

CONSTRUYENDO RESILIENCIA: UN PROCESO DINÁMICO Y ECOLÓGICO EN MUJERES QUE HAN SUPERADO UNA SITUACIÓN DE MALTRATO EN LA PAREJA



Doctoranda: IRATXE LÓPEZ FUENTES

Dirigida por la Dra. ESTHER CALVETE ZUMALDE

Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos.

 **Deusto**
Universidad de Deusto

Bilbao, 2015



Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea

Deusto

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

**CONSTRUYENDO RESILIENCIA:
UN PROCESO DINÁMICO Y ECOLÓGICO EN MUJERES
QUE HAN SUPERADO UNA SITUACIÓN DE
MALTRATO EN LA PAREJA**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR IRATXE LÓPEZ FUENTES

DIRIGIDA POR LA DRA. ESTHER CALVETE ZUMALDE

BILBAO, 2015

A mi familia y Sergio, por haberme apoyado en todo momento

AGRADECIMIENTOS

Finalizado este trabajo, deseo manifestar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas y entidades que han colaborado en su elaboración y sin las que no hubiese sido posible llevar a cabo esta investigación.

Quisiera comenzar resaltando la ayuda inestimable de mi directora de tesis, la Dra. Esther Calvete, por su gran disponibilidad, interés y apoyo en todos los sentidos.

Un lugar destacado en este apartado de agradecimientos queda para las mujeres que han participado en el estudio, compartiendo sus experiencias, así como a los distintos profesionales que han hecho posible el acceso a las participantes. Igualmente agradezco su ayuda a la Universidad de Deusto por todos los recursos prestados.

Deseo dar las gracias también a mi familia, amigas/os y a Sergio por haberme ayudado a superar las dificultades que han surgido en la elaboración de este proyecto, por su infinita paciencia y apoyo incondicional.

A mis compañeros/as del equipo de investigación, Izaskun, Carlota, Elena, Manuel, Ainara, Zahira, Estibaliz, Joana, Anik, Sofía, Patricia, Ainhoa y Erika entre otros, por sus comentarios animosos y por prestarse a debatir en numerosas ocasiones sobre temas que se tratan en el presente trabajo.

Por último, dar las gracias al Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco, por el respaldo que ha supuesto contar con una beca predoctoral en la realización de esta tesis (Ref. EP_2015_1_18).

A todos/as, mi mayor reconocimiento y gratitud.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: DEFINICIONES, PREVALENCIA, MODELOS EXPLICATIVOS Y TIPOS DE MALTRATO	7
1.1.- CONFUSIÓN EN LA TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES	9
1.2.- PREVALENCIA	10
1.3.- MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU PROCESO	15
1.3.1. Modelos que analizan la etiología del maltrato.....	15
1.3.1.1. Teoría de la Transmisión Intergeneracional de la Violencia.....	15
1.3.1.2. Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica (Stith y Rosen, 1992).....	17
1.3.1.3. Modelo de los Mecanismos Psicológicos de la Violencia en el Hogar (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).....	18
1.3.1.4. Teoría Feminista (Christie, 2000; Epstein, 2007).....	20
1.3.1.5. Marco Teórico Contextual de la violencia en la pareja (Bell y Naugle, 2008)	21
1.3.2. Modelos referidos a la dependencia emocional y a las repercusiones psicopatológicas del maltrato	22
1.3.2.1. Teoría del Ciclo de la Violencia (Walker, 1979, 1989).....	22
1.3.2.2. Teoría de la Indefensión Aprendida (Seligman, 1975).....	24
1.3.2.3. Teoría de la Unión Traumática (Dutton y Painter, 1981).....	25
1.3.2.4. Modelo Ambiental (Foa et al., 2000)	25
1.3.2.5. Modelo explicativo sobre el proceso de maltrato (Landenburger, 1989).....	26

1.3.3. Modelos sobre el proceso de toma de decisiones.....	28
1.3.3.1. Teoría de los Costes y Beneficios (Pfouts, 1978).....	28
1.3.3.2. Teoría de la Trampa Psicológica (Strube, 1988).....	30
1.4.- TIPOS DE MALTRATO	30
1.5.- CONCLUSIONES.....	33

CAPÍTULO II. TRAYECTORIAS DESPUÉS DEL MALTRATO:

RETORNO A LA RELACIÓN, SECUELAS Y RECUPERACIÓN 35

2.1.- RETORNO A LA RELACIÓN ABUSIVA	37
2.2.- SECUELAS FÍSICAS	40
2.3.- SECUELAS PSICOLÓGICAS	42
2.3.1. Depresión	44
2.3.2. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	45
2.3.3. Síndrome de la mujer maltratada	47
2.3.4. Otras consecuencias en la salud mental	48
2.3.4.1. Abuso o dependencia de sustancias.....	48
2.3.4.2. Baja autoestima.....	49
2.3.4.3. Cogniciones postraumáticas	50
2.3.4.4. Inadaptación general.....	50
2.3.4.5. Suicidio o ideación suicida.....	51
2.4. - RECUPERACIÓN DE LAS SECUELAS PSICOLÓGICAS.....	52
2.5. - CONCLUSIONES.....	54

CAPÍTULO III. LA RESILIENCIA: EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y

DEFINICIONES..... 57

3.1.- CONSIDERACIONES LINGÜÍSTICAS Y ANTECEDENTES DE LA RESILIENCIA.....	59
3.2.- DEFINICIONES DEL CONCEPTO RESILIENCIA	60

3.2.1. Diferencias entre resiliencia y otros conceptos similares.....	63
3.3.- RECORRIDO HISTÓRICO DEL CONCEPTO RESILIENCIA	65
3.3.1. Primera etapa en el estudio de la resiliencia	67
3.3.2. Segunda etapa en el estudio de la resiliencia	70
3.3.3. Tercera etapa en el estudio de la resiliencia.....	73
3.4.- CONCLUSIONES.....	74

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA, MODELOS, FACTORES Y

EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA

4.1. - METODOLOGÍA EN EL ESTUDIO DE LA RESILIENCIA	77
4.1.1. Resiliencia entendida como resultado o proceso	77
4.1.1.1. Resiliencia como resultado.....	77
4.1.1.2. Resiliencia como proceso	78
4.1.1.3. Resiliencia como proceso y resultado multifactorial.....	79
4.1.2. Resiliencia centrada en la variable o en la persona.....	80
4.1.2.1. Aproximación focalizada en la variable	80
4.1.2.2. Aproximación focalizada en la persona.....	81
4.2.- MODELOS QUE EXPLICAN LA RESILIENCIA.....	82
4.2.1. Modelo de Resiliencialidad (Richardson, Neiger, Jensen y Kumpfer, 1990)	82
4.2.2. Pilares de la resiliencia de Wolin y Wolin (1993)	83
4.2.3. La Casita de Vanistendael (1996)	84
4.2.4. Categorías de factores resilientes (Grotberg, 1996).....	85
4.2.5. Características resilientes en los distintos niveles ecológicos (Ungar, 2003)	86
4.2.6. Modelo genérico de la resiliencia en respuesta al trauma psicológico (Agaibi y Wilson, 2005).....	86
4.2.7. Teoría basada en la vergüenza y resiliencia en la edad adulta (Van Vliet, 2008)	87

4.2.8. Modelo hipotético de resiliencia (Mancini y Bonanno, 2009).....	88
4.3.- FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS A LA RESILIENCIA	89
4.3.1. Factores personales	91
4.3.1.1. Identidad positiva	91
4.3.1.2. Control personal	91
4.3.1.3. Sentido del humor.....	92
4.3.1.4. Optimismo	92
4.3.1.5. Procesos de afrontamiento.....	93
4.3.1.6. Emociones positivas	94
4.3.1.7. Autoeficacia.....	94
4.3.1.8. Creatividad.....	95
4.3.1.9. Espiritualidad.....	95
4.3.1.10. Introspección	96
4.3.1.11. Otros factores protectores personales asociados a la resiliencia.....	96
4.3.2. Factores sociales.....	97
4.3.2.1. Apoyo social	97
4.3.2.2. Factores culturales y comunitarios	97
4.4.- INSTRUMENTOS PARA EVALUAR RESILIENCIA.....	98
4.4.1. Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (Connor Davidson Resilience Scale, CD-RISC; Connor y Davidson, 2003).....	99
4.4.2. Escala de Resiliencia (Resilience Scale, RS; Wagnild y Young, 1993)	100
4.4.3. Escala de Resiliencia para Adultos (The Resilience Scale for Adults, RSA; Friborg et al., 2003).....	100
4.4.4. Inventario de Factores Protectores de Baruth (Baruth Protective Factors Inventory, BPFi; Baruth y Carroll, 2002).....	101

4.4.5. Escala de Ego Resiliencia (Ego Resiliency Scale; Block y Kremen, 1996)	102
4.5.-CONCLUSIONES.....	103

CAPÍTULO V. RESILIENCIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LA PAREJA 105

