

Exposure to Violence in High School Students in Ciudad Juárez, Mexico

Irene Concepción Carrillo Saucedo, PhD

Priscila Montañez Alvarado, PhD

Oscar Armando Esparza Del Villar, PhD

Marisela Gutiérrez Vega, PhD

Gloria Margarita Gurrola Peña, PhD

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México

Abstract

The purpose of the present study was to survey high school students, and explore the relationship between the scales of Behavioral Resilience, Paranoid Thoughts, Posttraumatic Stress Disorder, Patient Health Questionnaire Depression PHQ-9 and the Multidimensional of Fatalism. The sample was composed of 300 high school students with a mean age of 16.75 years ($SD=0.69$), with an age range of 15 to 19 years, where 64.2% reported being female. According to the results, significant correlations were found in most of the scales applied, except for the fatalism scale.

Keywords: Posttraumatic stress, depression, paranoid thoughts, resilience, fatalism

Introducción

El problema de la violencia experimentado en la población juarense en años anteriores impactó enormemente el área individual, familiar, social, económica, política y recreativa, dejando secuelas significativas a nivel físico y psicológico de los habitantes, específicamente los estudiantes de la educación media superior. Durante el periodo del 2007 y del 2013, la población de Ciudad Juárez fue escenario de una lucha inmedible por parte de grupos delincuenciales que convirtieron la frontera en un lugar violento, peligroso e inseguro. Esta exposición a la violencia tuvo como consecuente un estado de inseguridad e inestabilidad en todos los aspectos, por lo que el análisis de las variables en el presente estudio, parten del interés por conocer el estado psicológico y de salud que los estudiantes de nivel medio superior experimentaron debido a los hechos violentos que se presentaron a partir del

2007 y, que ya para el 2011 habían dejado afecciones psicológicas y respuestas poco adaptativas entre la población juarense.

La exposición a cualquier acto de violencia de acuerdo a la literatura científica, puede ser el arquetipo que las nuevas generaciones pueden aprender por imitación y luego reproducirlo, haciendo que el acto violento se presente una y otra vez, por lo que la exposición a la violencia puede enseñar patrones de conducta violentos a los más jóvenes. De acuerdo a Monárrez (2012) “definitivamente en Ciudad Juárez, los dos elementos fundantes de un Estado nación se encuentran colapsados. El territorio es un campo de batalla controlado por el crimen organizado y la delincuencia común; el poder político se encuentra desarticulado y los discursos de la élite política nacional, estatal y municipal dejan en claro que la muerte continuará” (p. 197). Así mismo, la exposición a la violencia puede ocasionar otras situaciones adversas, entre las que destaca la génesis de trastornos de ansiedad, estrés postraumático y depresión. Por otra parte, e independientemente de la clasificación de violencia y del contexto en que se presente, Azcarate (2007), hace énfasis en las afectaciones biológicas que se generan ante la exposición a este fenómeno. La exposición prolongada a la dosis de violencia y el estrés psicológico consecuente, generan cambios químicos y metabólicos del cerebro y del sistema inmune, evocando un alto nivel de ansiedad y conllevando a que la persona que la ha experimentado o fue testigo de ella, pueda llegar desarrollar un trastorno de ansiedad con respuestas prolongadas de miedo intenso, desesperanza u horror.

Por otro lado, una respuesta común que surge en forma tardía o diferida a una situación o efecto estresante es el estrés postraumático. Éste puede ser de duración breve o prolongada o de naturaleza amenazante y catastrófica que causaría por sí misma un malestar generalizado en cualquier persona (OMS, 1992). Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se ha definido como la presencia persistente de síntomas característicos de experimentación, evitación, horror, angustia y desesperanza, después de exponerse directamente a una situación realmente amenazante para la integridad física o la vida, después de ser testigo de una situación realmente amenazante para la integridad física o la vida de otros, sufrir heridas o maltrato físico de manera brusca e inesperada, o presenciar hechos que impliquen heridas, maltrato o muerte de otras personas. En años más recientes, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013), refería que el TEPT se presenta al estar el individuo en exposición a la muerte, ante lesiones graves o de violencia sexual ya sea de forma real o como amenaza, seguido de síntomas asociados con los sucesos traumáticos. Después de las múltiples definiciones y criterios tomados por el paso de los años se observa así, que el estrés postraumático como núcleo fundamental de la

psicopatología del trauma, ha sido una de las respuestas que la comunidad juarense presentó y posiblemente siga presentando y, que estando sometida a constante evitación, horror, angustia y desesperanza, fue vulnerable a otras patologías como la depresión y los pensamientos paranoides. En épocas recientes se ha dado un alza en las investigaciones del TEPT porque se conoce su impacto en la salud psicológica de quienes lo padecen. Los juarenses durante este periodo de violencia fueron conocidos, amigos, familiares, vecinos de alguien violentado y en el peor de los casos víctimas de la delincuencia organizada.

