Levemente 1	Moderadamente 2	Severamente 3
1. Entumecimiento u hormigueo				
2. Sensación de calor intenso				
3. Debilidad en las piernas				
4. Incapacidad para relajarse				
5. Miedo a que ocurra lo peor				
6. Mareos o vértigos				
7. Palpitaciones del corazón o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Con miedo o aterrorizado/a				
10. Nervioso/a				
11. Sensaciones de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Inquieto/a, tembloroso/a				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado/a				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Sensación de desvanecimientos o desmayos				
20. Ruborizarse, sonrojamiento				
21. Sudoración (no producida por calor)				

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG (ER)

Instrucciones:

Por medio de este cuestionario, se busca conocer su forma y frecuencia de actuar ante determinadas circunstancias, las cuales serán plasmadas en 25 frases.

Se le solicita que conteste a cada una de las siguientes preguntas marcando con un aspa (X) en la casilla que mejor represente su proceder en cada oración, vale resaltar que no existe respuesta buena ni mala, agradeceremos solución de manera sincera y rápida el cuestionario.

TD= Totalmente desacuerdo; D= En desacuerdo; PD= Parcialmente en desacuerdo; I= Indiferente; PA= Parcialmente de acuerdo; A= De acuerdo; TA= Totalmente de acuerdo

Items	TD (1)	D (2)	PD (3)	I (4)	PA (5)	A (6)	TA (7)
1. Cuando planeo algo lo realizo.							
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra.							
3. Dependo más de mí mismo que de otras personas.							
4. Es importante para mí mantenerme interesado/a en las cosas							
5. Puedo estar solo/a si tengo que hacerlo.							
6. Me siento orgulloso/a de haber logrado cosas en mi vida.							
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo.							
8. Soy amigo/a de mí mismo/a.							
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10. Soy decidido/a.							
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.							
12. Tomo las cosas una por una.							
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.							
14. Tengo autodisciplina.							
15. Me mantengo interesado/a en las cosas.							
16. Por lo general encuentro algo de que reírme.							
17. El creer en mí mismo/a me permite atravesar tiempos difíciles.							
18. En una emergencia soy alguien en quien se puede confiar.							
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.							
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera.							
21. Mi vida tiene significado.							
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.							
23. Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.							
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.							
25. Acepto que hay personas a las que no les agrado.							