5.1.- LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE RESILIENCIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LA PAREJA.....	107
5.2. RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SOBRE RESILIENCIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	108
5.2.1. Factores individuales.....	109
5.2.1.1. Empoderamiento.....	109
5.2.1.2. Espiritualidad.....	109
5.2.1.3. Afrontamiento.....	111
5.2.1.4. Autoestima.....	112
5.2.1.5. Altruismo.....	113
5.2.1.6. Redescubrirse.....	113
5.2.1.7. Perdón.....	113
5.2.1.8. Otros factores de resiliencia en mujeres maltratadas.....	114
5.2.2. Factores sociales y culturales.....	115
5.2.2.1. Contexto cultural.....	115
5.2.2.2. Apoyo social formal e informal.....	117
5.2.2.3. Recursos materiales.....	118
5.2.3. Relaciones entre factores protectores.....	119
5.2.4. Influencias de otras variables en el proceso de resiliencia.....	120
5.3.-MODELOS DE RESILIENCIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	121
5.3.1. Modelo psicológico y ambiental (Foa et al., 2000).....	121

5.3.2. Modelo de fases de crecimiento en mujeres maltratadas (Giles y Curreen, 2007).....	123
5.4.-CONCLUSIONES.....	125

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 127

ESTUDIO EMPÍRICO I. ESTUDIO CUALITATIVO CON MUJERES ESPAÑOLAS QUE HAN SUFRIDO MALTRATO EN LA PAREJA 133

7. 1.-OBJETIVOS.....	135
7.2.-MÉTODO.....	135
7.2.1. Diseño del estudio.....	135
7.2.2. Participantes.....	136
7.2.3. Procedimiento.....	138
7.2.4. Estrategia de análisis de datos.....	139
7.3.-RESULTADOS.....	141
7.3.1. La influencia del contexto social en el proceso de resiliencia.....	143
7.3.2. Factores de resiliencia: descripción, dinámicas y relaciones entre ellos.....	145
7.3.2.1. Recursos individuales asociados a la resiliencia.....	145
7.3.2.1.1. <i>Actividad física</i>	145
7.3.2.1.2. <i>Redescubrirse</i>	146
7.3.2.1.3. <i>Control sobre la propia vida</i>	146
7.3.2.1.4. <i>Creatividad</i>	147
7.3.2.1.5. <i>Espiritualidad</i>	147
7.3.2.1.6. <i>Perdón:</i>	148
7.3.2.1.7. <i>Foco en el presente</i>	149
7.3.2.1.8. <i>Sentido del humor</i>	149
7.3.2.1.9. <i>Introspección</i>	150

7.3.2.1.10. <i>Optimismo</i>	151
7.3.2.1.11. <i>Proyectos y metas</i>	152
7.3.2.2. Recursos externos asociados a la resiliencia	152
7.3.2.2.1. <i>Hogar</i>	152
7.3.2.2.2. <i>Apoyo social informal</i>	153
7.3.2.2.3. <i>Apoyo social formal</i>	153
7.3.2.2.4. <i>Acciones contra la violencia de género</i>	154
7.3.3. Comparación entre los dos grupos	155

ESTUDIO EMPÍRICO II. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE FACTORES DE RESILIENCIA ANTE LA ADVERSIDAD EN POBLACIÓN GENERAL..... 159

8.1.-OBJETIVOS E HIPÓTESIS	161
8.2. MÉTODO	162
8.2.1. Desarrollo del inventario	162
8.2.2. Participantes	163
8.2.3. Instrumentos	164
8.2.3.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965; versión española de Echeburúa y Corral, 1988).....	164
8.2.3.2. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997a)	165
8.2.3.3. Subescala de Depresión del Listado de Síntomas (The Brief Symptom Inventory, SCL-90; Derogatis, 1983)	166
8.2.4. Procedimiento	166
8.2.5. Análisis de datos	167
8.3.-RESULTADOS	167
8.3.1. Contexto de las respuestas	167
8.3.2. Fiabilidad y estructura factorial del IFRA	168

8.3.3. Correlaciones entre el IFRA y las escalas de síntomas de TEPT y depresión y la escala de autoestima	171
8.3.4. Diferencias de género en las puntuaciones del IFRA	172
8.3.5. Beneficio percibido en los factores de resiliencia.....	172

ESTUDIO EMPÍRICO III. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PARA EVALUAR RESILIENCIA EN MUJERES QUE HAN VIVIDO VIOLENCIA EN LA PAREJA Y EFECTO MODERADOR DE LA RESILIENCIA EN SÍNTOMAS ASOCIADOS AL MALTRATO.....	175
9.1.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS	177
9.2.- MÉTODO	179
9.2.1. Adaptación del instrumento	179
9.2.2. Participantes	180
9.2.3. Instrumentos.....	182
9.2.3.1. Escalas Revisadas de Tácticas en Conflictos (CTS2; Straus et al., 1996).....	182
9.2.3.2. Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAPRP; Calvete et al., 2005).....	183
9.2.3.3. Escala de Autoestima de Rosenberg (1965; versión española de Echeburúa y Corral, 1988).....	184
9.2.3.4. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997).....	184
9.2.3.5. Escala de Síntomas de Derogatis (SCL-90, Derogatis y Melisaratos, 1983).....	184
9.2.4. Procedimiento	184
9.2.5. Análisis de datos	185
9.3.- RESULTADOS	187
9.3.1. Fiabilidad y estructura factorial del IFRA-VP.....	187
9.3.2. Relación entre las puntuaciones del IFRA-VP y la sintomatología y autoestima	189

9.3.3. Relación entre los distintos tipos de maltrato sufridos y los síntomas depresivos y de TEPT y la autoestima	191
9.3.4. Las dimensiones de resiliencia del IFRA-VP como moderadoras del impacto del maltrato en los síntomas y autoestima.....	193
9.3.4.1. La dimensión de resiliencia espiritualidad y desarrollo personal como moderadora del impacto del maltrato en los síntomas y autoestima.....	195
9.3.4.2. La dimensión de resiliencia apoyo externo como moderadora del impacto del maltrato en los síntomas y autoestima	200
9.3.4.3. La dimensión de resiliencia control y autoconocimiento como moderadora del impacto del maltrato en los síntomas y autoestima.....	202
9.3.5. Diferencias en resiliencia entre las mujeres de la población general y la muestra clínica.....	204
9.3.6. Beneficio percibido en los factores de resiliencia.....	205
CAPÍTULO X. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	207
10.1.-ESTUDIO CUALITATIVO CON MUJERES ESPAÑOLAS QUE HAN SUFRIDO MALTRATO EN LA PAREJA	209
10.1.1. El rol de los factores individuales y externos y sus dinámicas	211
10.1.2. La importancia del contexto cultural.....	212
10.2.-DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE FACTORES DE RESILIENCIA ANTE LA ADVERSIDAD EN POBLACIÓN GENERAL.....	213
10.2.1. Fiabilidad y estructura factorial del IFRA	213
10.2.2. Correlaciones entre el IFRA y las escalas de síntomas de TEPT y depresión y la escala de autoestima	213
10.2.3. Diferencias de género en las puntuaciones del IFRA	214
10.3.-ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PARA EVALUAR RESILIENCIA EN MUJERES QUE HAN VIVIDO	

VIOLENCIA EN LA PAREJA Y EFECTO MODERADOR DE LA RESILIENCIA EN SÍNTOMAS ASOCIADOS AL MALTRATO.....	215
10.3.1. Fiabilidad y estructura factorial del IFRA-VP	215
10.3.2. Correlaciones entre las puntuaciones del IFRA-VP y la sintomatología y autoestima.....	217
10.3.3. Relaciones entre los distintos tipos de maltrato sufridos y los síntomas depresivos y de TEPT y la autoestima.....	220
10.3.4. Las dimensiones de resiliencia del IFRA-VP como moderadoras del impacto del maltrato en los síntomas y autoestima.....	222
10.3.5. Diferencias en resiliencia entre la población general y la muestra clínica	226
10.3.6. Beneficio percibido en los factores de resiliencia.....	229
10.4.-LIMITACIONES, FORTALEZAS, FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS ESTUDIOS	230
10.4.1. Limitaciones y fortalezas del estudio.....	230
10.4.2. Futuras líneas de investigación	233
10.4.3. Implicaciones clínicas	234
10.5.-CONCLUSIONES GENERALES	237
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	243
Anexo A: Cuestionario del segundo estudio empírico	323
Anexo B: Cuestionario del tercer estudio empírico	331

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Etapas en la investigación de la resiliencia propuestas por Richardson (2002).....	66
Figura 1. Modelo de resiliencia en mujeres maltratadas.....	142
Tabla 2. Comparación entre el grupo de mujeres recuperadas y no recuperadas.....	156
Tabla 3. Análisis factorial confirmatorio y alfa de Cronbach.....	168
Tabla 4. Correlaciones entre la puntuación total y los factores del IFRA y la sintomatología psicológica y la escala de autoestima.	171
Tabla 5. Medias y desviaciones típicas del beneficio percibido en los factores de resiliencia en orden descendente.....	173
Tabla 6. Distribución de la muestra por centros y Ayuntamientos.....	180
Tabla 7. Análisis factorial confirmatorio y alfa de Cronbach.....	188
Tabla 8. Correlaciones entre la puntuación total, dimensiones de resiliencia y los factores del IFRA-VP y la sintomatología psicológica y la escala de autoestima.....	189
Tabla 9. Correlaciones entre los tipos de maltrato sufrido y la sintomatología psicológica.....	192
Figura 2. Modelo general en el que la dimensión de resiliencia actúa como moderadora del impacto de la violencia en los síntomas psicológicos, la autoestima y el tiempo incluyendo todas las interacciones y <i>path analysis</i>	194
Figura 3. La dimensión de resiliencia espiritualidad y desarrollo personal como moderadora del impacto de la violencia en los síntomas psicológicos, la autoestima y el tiempo.....	196
Figura 4. La dimensión espiritualidad y desarrollo personal modera la relación entre la violencia física y los síntomas depresivos.....	197
Figura 5. La dimensión espiritualidad y desarrollo personal modera la relación entre la violencia física y los síntomas de estrés postraumático	198