Como posibles repercusiones de los hechos violentos los pensamientos paranoides se hicieron notar en el comportamiento de los ciudadanos de esta localidad y curiosamente de manera colectiva en todas las esferas y grupos sociales. La desconfianza extrema, la sospecha, la preocupación, el rencor, la percepción de ataque, temor al daño, como signos y síntomas de los pensamientos paranoides fueron evidentes (DSM-V, 2013). Una definición relevante con el estudio es que el pensamiento paranoide se manifiesta cuando los pensamientos y sentimientos peligrosos o displacenteros son escindidos, proyectados al exterior y atribuidos a los otros (Gabbard, 2002). Este concepto fue exageradamente escuchado en todas las esferas de la comunidad juarense, eventos vitales estresantes afrontados negativamente se hicieron manifiestos en los síntomas depresivos de los jóvenes juarenses debido a la incapacidad inmediata para mitigar la violencia.

Otra forma de responder ante la exposición a la violencia es a través de la depresión. Cuando el individuo ya ha agotado todos los recursos psíquicos disponibles por luchar para sobrevivir y estar en equilibrio ésta puede emerger (Quiñónez, Esparza & Carrillo, 2013). Estas variedades de respuestas sintomáticas pueden tener una expresión desde la alteración en el estado anímico y motivacional, hasta llegar a tener una visión negativa del mundo, del futuro y del sí mismo. Quiñones, Esparza y Carrillo (2013) sostienen que los síntomas depresivos se han expresado en respuestas de ansiedad desadaptativas así como en trastornos psicósomáticos que se incrementan como resultado de vivir en un medio adverso que aunque no es comparativo como el de años pasados la población sigue presentado cuadros depresivos y/o ansiedad. Palacios (2016), sostuvo que según datos del Departamento de Salud Mental Jurisdicción II de Ciudad Juárez, la ansiedad es el trastorno que presenta mayor incidencia en la salud mental de los fronterizos, seguido por la depresión, la esquizofrenia y los trastornos mixtos. La relación entre la violencia y la depresión, se puede resumir en las energías humanas que se colisionan, individuos que entran en crisis y lo que buscan es la protección y equilibrio de su salud física y mental. Por lo anterior, es necesario identificar el impacto que ha dejado la exposición a la

violencia con la depresión y así mismo conocer que mecanismos han utilizado los juarenses para superar los eventos difíciles que experimentaron.

Debido a la vulnerabilidad a la que están expuestos los jóvenes nos interesó estudiar la resiliencia como una forma de afrontamiento que éste grupo utilizó para protegerse de la violencia. “El constructo de resiliencia surge a partir de las observaciones del comportamiento adaptativo de personas ante eventos difíciles de superar” (Vinaccia, Quinceno & Moreno, 2007). Se puede definir, como la capacidad para exhibir respuestas adaptativas ante condiciones de riesgo (Gaxiola & Frías, 2007). Por otro lado, se ha encontrado que es una variable protectora y moduladora de la salud física y mental en la adolescencia (Vinaccia, Quinceno & Moreno 2007). Así mismo ofrece alternativas a todos los profesionales, pero todavía no es un concepto homogéneo. También es considerado como un cambio de paradigma: privilegia el enfoque en las fortalezas, no en el déficit o problema. Involucra a los individuos, familias, grupos, comunidades e instituciones a que sean parte de la solución con el conjunto de recursos internos y externos que permitan enfrentar situaciones críticas de todo tipo (Quintero, 2005). La resiliencia se entiende como el proceso que permite a ciertos individuos desarrollarse con normalidad y en armonía con su medio a pesar de vivir en un contexto desfavorecido y privado socioculturalmente y a pesar de haber experimentado situaciones conflictivas desde su niñez (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2007). La literatura referente al constructo de resiliencia y exposición a la violencia es escasa en México, por lo que se consideró el estudio de esta variable como elemento esencial debido a que se enfoca en el impacto que genera específicamente en cada individuo y las formas de afrontamiento y adaptación ante situaciones de peligro difíciles de superar. Investigaciones en resiliencia destacan algunos factores y características que niños en condiciones adversas desarrollaron para sobrellevar y reponerse a estas situaciones. También se encontró una diferencia de género en la que las niñas mostraban con más frecuencia fortalezas internas y habilidades interpersonales y los niños tendían a ser más pragmáticos (Olivares, 2015). Este constructo está principalmente enfocado en la prevención hacia el impacto que genera cada individuo. Este modelo de prevención tiene cierta relación con el modelo epidemiológico de salud pública que tiene como obligación prevenir enfermedades, prevenir el consumo de drogas, entre otras cosas. Dicho modelo de promoción se compromete con maximizar el potencial y bienestar de los individuos que estén en peligro. Este modelo de promoción es consistente con la resiliencia y con la obtención de resultados positivos en relación a un bienestar y calidad de vida. (Olivares, 2015). Por último, Abraído-Lanza (2007) lo define como una creencia general de que el curso del destino no puede ser