Figura 6. La dimensión espiritualidad y desarrollo personal modera la relación entre la violencia física y la autoestima.....	199
Figura 7. La dimensión espiritualidad y desarrollo personal modera la relación entre la violencia psicológica y la autoestima.....	200
Figura 8. La dimensión de resiliencia apoyo externo como moderadora del impacto de la violencia en los síntomas psicológicos, la autoestima y el tiempo.....	201
Figura 9. La dimensión apoyo externo modera la relación entre la violencia física y los síntomas de depresión.	202
Figura 10. La dimensión de resiliencia control y autoconocimiento como moderadora del impacto de la violencia en los síntomas psicológicos, la autoestima y el tiempo	203
Tabla 10. Diferencias de medias en resiliencia entre las mujeres de la población general y las mujeres que han sufrido maltrato.....	204
Tabla 11. Medias y desviaciones típicas del beneficio percibido en los factores de resiliencia en orden descendente.....	206

INTRODUCCIÓN

Actualmente resulta casi imposible leer un periódico, una revista, o sintonizar las noticias sin encontrarnos con un caso más de violencia contra la mujer. Esto es así hasta el punto de que el fenómeno de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja ha alcanzado la categoría de problema de salud pública (Ingram, 2007). Distintos estudios realizados en España indican que la prevalencia estimada de este tipo de violencia oscila entre un 15% y un 30% de las mujeres (Calvete, Estévez y Corral, 2007; Fontanil et al., 2005; Ruiz-Pérez et al., 2006).

Además, como consecuencia del maltrato en la pareja frecuentemente las mujeres desarrollan diversos problemas y síntomas como la depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), el abuso o dependencia de sustancias y el suicidio o ideación suicida (Graham-Bermann, Sularz y Howell, 2011; Macy, Renz y Pelino, 2013). También es importante destacar que las secuelas psicológicas del maltrato suelen mantenerse a lo largo del tiempo (Fishman, Bonomi, Anderson, Reid y Rivara, 2010; Zlotnick, Johnson y Kohn, 2006).

Debido a la alta prevalencia de este tipo de violencia y sus consecuencias sobre la salud de las mujeres, la resiliencia puede ser un concepto clave en el estudio de la violencia de género. Actualmente, una de las definiciones más aceptadas de la resiliencia es la que la entiende como una relativa adaptación positiva a pesar de los contextos de adversidad (Luthar, 2006). Además, autores como Ungar (2011) proponen una comprensión ecológica de la resiliencia, la cual implica una combinación entre cualidades individuales y el contexto socio-ecológico que rodea a los individuos. Diversas investigaciones llevadas a cabo con mujeres que han superado la violencia en la pareja han puesto de manifiesto que las mujeres con mayor resiliencia, tienen menos síntomas asociados al maltrato (Jaramillo-Vélez, Ospina-Muñoz, Cabarcas-Iglesias y Humphreys, 2005; Roditti, Schultz, Gillette y de la Rosa, 2010). Estos datos indican la importancia de estudiar la resiliencia en este colectivo de mujeres, así como la necesidad de aplicar estos nuevos hallazgos en las intervenciones.

Debido a estos datos alentadores, recientemente los investigadores han dado mayor importancia al fenómeno de la resiliencia en mujeres maltratadas, encontrando

que las mujeres maltratadas muestran resiliencia frente al maltrato (Anderson, Renner y Danis, 2012; Roditti et al., 2010). A pesar de que el proceso de resiliencia varía a través de las culturas (Cyrułnik, 2002; Ungar, 2011), no existen datos sobre dicho proceso en España. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo examinar este proceso en nuestro contexto cultural concreto.

La parte teórica de este trabajo comenzará realizando una primera aproximación al fenómeno de la violencia de género. En el primer capítulo se expondrán las diferencias en la terminología empleada para referirse a este problema social, su prevalencia, los modelos explicativos de la violencia de género, así como sus modalidades.

Se dedica el capítulo dos a exponer las consecuencias del maltrato, así como la recuperación del mismo, con la intención de explorar las distintas trayectorias que siguen las mujeres que se han visto inmersas en una relación abusiva. Para ello, se abordarán las secuelas físicas y psicológicas, poniendo el énfasis en el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión. Asimismo, se presentarán datos relativos al retorno a la relación de maltrato y la recuperación.

En el tercer capítulo se introduce el concepto de resiliencia, explicando su evolución conceptual, antecedentes y definiciones. Para ello, se expondrá el recorrido histórico de este constructo a partir de las etapas en la investigación de la resiliencia propuestas por Richardson (2002).

Con el objetivo de profundizar más en el proceso de resiliencia en el cuarto capítulo se detallarán las distintas metodologías que se emplean en el estudio de la resiliencia. Con este fin se explicarán distintos modos de entender la resiliencia: por un lado, como resultado o proceso y por el otro, centrada en la variable o en la persona. Se describen también, diversos modelos explicativos que han ido surgiendo para comprender este proceso. Algunos ejemplos son los pilares de la resiliencia (Wolin y Wolin, 1993), las categorías de factores resilientes (Grotberg, 2003) y las características resilientes en los distintos niveles ecológicos (Ungar, 2011). Asimismo, se expondrán los factores protectores asociados a la resiliencia que ayudan a las personas a superar

situaciones de adversidad y se describirán los instrumentos de evaluación más destacados.

La parte teórica finaliza uniendo ambos fenómenos, es decir, la violencia contra las mujeres y el proceso de resiliencia. Para ello, en el quinto capítulo se presentarán los resultados encontrados en investigaciones que tratan de evaluar el proceso de resiliencia en mujeres víctimas de violencia por parte de la pareja. Además, se explicarán en detalle tanto los factores individuales, como sociales y culturales que se relacionan con la resiliencia. Finalmente, se describirán dos modelos de resiliencia en mujeres que han superado una situación de violencia en la pareja.

Los siguientes capítulos del manuscrito se centran en la investigación llevada a cabo. Esta investigación se compone de tres estudios empíricos. Para cada uno de los estudios se presentan los objetivos e hipótesis, el método y los resultados obtenidos. Finalmente, se aborda la discusión de los resultados encontrados en los tres estudios.

El primer estudio es de naturaleza cualitativa y emplea la *grounded theory* con el fin de explorar el proceso de resiliencia en mujeres que han sufrido violencia en el marco de una relación de pareja. Se llevaron a cabo entrevistas con un total de 22 mujeres que habían sufrido maltrato en la pareja (edad media= 46.45 años, $DT= 10.49$). En primer lugar, se presenta el modelo de resiliencia que se ha generado a través de la *grounded theory* y en segundo lugar, se explica la influencia del contexto social en el proceso de resiliencia de las mujeres. Por último, se describen los factores de resiliencia encontrados, sus dinámicas y las interacciones entre los mismos.

En el segundo estudio empírico se desarrolló un inventario para evaluar factores de resiliencia ante distintos tipos de adversidad. Este estudio supuso un paso intermedio para poder validar el instrumento en mujeres que habían superado una situación de maltrato en la pareja. Debido a la dificultad que entrañaba conseguir una muestra de mujeres que hubiesen sufrido violencia en la pareja lo suficientemente amplia como para validar el instrumento, en primer lugar se procedió a validar la estructura factorial del inventario en población general, para posteriormente poder adaptarlo y validarlo en la muestra de mujeres que habían vivido una relación abusiva. De este modo, en este segundo estudio participaron 580 personas (76,8% mujeres y 23,2% hombres) de entre

18 y 54 años (edad media= 21,38, $DT= 4,47$), quienes completaron el inventario desarrollado junto a medidas de TEPT (EGS; Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997a), depresión (SCL-90; Derogatis, 1983) y autoestima (RSES; Rosenberg, 1965). En primer lugar, se presentan los resultados relativos a la fiabilidad y estructura factorial del inventario, así como las correlaciones entre el inventario de resiliencia y las escalas de síntomas de TEPT y depresión y la escala de autoestima. Finalmente, se exploran las diferencias de género en las puntuaciones del inventario de resiliencia.

En el tercer estudio se adaptó y validó el inventario creado en el segundo estudio con el fin de poder emplearlo para evaluar resiliencia en mujeres que habían superado una situación de violencia en la pareja. Para crear el instrumento se utilizó por un lado, el inventario que ya había sido validado en el segundo estudio, así como los resultados encontrados en las entrevistas del primer estudio. Asimismo, en este último estudio se evaluó el efecto moderador de los factores de resiliencia en los síntomas de TEPT y depresión. La muestra estuvo compuesta por un total de 13 mujeres que habían vivido violencia en la pareja (edad media= 41.24, $DT= 12.63$). Las mujeres completaron medidas de violencia en la pareja (CTS2; Straus, Hamby, McCoy y Sugarman, 1996), una medida específica de violencia psicológica en la pareja (IAPRP; Calvete, Corral y Estévez, 2005), autoestima (RSES; Rosenberg, 1965) y síntomas de depresión (SCL-90; Derogatis, 1983) y TEPT (EGS; Echeburúa et al., 1997a). En primer lugar, se presenta el análisis factorial y las características psicométricas del instrumento de resiliencia. En segundo lugar, se presentan las correlaciones entre las diversas variables del estudio, centrando la atención en la asociación existente entre los factores de resiliencia y los síntomas de depresión y TEPT y autoestima. A continuación, se muestran los resultados de las moderaciones entre los factores de resiliencia y la violencia sufrida y los síntomas depresivos y TEPT. Por último, se compararon los resultados encontrados en las puntuaciones de resiliencia de las mujeres de la población general (participantes del segundo estudio empírico) y la muestra clínica.

Finalmente, los capítulos nueve y diez abordan los objetivos y justificación del estudio, así como la discusión de los resultados encontrados y las limitaciones de los estudios, las futuras líneas de investigación, las implicaciones clínicas y conclusiones generales que se desprenden de los estudios. En general, los resultados del primer estudio ponen de manifiesto que las mujeres emplean diversos factores, tanto

individuales (por ejemplo, la actividad física, introspección y espiritualidad) como externos (por ejemplo, el apoyo social) que promueven la resiliencia. Además, algunos de estos factores promueven el desarrollo de otros factores de resiliencia.

Los resultados de los análisis factoriales confirmatorios del segundo estudio indican que el inventario desarrollado tiene una estructura jerárquica en el que los factores de resiliencia fueron explicados por un factor más general de resiliencia. Dicho modelo mostró un buen ajuste a los datos. Asimismo, las puntuaciones del inventario de resiliencia se asociaron con la escala de autoestima, mientras que varias de sus escalas se asociaron significativamente con menos síntomas de TEPT y depresión. Por otro lado, no hubo diferencias de género en las puntuaciones totales de resiliencia, aunque sí en varios de los factores.

Los resultados del tercer estudio empírico revelan que el instrumento creado en el segundo estudio, y adaptado para poder aplicarlo a mujeres que han sufrido violencia en la pareja, mostró un ajuste adecuado a los datos. Los análisis factoriales confirmatorios indican que los 17 factores de resiliencia incluidos en el inventario se agruparon en tres dimensiones de resiliencia. En cuanto a las correlaciones encontradas entre el inventario de resiliencia y la sintomatología y la autoestima, se encontró que la puntuación total obtenida en el inventario y en las tres dimensiones de resiliencia se asoció de forma significativa y negativa con los síntomas depresivos y de TEPT. Al mismo tiempo que correlacionaron de forma significativa y positiva con la autoestima. Se evaluaron también, las correlaciones entre los tipos de violencia sufridos y los síntomas de estrés postraumático y depresión. Los resultados revelaron que todos los tipos de violencia fueron perjudiciales para la salud mental de las mujeres, a pesar de que cada tipo de violencia produjo unas consecuencias negativas concretas. Por otro lado, de las tres dimensiones de resiliencia del inventario, dos de ellas actuaron como moderadoras de la relación entre el tipo de violencia sufrido y los síntomas y la autoestima. Al comparar las puntuaciones obtenidas en el inventario de resiliencia entre las mujeres de la población general del segundo estudio empírico y la muestra clínica del tercer estudio, se encontró que las mujeres de la población general obtuvieron mayores puntuaciones. Atendiendo a los factores de resiliencia de forma individual, cabe reseñar que las mujeres de la población general puntuaron más alto en algunos de ellos, mientras que en otros factores sucedió lo contrario. Finalmente, se evaluó el

beneficio que las mujeres percibían en cada una de las dimensiones y factores de resiliencia. En general, los factores externos fueron percibidos por las mujeres como más beneficiosos.

CAPÍTULO I

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: DEFINICIONES, PREVALENCIA, MODELOS EXPLICATIVOS Y TIPOS DE MALTRATO

1.1.- CONFUSIÓN EN LA TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

Términos como violencia contra las mujeres, violencia sexista o machista, violencia de género, violencia intrafamiliar, violencia en las relaciones de pareja y violencia doméstica se emplean indistintamente a pesar de que significan cosas diferentes. La importancia de emplear un lenguaje adecuado radica en que éste aporta rigor y visibilidad al fenómeno de la violencia contra las mujeres (Ibañez, 2003).

Tradicionalmente, se ha empleado el término violencia doméstica o familiar y sólo a partir de los años noventa, comienza a consolidarse el empleo de otros términos más adecuados como el de violencia de género. Este cambio en la terminología se debe principalmente a acciones importantes tales como la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, la Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer del mismo año o la Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing (1995). En territorio nacional, este tipo de violencia se denomina violencia de género según la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Para algunos autores (Ararteko, 2003; Ibañez, 2003) así como para el movimiento feminista, los términos violencia intrafamiliar y violencia doméstica no son adecuados, puesto que ocultan quienes cometen los actos de violencia y quienes los padecen. Desde algunos organismos se utilizan definiciones que ponen el énfasis en este aspecto. Esto es así en el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define la violencia de género como la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres hacia las mujeres. Este tipo de violencia abarca la violencia física, sexual y psicológica (Krug, Mercy, Dahlberg y Zwi, 2002). Las Naciones Unidas, en el artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, definen la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada (Naciones Unidas, 1994).

En esta tesis se estudia la violencia de pareja ejercida por el hombre contra la mujer, por lo que a lo largo de la misma se utilizarán los términos violencia de pareja, violencia de género, violencia machista y violencia sexista para reflejar la situación en la que el agresor es el hombre, la mujer es la víctima y la violencia tiene lugar en el contexto de una relación íntima pasada o actual. Se evitarán los términos violencia familiar y doméstica por los motivos aludidos anteriormente.

1.2.- PREVALENCIA

Desde sus inicios la contabilidad de la violencia no ha estado extensa de controversias acerca de cuál es la manera más acertada de llevarla a cabo. Esto ha cobrado mayor importancia en las últimas décadas, ya que se ha producido un importante aumento en la producción de datos con el objetivo de detectar y hacer visibles los abusos que sufren las mujeres en las relaciones de pareja. Esto ha permitido obtener una imagen panorámica tanto a nivel mundial como nacional sobre el fenómeno. Sin embargo, tal y como se ha indicado más arriba, estos intentos por contabilizar la violencia han puesto de manifiesto importantes diferencias en la metodología y en la conceptualización de la violencia de género.

En esta línea, es importante rescatar las palabras de Tjaden (2005) quien sostiene que, dadas las evidencias de que el modo en que los investigadores enmarcan las preguntas afecta a los porcentajes que se desvelan, es necesario realizar investigaciones sobre cómo distintas metodologías pueden tener consecuencias en los resultados del estudio. En concreto, es fundamental investigar los efectos del contexto de la encuesta, del género del entrevistador y del marco de las preguntas.

Por lo tanto, a la hora de analizar las cifras en torno a la violencia contra las mujeres es imprescindible tener en cuenta la distinción entre la violencia y las cifras de la violencia, ya que entre ambas median los indicadores de qué se considera violencia. Además, las cifras aumentarán o disminuirán dependiendo de cómo preguntemos o qué acciones se consideren que forman parte de la violencia. Debido a esto, los indicadores de violencia han sufrido diversas modificaciones a lo largo del tiempo.

En cuanto a las cifras a nivel mundial, el estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia contra la mujer (Jong-Wook, 2005) realizado en diez países encontró que entre el 15% y el 71% de las mujeres, dependiendo del país, habían experimentado violencia física, sexual o ambas, por parte de su pareja o marido a lo largo de su vida. Sin embargo, en la mayoría de los entornos se encontraron índices que oscilaban entre el 24% y el 53%. Este estudio constituye un hito tanto por su alcance como por la metodología que se ha empleado para llevarlo a cabo. Para tal fin se crearon equipos formados que recabaron información de más de 24.000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en diez países con diferentes entornos culturales. Además, se aplicó metodología sólida y normalizada lo que permite comparar y analizar los distintos entornos culturales objeto de estudio.

Por otro lado, en 48 encuestas de base poblacional realizadas en todo el mundo, se encontró que entre el 10% y el 69% de las mujeres indicaron haber sufrido agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999).

La gran mayoría de las estimaciones hacen referencia al maltrato físico. Sin embargo no hay que olvidar que el maltrato físico va acompañado en la mayoría de las ocasiones por el maltrato psicológico e incluso de abuso sexual (Campbell, 1999; Smith, Thornton, DeVellis, Earp y Coker, 2002; Sullivan, Cavanaugh, Buckner y Edmondson, 2009). Respecto a la violencia psicológica el estudio multipaís de la OMS (Jong-Wook, 2005) encontró que en todos los países que formaron parte del estudio, entre el 20% y el 75% de las mujeres había experimentado algún tipo de violencia psicológica. Los actos de violencia psíquica que más se mencionaron fueron los insultos, la humillación y la intimidación.