cambiada y que los eventos de la vida están más allá del control de las personas.

Algunos de los que experimentaron la violencia pudieron superarlo fácilmente, otros no, o tal vez todavía están en proceso, pero la mayoría lo pudo hacer, en mayor o menor medida (Quiñones, Esparza, Carrillo, Quiñones, 2013). Algunos se inundaron de pesimismo, desilusión e indefensión aprendida, por lo que a partir de los enunciados anteriores, el constructo fatalismo engranó con lo que a menudo se escuchó decir en la población juarensis al referirse a las situaciones de violencia como un proceso de resignación. Según Blanco y Díaz (2007) el fatalismo es como costumbre colectiva de clase media, un esquema cognitivo que conlleva a que las personas acepten de una manera pasiva y sumisa su destino, todo esto llevado por una fuerza que puede ser natural o mística (Dios) al igual que en culturas individualistas puede surgir de un estado anímico de incertidumbre, inseguridad e incluso indefensión ante situaciones de riesgo, es decir, para estos autores el fatalismo puede manifestarse a nivel colectivo e individual. Con el paso del tiempo se han encontrado otras investigaciones sobre el tema, por lo que se puede decir que su estudio está tomando fuerza gracias a que se le involucra en muchos de los aspectos sociales como la pobreza o el desinterés político que la gente presenta. Esparza, Wiebe y Quiñones (2015) se interesaron en cómo medirlo en los individuos y también encontrar una relación al respecto. Los autores seleccionaron diferentes variables (locus de control, indefensión aprendida, activismo, pesimismo, amenaza de muerte, entre otras). Agruparon cinco dimensiones: fatalismo, pesimismo (desesperanza), internalidad, suerte y control divino, concluyendo que el grupo de variables pueden estar relacionadas con el término, pero la única que puede medirlo es el propio factor fatalismo, el cual para ellos es una creencia en la predestinación que se puede describir con la frase "Lo que será, será". El medir el constructo fatalismo con las otras variables podría arrojar resultados interesantes en el presente estudio. En el presente estudio se buscó encontrar relaciones entre la escala de exposición a la violencia y las escalas de salud (depresión, estrés postraumático y pensamientos paranoides) así como las escalas de resiliencia y fatalismo.

Método:

Participantes

El estudio estuvo integrado por un grupo de 300 alumnos de educación media superior de Ciudad Juárez con una media de edad de 16.76 años ($s = 0.69$), con un rango de 15 a 19 años en donde el 64.2% reportaron ser mujeres.

Se utilizaron instrumentos que miden las variables de exposición de la violencia, resiliencia, fatalismo, pensamientos paranoides, trastorno de estrés postraumático y depresión.

La Escala de Exposición a la Violencia está compuesta de 36 reactivos con formato tipo Likert de 5 opciones (nunca a muy frecuente). La escala se compone de cinco factores que se denominan victimización contextual no presencial, victimización contextual presencial, victimización contextual en la colonia, victimización contextual en los lugares de diversión, y victimización en la escuela. El rango de confiabilidad interna va de $\alpha = 0.80$ a 0.94 .