Por otro lado, según los resultados del estudio multipaís de la OMS (Jong-Wook, 2005), el porcentaje de mujeres que declararon haber sido víctimas de abusos sexuales por parte de su pareja oscilaba entre el 6% y el 59%, si bien el porcentaje registrado en la mayoría de los entornos se situaba entre el 10% y el 50%. Los datos obtenidos en otros estudios realizados en diversos países, por su parte, indican que casi una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja

(Ellsberg, Peña, Herrera, Liljestrand y Winkvist, 2000; Hakimi, Hayati, Marlinawati, Winkvist y Ellsberg, 2001; Mooney, 1993).

A nivel europeo, recientemente la Agencia Europea de Derechos Humanos (2014) ha realizado una macroencuesta sobre violencia contra las mujeres. Este estudio responde a una petición de datos sobre la prevalencia de la violencia machista a nivel europeo, ya que, los datos oficiales de los que se disponían hasta la fecha sólo recogían los casos en los que se había presentado una denuncia. Por consiguiente, no se basaban en los números reales. En el estudio se realizaron entrevistas personales a 42.000 mujeres en los 28 Estados miembros de la Unión Europea (UE), con una media de 1.500 mujeres entrevistadas por país. La selección de las encuestadas además, se llevó a cabo por muestreo aleatorio. Las participantes del estudio tenían edades comprendidas entre los 18 y los 74 años y todas ellas eran residentes de la UE. Las entrevistas del estudio incluían, entre otras, preguntas sobre violencia física, sexual y psicológica, hostigamiento y acoso sexual, incluyendo nuevos medios para cometer abusos, como internet. Los resultados obtenidos indicaron que un 7% de las mujeres encuestadas habían experimentado violencia física durante los 12 meses previos a la entrevista. Atendiendo a la violencia sexual, esta cifra se situó en el 2%. Por otro lado, un 43% de las mujeres relató haber sufrido algún tipo de violencia psicológica por parte de su pareja actual o anterior (como por ejemplo, humillaciones en público, prohibición de salir de casa, amenazas físicas, etc.).

Otras investigaciones que arrojan datos de prevalencia a nivel europeo se derivan de estudios epidemiológicos nacionales así como de estudios clínicos y regionales, y ponen de manifiesto que entre el 4% y el 30% de mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual por la pareja en algún momento de sus vidas. Segregados los datos según el tipo de violencia sufrida por las mujeres a lo largo de la vida, los estudios indican que entre el 4% y el 20% de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual, entre el 19% y el 42% lo han sido de violencia psicológica y entre el 6% y el 25% de violencia física (Martínez y Schröttle, 2006). Por su parte, Heise y García-Moreno (2003) encontraron que entre el 6% y el 12% de mujeres europeas fueron agredidas físicamente por una pareja durante el último año previo al estudio.

Sin duda, en nuestro país, las Macroencuestas de Violencia de Género promovidas por el Instituto de la Mujer en cuatro ocasiones (1999, 2002, 2006 y 2011) son consideradas el referente más utilizado para detectar la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas y exparejas. La primera de las Macroencuestas nace en el marco del Plan de Acción contra la Violencia Doméstica de 1998 como la iniciativa más destacada en el área de investigación prevista por dicho plan. Entre sus objetivos destacan los siguientes: cuantificar los actos violentos contra las mujeres en el ámbito doméstico, descubrir los factores que inciden en la aparición de dichos actos, conocer las consecuencias de sufrir malos tratos y poner de manifiesto la opinión de las víctimas sobre las posibles medidas a tomar por parte de la Administración para erradicar la violencia y paliar sus efectos.

Son diversos los cambios que han sufrido las Macroencuestas desde la primera que se llevó a cabo. Como novedad, en la última Macroencuesta las entrevistas han sido presenciales, realizándose en el domicilio de las mujeres encuestadas, mientras que en las Macroencuestas anteriores éstas se realizaban telefónicamente. Debido a este cambio en la metodología, la muestra ha sido menor, participando cerca de 8.000 mujeres frente a las más de 20.000 de las Macroencuestas de 1999 y 2002 e incluso más de 30.000 en la Macroencuesta de 2006. Sin embargo, se ha encuestado a una muestra representativa, según grupo de edad y tamaño del hábitat, de mujeres de 18 o más años residentes en España (Instituto de la Mujer, 2012).

En la última Macroencuesta realizada, el porcentaje de mujeres que señaló haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida ha sido del 10,9% del total de entrevistadas. De ellas, estarían en la actualidad en situación de maltrato el 3,0% del total de entrevistadas y habrían salido de esa situación el 7,9% del total de encuestadas. Se observa un incremento significativo respecto a las encuestas anteriores, ya que, como se ha indicado el porcentaje de mujeres que declaraban en 2011 haber sufrido malos tratos alguna vez en la vida es del 10,9%, frente a los años 2006 (6,3%), 2002 (6,2%) y 1999 (5,1%). A pesar de que entre 2006 y 2011 ha aumentado de forma importante el porcentaje de mujeres que dicen haber sufrido violencia de género en algún momento de su vida, es importante resaltar que la mayor parte de ese incremento se debe a las que indican que ya no lo están sufriendo (Instituto de la Mujer, 2012).

Por otro lado, los resultados de distintos estudios realizados en España muestran que la prevalencia estimada de este tipo de violencia oscila entre un 15% y un 30% de las mujeres (Calvete et al., 2007; Echeburúa, Corral y Amor, 1998; Labrador y Alonso, 2005; Fontanil et al., 2005; Ruiz-Pérez et al., 2006). Ruíz-Pérez et al. (2010) llevaron a cabo una encuesta transversal mediante cuestionario autoadministrado a 11.475 mujeres que acudieron a consultas de atención primaria durante los años 2006 y 2007, encontrando que el 24,8% de las mujeres refirieron haber sido maltratadas por su pareja alguna vez en la vida, el 15,1% en el último año y el 14,9% previamente al último año.

A pesar de ser un grupo minoritario, la violencia de pareja contra la mujer en la población inmigrante está cobrando cada vez mayor importancia en España, por lo que merece un apartado diferenciado. Los datos oficiales sobre violencia de pareja en España muestran que un tercio de todos los casos denunciados corresponden a inmigrantes. Además, en el año 2007 cerca del 40% de las víctimas mortales por violencia de pareja fueron mujeres inmigrantes, siendo el 50% de ellas de procedencia latinoamericana (Instituto de la Mujer, 2008). Volviendo nuevamente a la Macroencuesta realizada en el año 2011, cabe destacar que eran extranjeras el 14,4% de las que habían sufrido violencia alguna vez en la vida. Las mujeres extranjeras también representaban el 14,4% del total de mujeres que habían conseguido salir de la violencia, mientras que representan el 14,5% de las que sufren maltrato en el último año (Instituto de la Mujer, 2012).

El número de denuncias presentadas es otra forma de estimar la prevalencia de la violencia machista. No obstante, es necesario tener en cuenta que se considera que las denuncias por violencia de género representan sólo el 10% de las agresiones vividas (Centro Reina Sofía, 2006; Hernández y Gras, 2005).

Los datos relativos a las denuncias de violencia contra la mujer han presentado tradicionalmente un incremento sistemático en el número de las mismas. Este hecho no se debe a que el fenómeno haya aumentado, si no a que las mujeres empiezan a cambiar de actitud, pasando de la desinformación y resignación al conocimiento y al ejercicio de sus derechos (Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 2001).

Sin embargo, en los últimos años se aprecia un descenso de las mismas, así durante el año 2010 llegaron a los juzgados un total de 134.105 denuncias por violencia de género. Ello supone un ligero descenso del número de denuncias por violencia de género (1,1%) si se compara con la cifra de 2009 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). De forma similar, de enero a diciembre de 2011 el número de este tipo de denuncias fue de 134.002 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

1.3.- MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU PROCESO

Son muchos los modelos teóricos que han intentado explicar el origen y/o mantenimiento de la violencia hacia las mujeres en una relación íntima. A continuación, se revisarán los principales modelos explicativos de la violencia de género, dividiendo éstos en tres bloques: modelos que analizan la etiología del maltrato, modelos referidos a la dependencia emocional y a las repercusiones psicopatológicas del maltrato y modelos sobre el proceso de toma de decisiones.

1.3.1. Modelos que analizan la etiología del maltrato

Existen diferentes teorías que tratan de explicar el origen del maltrato. Dentro de estos modelos, se encuentran entre otros, la teoría de la transmisión intergeneracional de la violencia, el modelo interactivo de la violencia doméstica (Stith y Rosen, 1992), el modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998), la teoría feminista (Christie, 2000; Epstein, 2007) y el marco teórico contextual de la violencia en la pareja (Bell y Naugle, 2008).

1.3.1.1. Teoría de la Transmisión Intergeneracional de la Violencia

Esta teoría parte de los conceptos de modelado (Bandura, 1973), condicionamiento clásico (Pavlov, 1927) y condicionamiento operante (Skinner, 1953) y postula que la violencia es una conducta aprendida, a través de la experiencia directa y/o la observación del comportamiento de otras personas. A partir de ahí, trata de

establecer la correlación entre una historia previa de violencia familiar y el convertirse en víctima y/o agresor en el futuro (Bevan y Higgins, 2002; Cannon, Bonomi, Anderson y Rivara, 2009; Fite et al., 2008; Kerley, Xu, Sirisunyaluck y Alley, 2010; Kulkarni, 2006; Langhinrichsen-Rohling, 2005; Roberts, Gilman, Fitzmaurice, Decker y Koenen, 2010; Straus, Gelles y Steinmetz, 1980). De acuerdo a esta teoría, los niños y niñas aprenden de sus cuidadores que la violencia o agresión es una forma adecuada de afrontar el estrés (Akers, 2009; Widom y Maxfield, 2001).

Los críticos de esta teoría argumentan que la teoría del aprendizaje social es insuficiente para explicar el fenómeno de la violencia contra las mujeres debido a que no todos los individuos que sufren abuso durante la infancia se convierten en maltratadores en la edad adulta (Jasinski, 2001). Los resultados de las investigaciones resultan contradictorios, lo que probablemente demuestra que entran en juego otros factores que no se contemplan en esta teoría (Kerley et al., 2010).

Gil-González, Vives-Cases, Ruiz, Carrasco-Portino y Alvarez-Dardet (2008) llevaron a cabo una revisión de la literatura científica y encontraron que existía asociación entre ser un hombre violento en una relación de pareja y haber experimentado abuso en la infancia. En la misma línea, Straus et al. (1980) encontraron que la tasa de abuso por parte de los conyugues fue diez veces más alta en hombres que habían tenido una niñez violenta en comparación con aquellos que no la tuvieron. Por su parte, Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) llevaron a cabo una tipología de maltratadores en la que incluyeron la exposición a la violencia como un rasgo en los hombres que son violentos hacia sus parejas. Por otro lado, algunos autores realizan distinciones entre haber estado expuesto a la violencia en la familia de origen y haber sido una víctima directa de la violencia, ya que según los autores en función de esto variarán los resultados (Trachtenberg, Anderson y Sabatelli, 2009). Por ejemplo, Roberts et al. (2010) encontraron una asociación fuerte entre haber sido testigo de violencia en la pareja a una edad temprana y cometer este tipo de violencia en la adultez.

En cuanto a las mujeres, diversos estudios afirman que aquellas que han sido testigos y/o víctimas de violencia en la familia de origen tienen más probabilidades de convertirse en víctimas de violencia en la pareja (Barnett, Miller-Perrin y Robin, 2005;

Gómez y Speizer, 2009; Kerley et al., 2010; Speizer, Goodwin, Whittle, Clyde y Rogers, 2008). Sin embargo, tal y como señalan Gómez y Speizer (2009), no todas las mujeres que han sufrido abuso en la infancia son víctimas de malos tratos en la edad adulta.

Además, el panorama sobre la transmisión intergeneracional de la violencia se complica aún más si tenemos en cuenta que diversos trabajos ponen de manifiesto que las mujeres que han presenciado violencia en la familia de origen o que han sido víctimas de la misma, pueden convertirse en perpetradoras de violencia en la pareja en la edad adulta (Ehrensaft et al., 2003; Kerley et al., 2010).

1.3.1.2. Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica (Stith y Rosen, 1992)

Este modelo parte de la idea de que la violencia de género es un problema causado por múltiples factores de diversa naturaleza. Los factores que proponen Stith y Rosen (1992) son los siguientes: factores de vulnerabilidad de la familia y el individuo, factores de estrés situacional, recursos individuales, familiares y sociales para hacer frente a las vulnerabilidades y al estrés y el contexto sociocultural en el que existen estos factores.

El modelo establece que los valores socioculturales relacionados con la violencia y con los roles sexuales inciden sobre las vulnerabilidades, factores de estrés y recursos disponibles, así como sobre la definición y percepción que se tiene de la violencia (Hou, Ko y Shu, 2013; Rinfret-Raynor, Riou, Cantin, Drouin y Dubé, 2004; Stith y Rosen, 1992). Del mismo modo, plantea que una vez que la violencia ha sido empleada para satisfacer necesidades, existe una tendencia a repetir su uso (Anderson, Buckley y Carnegiey, 2008; DeWall y Anderson, 2011; Echeburúa y Corral, 1998; Timmerman y Emmelkamp, 2005).

El contexto sociocultural es el conjunto de valores y normas compartidas por las familias de una misma comunidad y cultura. Los más relevantes en cuanto a la violencia de género son la aceptación de la violencia y el estatus subordinado de la mujer (Dutton, Kaltman, Goodman, Weinfurt y Vankos, 2005; Glick, Lameiras y Rodríguez Castro, 2002; Krug et al., 2002).

Los factores de vulnerabilidad de la familia y el individuo juegan, al mismo tiempo, un papel fundamental. Estos factores hacen referencia a las experiencias de socialización caracterizadas por la exposición a la violencia, a las características individuales que ponen a ciertos individuos en una situación de mayor riesgo para ejercer violencia contra su pareja al interactuar con el estrés situacional y a las características de la familia nuclear, principalmente la calidad de la relación de pareja (Barnett et al., 2005; Kulkarni, 2006).

Los factores de estrés, por su parte, pueden ser de tipo madurativo (como un embarazo o el nacimiento de un hijo o hija), el estrés impredecible (como el desempleo o una enfermedad crónica) y los acontecimientos desencadenantes, que son la excusa que da el agresor a su comportamiento violento (Riggs, Caulfield y Street, 2000).

Por último, son determinantes los recursos disponibles que pueden ser de tipo personal, familiar y social. Dentro de los recursos personales se encuentran el bienestar económico, el nivel educativo, el estado de salud y los recursos psicológicos y características de personalidad (Beck, 2003; Bersani, Chen, Pendelton y Deton, 1992; López-Sáez, Morales y Lisbona, 2008; Novaco, 2010). Los recursos del sistema familiar aluden a la cohesión familiar, la adaptabilidad, la comunicación clara y abierta y el equilibrio de poder entre los miembros de la pareja (Barnett et al., 2005; Pratto y Walker, 2004). La red social es un recurso importante. Así, por ejemplo, el aislamiento social favorece la existencia de violencia dentro de la familia (Riddell, Ford-Gilboe y Leipert, 2009).

1.3.1.3. Modelo de los Mecanismos Psicológicos de la Violencia en el Hogar (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

Según este modelo, la violencia contra la mujer en la pareja es consecuencia de un estado emocional intenso (la ira), que interactúa con actitudes de hostilidad, un repertorio de conductas pobres (como el déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (que abarcan las situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etc.), así como la percepción de vulnerabilidad de la víctima (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).

La actitud de hostilidad puede ser el resultado de estereotipos sexuales machistas en relación con la necesidad de sumisión de la mujer, la percepción de indefensión de la víctima, la existencia de celos patológicos y la legitimación subjetiva de la violencia como estrategia de solución de problemas (Beck, 2003; Feldman y Ridley, 2000). Más en concreto, la hostilidad deriva de actitudes y sentimientos negativos (tales como la maldad, venganza, cinismo, etc.), desarrollados a partir de una evaluación negativa generalizada de las conductas de la pareja, que generan un impulso de hacer daño (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).

Otro factor influyente es el estado emocional de ira que se ve facilitado por la actitud de hostilidad y por unos pensamientos activadores relacionados con recuerdos de situaciones negativas habidas en la relación o suscitados directamente por estímulos generadores de malestar ajenos a la pareja (Bettencourt, Talley, Benjamin y Valentine, 2006; Lim, Day y Casey, 2011; Tiedens, 2001).

Asimismo, un repertorio pobre de conductas y trastornos de personalidad como el déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas impiden la canalización de los conflictos de una forma adecuada (Beck, 2003; Fountoulakis, Leucht y Kaprinis, 2008). El problema se agrava cuando existen alteraciones de la personalidad, como suspicacia, celos, autoestima baja, falta de empatía afectiva y necesidad extrema de estimación entre otros (Barnett et al., 2005; Coleman, 1980; Dutton y Starzomski, 1993; Fowler y Westen, 2011; Stone, 2007; Völlm, 2009).

La percepción de vulnerabilidad de la víctima también juega un papel importante, así como el reforzamiento de las conductas violentas previas, ya que muy frecuentemente las conductas violentas anteriores han quedado reforzadas para el hombre violento porque con ellas ha conseguido los objetivos deseados (Anderson et al., 2008; DeWall y Anderson, 2011; Echeburúa et al., 1998; Timmerman y Emmelkamp, 2005).

Al mismo tiempo, los factores precipitantes directos tales como el consumo abusivo de alcohol y/o drogas, sobre todo cuando interactúa con las pequeñas frustraciones de la vida cotidiana en la relación de pareja, contribuyen a la aparición de

las conductas violentas (Barnett et al., 2005; Craig, 2005; Fals-Stewart, 2003; Felson, Burchfield y Teasdale, 2007; Hines y Malley-Morrison, 2005).

1.3.1.4. Teoría Feminista (Christie, 2000; Epstein, 2007)

La teoría feminista ofrece una amplia perspectiva sobre el potencial que tiene el género para influir en las relaciones de pareja y otras facetas de la identidad, centrándose más concretamente en el equilibrio o desequilibrio del poder del género en las relaciones y en el entorno social más amplio (Christie, 2000; Epstein, 2007). La teoría feminista propone que muchas de las normas sociales son androcéntricas o excluyentes, debido a que las perspectivas de las mujeres y otros grupos con menor poder han sido históricamente ignoradas o excluidas de los espacios públicos (Christie, 2000; Olesen, 2005; Showalter, 1985).