Escala de Resiliencia Conductual. Es una escala desarrollada en comportamientos resilientes reportados por los habitantes de Ciudad Juárez en los tiempos de violencia. La escala cuenta con 54 reactivos y respuesta con formato tipo Likert de cinco opciones (nada cierto a totalmente cierto). Este instrumento cuenta con los nueve factores que son: Colonia, familia, pareja, traslado, seguridad, fuera de casa, Familia/amigos, vida personal e hijos. La confiabilidad interna del total de la escala es de $\alpha = 0.94$.

Escala Multidimensional de Fatalismo (Esparza, Wiebe, y Quiñones, 2014). Esta escala cuenta con cinco factores denominados fatalismo, pesimismo/desesperanza, locus interno, suerte y control divino (Esparza et al., 2014). Cada factor está compuesto por 6 reactivos con opción de respuesta tipo Likert de 5 opciones que van de “fuertemente en desacuerdo” (1) a “fuertemente de acuerdo” (5). La consistencia interna, medida a través de la alfa de Cronbach, para cada uno de los factores son: $\alpha = .76$ para fatalismo, $\alpha = .76$ para pesimismo/desesperanza, $\alpha = .80$ para locus interno, $\alpha = .82$ para suerte y $\alpha = .93$ para control divino.

Escala de Pensamientos Paranoides (Esparza y Quiñones, 2012). Esta escala está compuesta de nueve pensamientos paranoides relacionados con la violencia con una consistencia interna de $\alpha=0.81$. Ejemplos de esta escala es “Cuando voy caminando o manejando siento que me van siguiendo” y “Cuando proporciono datos personales siento temor a que me puedan extorsionar”. El formato de respuesta es tipo Likert con 4 opciones (nunca a siempre). Escala para el trastorno del estrés postraumático: el cual consta de 23 ítems que comprenden sintomatología propia de este trastorno, para responder mediante un autoreporte, con respuestas de tipo Likert, que van desde total desacuerdo a total de acuerdo (Pineda, Guerrero, Pinilla y Estupiñán, 2002). Escala de depresión Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9): consta de nueve reactivos basados en los nueve criterios del DSM-IV-TR para evaluar la depresión (Spitzer, Williams, Kroenke, Linzer, deGruy, Han, et al., 1994). Cuenta con un formato de respuesta Likert de a opciones. La consistencia interna del instrumento es de $\alpha = 0.86$ (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001).

Resultados:

Se analizaron las correlaciones entre las variables de la escala de Exposición a la Violencia con el resto de los instrumentos. En un primer análisis se correlacionó con los factores de la Escala Multidimensional de Fatalismo (fatalismo, pesimismo, locus interno, suerte, control divino), la escala de depresión, la escala de estrés postraumático y la escala de pensamientos paranoides (ver tabla 1).

Tabla 1.

Correlación de la Escala de Exposición a la Violencia con los instrumentos de fatalismo, depresión, estrés postraumático y pensamientos paranoides.

	Fatalismo	Pesimismo	Locus Interno	Suerte	Control Divino	Depresión	Estrés Postraumático	Pensamientos Paranoides
EV Total	0.02	0.08	0.08	0.05	-0.12*	.14*	.20**	.18**
EV VCNP	0.01	0.06	0.07	0.04	-0.13*	0.11	.19**	.16**
EV VCP	0.03	0.09	0.03	0.06	-0.04	0.02	.16**	.17**
EV VCC	0.03	0.09	0.06	0.03	-0.16**	.20**	.17**	.16**
EV VCD	-0.01	0.04	0.05	0.00	-0.083	.14*	.14*	.16**
EV VE	0.05	0.03	0.04	.13*	-0.073	0.02	0.10	0.08

Nota: * = $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; EV VCNP = Escala de Exposición a la Violencia factor de victimización contextual no presencial; EV VCP = Escala de Exposición a la Violencia factor de victimización contextual presencial; EV VCC = Escala de Exposición a la Violencia factor de victimización contextual en la colonia; EV VCD = Escala de Exposición a la Violencia factor de victimización contextual en los lugares de diversión; EV VE = Escala de Exposición a la Violencia factor de victimización en la escuela.

Los resultados indican que no existe ninguna correlación de la Escala de Exposición a la Violencia con los factores de la Escala Multidimensional de Fatalismo a excepción entre los factores de suerte y el factor de victimización en la escuela, de la Escala de Exposición a la Violencia. En cambio, si existen correlaciones estadísticamente significativas con las escalas de depresión, estrés postraumático y pensamientos paranoides. Los resultados indican que los participantes que reportan mayor exposición a la violencia.

En un segundo análisis se analizaron las correlaciones entre los factores de la Escala de Exposición a la Violencia con los factores de la Escala de Resiliencia. A continuación, se reportan los resultados en la tabla 2.

Tabla 2.
Correlación de la Escala de Exposición a la Violencia con la Escala de Resiliencia.

	RT	RC	RF	RP	RTE	RC O	RP	RS	RN	RC S	RR S	RS H	RH N	RP P
EV Tota l	0.17 *	0.0 9	0.0 3	0.0 1	0.08	- 0.0 2	0.0 4	0.1 2	0.21 **	0.0 9	0.1 6*	0.0 9	0.1 8	0.0 3
EV VC NP	0.14	0.0 6	- 0.0 3	- 0.0 1	0.05	- 0.0 2	- 0.0 2	0.1 3*	0.19 **	0.0 8	0.1 2	0.1 2	0.2 3*	0.0 4
EV VC P	0.22 **	0.1 4*	0.0 4	0.1 0	0.12 *	<0. 01	0.0 5	0.0 9	0.18 **	0.0 3	0.1 3*	0.1 0	0.2 0	0.0 4
EV VC C	0.08	0.0 3	- 0.0 2	- 0.0 9	- 0.05	- 0.0 5	0.0 4	0.1 1	0.11	0.0 4	0.0 7	0.0 7	0.0 9	- 0.0 1
EV VC D	0.14	0.0 7	0.0 1	- 0.0 4	0.05	- 0.0 1	0.0 1	0.0 9	0.14 *	0.0 3	0.1 1	0.0 5	0.2 1	0.0 2
EV VE	0.18 *	0.0 4	0.0 2	0.0 6	0.16 **	0.0 0	0.0 3	0.0 6	0.14 *	0.0 9	0.0 9	0.1 4*	0.1 7	0.0 5

Nota: * = $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; EV VCNP = Escala de Exposición a la Violencia factor de victimización contextual no presencial; EV VCP = Escala de Exposición a la Violencia factor de victimización contextual presencial; EV VCC = Escala de Exposición a la Violencia factor de victimización contextual en los lugares de diversión; EV VCD = Escala de Exposición a la Violencia factor de victimización contextual en la colonia; EV VE= Escala de Exposición a la Violencia factor de victimización en la escuela; RT = Resiliencia total; RC = Resiliencia colonia; RF = Resiliencia familia; RF = Resiliencia pareja; RTE = Resiliencia trabajo y escuela; RCO = Resiliencia compras; RP = Resiliencia paseo; RS = Resiliencia salir de casa; RN = Resiliencia nocturna; RCS = Resiliencia círculo social; RRS = Resiliencia reuniones sociales; RSH = Resiliencia seguridad hogar; RHN = Resiliencia hijos de noche; RPP = Resiliencia permisos padres.

Al analizar los resultados se observa que el factor de resiliencia nocturna es el que tiene más correlaciones estadísticamente significativas con la Escala de Exposición a la Violencia.

Discusión

Acorde a los resultados se encontró correlación estadísticamente significativa entre Exposición a la Violencia con las escalas de salud (depresión, estrés postraumático y pensamientos paranoides), la significancia en la variable depresión se puede explicar por la alteración del estado anímico y motivacional, y en consecuencia de una visión negativa del mundo, del futuro y del sí mismo. Por otra parte, la exposición directa a las situaciones amenazantes de horror, angustia y desesperanza que alteran la integridad física de la vida, se coteja con el resultado significativo de la variable del estrés postraumático, conllevando así mismo a la desconfianza extrema, la sospecha, la preocupación, el rencor, la percepción de ataque,

temor al daño, que son signos y síntomas de los pensamientos paranoides y cuya significancia se observa en el presente estudio.

Sin embargo, en el caso de la escala Multidimensional de fatalismo se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los factores de suerte y control divino con el factor de victimización en la escuela de la Escala de Exposición a la Violencia, mientras que con los demás factores (fatalismo, pesimismo y locus interno) no hubo una correlación estadísticamente significativa, no obstante la variable control divino muestra relaciones negativas significativas, lo que pudiera explicarse en que las personas con puntajes más altos en la exposición de la violencia, reportan menores puntajes en la escala de control divino. Cabe mencionar que aunque hay correlaciones significativas, todas estas correlaciones son pequeñas.