El modelo feminista cuestiona los derechos y privilegios masculinos sobre las mujeres, así como la idea tradicional de que la violencia contra las mujeres es un asunto privado de la familia, defendiendo la idea de que lo personal es político. Por lo tanto, las feministas exigen soluciones públicas, incluyendo el establecimiento de programas y servicios para las mujeres que son maltratadas, intervenciones con los hombres agresores y la participación del sistema de justicia para hacer a los hombres responsables de la violencia que han ejercido (McPhail, Busch, Kulkarni y Rice, 2007).

Otra dimensión que la teoría feminista se encarga de estudiar es el conflicto de los roles de género. Esta dimensión explora la influencia que tienen los comportamientos normativos asociados al género (Burton, Halpern-Felsher, Rankin, Rehm y Humphreys, 2011). El conflicto de los roles de género es el fenómeno que sucede cuando los roles de género rígidos, sexistas o restrictivos, aprendidos durante la socialización, tienen como resultado la restricción, devaluación o violación de uno mismo o de los demás (Good et al., 1995). Más concretamente, las necesidades o deseos de la persona pueden ser devaluados si la relación es vista como crítica para el funcionamiento de los roles de género (Burton et al., 2011).

El modelo feminista, además, también reconoce las fortalezas y resiliencia de las mujeres, y tiene como objetivo el empoderamiento y la auto-determinación femeninas (McPhail et al., 2007).

Según Burton et al. (2011), la teoría feminista esclarece la influencia de los factores de género y el equilibrio de poder en las relaciones de maltrato. Sin embargo, por sí sola no puede explicar los mecanismos mediante los cuales el género contribuye a la estructura y al funcionamiento de las relaciones violentas.

1.3.1.5. Marco Teórico Contextual de la violencia en la pareja (Bell y Naugle, 2008)

Esta alternativa teórica recoge el conocimiento previo acerca de la etiología de la violencia en la pareja y desarrolla un marco contextual basado en los principios del conductismo y el análisis funcional de la conducta. Principalmente se basa en la teoría del análisis del comportamiento (Myers, 1995), el aprendizaje social (Bandura, 1973; Mihalic y Elliott, 1997) y el modelo de factores antecedentes y situacionales (Riggs y O'Leary, 1996).

Bell y Naugle (2008) identificaron un número de unidades contextuales (antecedentes remotos, antecedentes próximos, repertorio conductual, reglas verbales, factores motivadores, estímulos discriminativos y consecuencias punitivas y/o reforzantes de la conducta agresiva), las cuales son hipotetizadas como responsables de la perpetración de agresiones hacia la pareja. Los antecedentes remotos incluyen entre otros el maltrato infantil, psicopatología y estilo de apego (Gil-González et al., 2008; Jasinski, 2001). Algunos ejemplos de antecedentes próximos serían estresores actuales y peticiones de la pareja (Riggs et al., 2000). El repertorio conductual hace referencia, entre otros, a las habilidades de afrontamiento, regulación emocional y habilidades de resolución de conflictos (Beck, 2003; Fountoulakis et al., 2008). Las reglas verbales son las creencias acerca de la violencia, la mujer y la relación (Beck, 2003; Dutton et al., 2005; Krug et al., 2002). El factor motivacional más importante es el uso de alcohol y drogas (Fals-Stewart, 2003; Felson et al. 2007). Algunos ejemplos de estímulos discriminativos son la presencia de los hijos/as y otras personas y la disponibilidad de armas (Campbell et al., 2003; Walton-Moss, Manganello, Frye y Campbell, 2005). En

último lugar, los reforzantes de la conducta agresiva son, entre otros, el elogio por parte de otras personas, conformidad de la pareja y la evitación de la discusión (Echeburúa y Corral, 1998; Timmerman y Emmelkamp, 2005). A pesar de que los autores del modelo especifican una gran cantidad de variables que pueden influir en la agresión en la pareja, reconocen que la lista no es exhaustiva y que pueden incluirse más variables.

Una de las ventajas de este marco contextual de la agresión en la pareja es que las variables son susceptibles al cambio, lo que posibilita poder escoger nuevas variables dentro de cada unidad contextual. Por lo tanto, este modelo tiene un carácter dinámico, pudiéndose hacer hincapié en diferentes conjuntos de variables en función de cada situación o caso concreto.

1.3.2. Modelos referidos a la dependencia emocional y a las repercusiones psicopatológicas del maltrato

Se abordan a continuación, las teorías referidas a la dependencia emocional de las víctimas y a las repercusiones psicopatológicas del maltrato, que tratan de dilucidar los mecanismos psicológicos que intervienen en el proceso de maltrato y que explican el mantenimiento y la permanencia de las mujeres en las relaciones de maltrato. Entre ellos se verán la teoría del ciclo de la violencia (Walker, 1979, 1989), la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975), la teoría de la unión traumática (Dutton y Painter, 1981), el modelo ambiental (Foa, Cascardi, Zoellner y Feeny., 2000) y finalmente, el modelo explicativo sobre el proceso de maltrato (Landenburger, 1989).

1.3.2.1. Teoría del Ciclo de la Violencia (Walker, 1979, 1989)

Esta teoría plantea que la violencia de género se da en un ciclo que comprende tres fases, si bien éstas varían en duración e intensidad en una misma pareja y en diferentes parejas (Fernández Santiago, 2007; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández Velasco, 2004; Walker, 1979, 1989):

La primera fase, denominada fase de acumulación de tensión, se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, incidentes “menores” de malos tratos (pequeños golpes, empujones) por parte del

agresor hacia la víctima. Ésta, en un intento por calmar a su pareja, tiende a comportarse de forma sumisa, ignora los insultos y descalificaciones y minimiza lo sucedido (Campbell, Rose, Kube y Nedd, 1999; Dutton, 1996; Riddell et al., 2009). La situación tiende a empeorar produciéndose una escalada en esos incidentes “menores” de maltrato (Stark, 2007; Walker, 2006).

La siguiente fase es la de explosión, agresión o incidente de maltrato agudo. Cuando la tensión de la fase anterior llega al límite, se produce la descarga de la misma a través de maltrato psicológico, físico o sexual grave (Ibañez, 2003). La agresión ha empezado en un intento de darle una lección a la víctima, sin la intención de causarle mayor daño, y ha finalizado cuando él siente que ella ha aprendido la lección. Es después de este período cuando es más probable que la mujer busque ayuda de diversos tipos. Esta fase suele ser la más breve de las tres. Cuando acaba, suele verse seguida de un estado inicial de choque, negación e incredulidad sobre lo sucedido (Walker, 2006).

Por último, en la fase de arrepentimiento, reconciliación o luna de miel no hay tensión ni agresión, el hombre se arrepiente y pide perdón a la víctima, prometiendo que no volverá a suceder (Borochowitz y Eisikovits, 2002; Walker, 2006). El maltratador realmente cree que nunca volverá a hacerle daño a la mujer que ama y que será capaz de controlarse. Al mismo tiempo, cree que ella ya ha aprendido su lección por lo que no volverá a comportarse de manera “inadecuada” y él no se verá obligado a golpearla. Es en este período cuando es más difícil para la mujer tomar la decisión de dejar al agresor y, sin embargo, es también en este momento cuando ella tiene más contacto con personas que pueden ayudarla, ya que tiene más libertad para salir de casa y mantener las relaciones sociales.

De forma progresiva, o en algunos casos de forma más abrupta, el ciclo comenzará nuevamente con un nuevo aumento de la tensión (Nogueiras, 2004). A medida que pasa el tiempo las fases empiezan a hacerse más cortas, llegando a momentos en los que se pasa de una breve fase de acumulación de la tensión a la fase de explosión y así sucesivamente, sin que medie entre ellas la fase de arrepentimiento que acaba por desaparecer (Nogueiras, 2004).

El hecho de que el maltrato se dé de manera repetida e imprevisible, suele producir respuestas de indefensión y sumisión en la mujer (Anderson y Saunders, 2003; Campbell et al., 1999 Ibañez, 2003), conductas que tienen, a su vez, el efecto de reforzar el comportamiento agresivo del hombre ayudando a crear un círculo vicioso o espiral de violencia, ya que es frecuente que la intensidad de las conductas violentas se incremente de forma progresiva (Haj-Yahia y Eldar-Avidan, 2001; Patzel, 2001). Esto es lo que Walker (1979, 1989) ha denominado escalada de la violencia.

Si bien, algunos autores plantean que la violencia contra la pareja no siempre sigue este patrón de ciclo y escalada (Dutton, 1993; Johnson, 1995; Villavicencio y Sebastián, 1999), ambos conceptos son útiles al caracterizar la violencia de género, permitiendo una mayor comprensión del fenómeno.