A pesar de que el presente estudio no produjo grandes resultados como se esperaba, es interesante observar como el factor suerte puede presentarse en la Exposición a la Violencia. También se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la exposición a la violencia con la resiliencia, siendo estadísticamente significativa la resiliencia nocturna, que esto podría explicarse que a causa de la violencia los estudiantes dejaron sus actividades recreativas nocturnas por el fenómeno. De esa forma se puede entender que la resiliencia pudo ser utilizada de apoyo para las personas que fueron víctimas de Exposición a la Violencia. Por otra parte, se observa en los resultados que el género que presentó mayor resiliencia fue el Femenino (64.1%) y que se coteja con el estudio de Olivares (2015). El hecho de obtener un resultado significativo con una muestra pequeña, en comparación a otros estudios, indica que al hacer una réplica de la investigación con una población más grande se tendrá que encontrar un efecto significativo mayor de lo obtenido en el presente estudio. Por lo que se considera que es importante realizar estudios posteriores en otras poblaciones estudiantiles con el fin de generar programas de intervención que coadyuven al bienestar estudiantil ante los eventos de violencia.

References:

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Five edition. DSM-V. Washington; 2013.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. DSM-IV-TR. Washington; 1994. 7
- Abraído-Lanza, A. F., Viladrich, A., Flórez, K. R., Céspedes, A., Aguirre, A. N. & De La Cruz, A. A. (2007). Fatalismo Reconsidered: A cautionary note for health-related research and practice with Latino populations. *Ethnicity & Disease*, 153

- Azcarate, M. (2007). Trastorno de estrés postraumático: daño cerebral secundario a la violencia. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2007). El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. *Psicothema*. Vol 19 (4), 552-558. Visitado el día 02 de Abril del 2015 desde: <http://www.psicothema.com/pdf/3396.pdf>
- Esparza, O. A. & Quiñones, J. (Abril, 2012). Estructura factorial de la escala de pensamientos paranoides. Presentación en simposio en el XXXIX Congreso del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), Manzanillo, Colima.
- Esparza, O., Quiñonez, J., Carrillo, I (2010). Propiedades psicométricas de la escala multidimensional de fatalismo y su relación con el comportamiento de la salud. Colección textos universitarios, serie de investigación
- Esparza, O.A., Wiebe, J.S. & Quiñones, J. (2015). Simultaneous development of a multidimensional fatalism measure in English and Spanish. *Current Psychology*, 34, 597-612. doi:10.1007/s12144-014-9272-z
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 417.
- Gaxiola R., J.C. & Frías A., M. (2007). Los factores protectores y la adaptabilidad al abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología (Número especial: Memoria del XV Congreso Mexicano de Psicología)*, 222-223.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2007). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Dev.*, 543-562.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112.
- Monárrez, J. (2012). *Violencia extrema y existencia precaria en Ciudad Juárez*. México: Colegio de la Frontera Norte. Recuperado de: <http://148.215.2.11/articulo.oa?id=13623082006>
- OMS (1992), CIE-10. Décima revisión De La Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripción de las Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Ed. Meditor
- Olivares, M. E. (24 de noviembre de 2015). suagm.edu. Obtenido de Universidad Metropolitana Programa Graduado de educación Río Piedras, Puerto Rico.
- Palacios, G. (2016) recuperado de <http://jornadabc.mx/tijuana/25-02-2016/depresion-y-ansiedad-acechan-poblacion-de-ciudad-juarez>

- Palomar, J. y Gómez, N. (2010). Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27, 7-22.
- Pineda, D. A., Guerrero, O. L., Pinilla, M. L., & Estupiñan, M. (2002). Utilidad de un cuestionario para rastreo del estrés postraumático en una población colombiana. *Revista de Neurología*, 34, 911-916.
- Quintero, A. (2005). Resiliencia: contexto no clínico para trabajo social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 3, 73-94.
- Reynolds, C., Richmond, B. O. & Lowe, P. A. (2007). Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS. México: El Manual Moderno.
- Skevington, S. M., Lofty, M., O'Connell, K. A., & Grupo WHOQOL. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F., Hahn, S., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1749-1756.
- Vinaccia, S., Quiceno, M. J., & Moreno, S. P. E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146.