1.3.2.2. Teoría de la Indefensión Aprendida (Seligman, 1975)

A través de esta teoría, basada en las ideas de Seligman (1975), se ha intentado explicar por qué muchas mujeres no abandonan la relación violenta. Según Walker (1984) el maltrato continuo provoca en las mujeres la percepción cognitiva de que se es incapaz de manejar o resolver la situación por la que se atraviesa. Este sentimiento de indefensión lleva a un aumento de depresión y ansiedad y produce un efecto debilitador en las habilidades de resolución de problemas, creando problemas para abandonar la relación abusiva (Clements, Sabourin y Spiby, 2004; Waldrop y Resick, 2004). La percepción de falta de control es la que causa los déficits cognitivos, afectivos y motivacionales. Las mujeres maltratadas llegan a un punto en el que creen que los comportamientos abusivos escapan a su control, ya que tras haber puesto en práctica diferentes alternativas para cambiar su propia conducta o la del agresor, no se ha conseguido evitar seguir sufriendo malos tratos (Barnett, 2001; Walker, 1984).

Como consecuencia, la mujer pierde confianza en su capacidad para predecir y controlar la violencia y desarrolla el sentimiento de indefensión aprendida o lo que es lo mismo, de que nada de lo que haga dará resultado (Anderson y Saunders, 2003; Ibañez, 2003).

1.3.2.3. Teoría de la Unión Traumática (Dutton y Painter, 1981)

Dutton y Painter (1981), apelaron a las claves afectivas o emocionales que aparecen en el contexto del entorno traumático para explicar la ocurrencia de estos vínculos paradójicos entre víctima y agresor. Este tipo de unión provoca que las mujeres maltratadas manifiesten actitudes positivas hacia el maltratador e incluso le justifiquen (Borochowitz y Eisikovits, 2002; Ibañez, 2003).

Según Dutton y Painter (1981), son dos los factores que influyen para que este vínculo traumático tenga lugar: el desequilibrio de poder, por un lado, y la intermitencia en el tratamiento bueno-malo, por otro. El abuso crea una dinámica de dependencia en la pareja a causa del efecto asimétrico sobre el equilibrio de poder, produciéndose un vínculo traumático por la alternancia de refuerzos y castigos (Enander y Holmberg, 2008).

Además, las conductas de afecto, o de ausencia puntual de violencia, actúan como refuerzo de los valores positivos que existen en la relación, haciendo que la mujer tenga la esperanza de que cada nueva ocasión va a ser la definitiva (Borochowitz y Eisikovits, 2002; Enander y Holmberg, 2008; Walker, 2006).

Esta teoría explica también por qué una vez producida la separación, las mujeres vuelven a retomar la relación con el maltratador. Este hecho se debe a que en el periodo de separación se reduce el miedo inicial, manifestándose inmediatamente la dependencia emocional hacia su pareja (Martin et al., 2000; Simpson, Collins, Tran y Haydon, 2007; Welbourn y Zemek, 2007).

1.3.2.4. Modelo Ambiental (Foa et al., 2000)

Este modelo señala que las características del entorno de la víctima están relacionadas con la existencia de mayor vulnerabilidad (Barnett y LaViolette, 2000; Riddell et al., 2009; Resick, 2004; Walker, Logan, Jordan y Campbell, 2004) o, por el contrario, resiliencia (salud física, optimismo, flexibilidad, autoestima; Graham-Berman, DeVoe, Mattis, Lynch y Thomas, 2006; Schutte, Malouff y Doyle, 1988; Waldrop y Resick, 2004) frente al desarrollo de desórdenes psicológicos (TEPT,

depresión, ansiedad, abuso de sustancias) y, por consiguiente, con la decisión de permanecer o abandonar la relación violenta (Foa et al., 2000). Las características del entorno que influyen en esta decisión son la disponibilidad de recursos personales (como la educación, empleo, alojamiento, disponibilidad de ingresos económicos suficientes y alternativas de cuidado para sus hijos; Foa et al., 2000; Griffing, et al., 2002; Riddell et al., 2009; Resick, 2004; Schutte et al., 1988), recursos interpersonales (red de apoyo social y familiar percibida positivamente; Graham-Berman et al., 2006; Rhatigan, Street y Axsom, 2006; Waldrop y Resick, 2004) y el acceso a recursos comunitarios (sanitarios, servicios sociales, centros de atención social y psicológica, etc.; Hadeed y El-Bassel, 2006; Riddell et al., 2009).

También exponen como puede influir la relación entre agresor y víctima tras la ruptura, destacando que los contactos repetidos y frecuentes correlacionan negativamente con el cese de la violencia y de manera positiva con la intensificación de las secuelas en la víctima (Foa et al., 2000; Mele, 2009).

1.3.2.5. Modelo explicativo sobre el proceso de maltrato (Landenburger, 1989)

A partir de una investigación realizada con mujeres que habían sido maltratadas, Landenburger (1989) propone un modelo para entender el proceso del maltrato desde el comienzo de la relación hasta el abandono de la misma y la recuperación de la mujer. La autora identificó cuatro fases para describir este proceso: unión, permanencia, desvinculación y recuperación.

La primera fase, denominada unión, abarca el desarrollo inicial de la relación y el comienzo del abuso, sobre todo de tipo psicológico. Los aspectos positivos predominan sobre los aspectos negativos, ya que la mujer tiene el deseo y las expectativas de una relación de amor (Landenburger, 1989). De esta forma, las señales de alarma se pasan por alto. La mujer invierte esfuerzo en tener contenta a su pareja y siente que si logra hacerlo todo bien, los problemas desaparecerán, creyendo que ella provoca la violencia (Enander y Holmberg, 2008; Riddell, et al., 2009) y, que por lo tanto, está bajo su control. Ya en esta primera fase la mujer comienza a dudar de la normalidad de la situación y piensa en abandonar a su pareja, pero no hace planes concretos para llevar la separación a cabo (Landenburger, 1989).

En la fase de aguante o permanencia predomina la resignación, ya que la mujer siente que tiene que ajustarse al abuso (Riddell et al., 2009). En esta fase el maltrato aumenta, comenzando en muchas ocasiones el maltrato físico también (Haj-Yahia y Eldar-Avidan, 2001; Patzel, 2001). Durante esta fase la mujer continúa pensando que ella es la responsable (Enander y Holmberg, 2008; Riddell et al., 2009). Además, siente que ha invertido tanto en la relación que quiere creer a su pareja cuando le dice que no volverá a pasar (Enander y Holmberg, 2008). Esta idea concuerda con la teoría de la trampa psicológica propuesta por Strube (1988). Asimismo, durante esta fase la mujer se retrae cada vez más, desarrollando sentimientos de minusvalía y perdiendo la esperanza de que la situación mejore. Se siente atrapada en una relación que cree no poder dejar, con el miedo de quedarse y no sobrevivir (Riddell et al., 2009). Todo esto puede estimularla y ayudarla para pasar a otro nivel de conciencia de su situación. Según Landenburger (1989) es en la etapa de permanencia en la que ocurren con mayor frecuencia las experiencias que describe Walker (1979, 1989) como el ciclo de la violencia.

Durante la etapa de desvinculación, la mujer se empieza a identificar con otras mujeres en una situación similar y ya puede darle nombre a lo que le está pasando, tomando conciencia de que la violencia no es normal (Anderson y Saunders, 2003; Burke, Gielen, McDonnell, O'Campo y Maman, 2001; Kearney, 2001; Patzel, 2001). Intenta buscar ayuda y encontrar gente que la apoye (Goodman, Dutton, Vankos y Weinfur, 2005; Riddell et al., 2009). En esta fase sigue existiendo el conflicto entre ser fiel a su pareja, y abandonarlo si quiere sobrevivir (Landenburger, 1989). Aparecen también sentimientos de rabia hacia ella y su pareja (Ferraro y Johnson, 1983; Kirkwood, 1993; Landenburger, 1989), mezclándose con el miedo que está presente de forma permanente (Davis, 2002; Enander y Holmberg, 2008; Haj-Yahia y Eldar-Avidan, 2001; Patzel, 2001). Es esta rabia la que posibilita que la mujer se movilice y salga de la relación. Este es un proceso que puede requerir de varios intentos antes de conseguirlo exitosamente (Goodman, Dutton, Weinfurt y Cook, 2003). Este hecho ha sido constatado en varios estudios que han encontrado que la mujer puede retornar a la relación abusiva en varias ocasiones antes de cortarla definitivamente (Bell, Goodman y Dutton, 2007; Griffing et al. 2002; Hilbert y Hilbert, 1984; Martin et al., 2000; Mele, 2009; Strube, 1988).

En la fase de recuperación se produce la separación definitiva del maltratador. Sin embargo, esto no implica que la violencia cese. Más aún, diversos estudios han encontrado que la violencia es a menudo más alta y más grave entre las mujeres que se han separado de sus parejas en comparación con aquellas que continúan en la relación (Anderson, 2003; Belfrage y Rying, 2004; Bell et al., 2007; Campbell et al., 2003; Dobash, Dobash, Cavanagh y Medina-Ariza, 2007; Hotton, 2001; Johnson y Hotton, 2003; Rennison y Welchans, 2000; Stark, 2007). Esta fase comprende desde el periodo de ajuste inicial hasta que la mujer recupera el equilibrio de su vida. La mujer se centra en las necesidades de comida, refugio y seguridad y debe aprender a no contar con su pareja (Logan y Walker, 2004; Sabina y Tindale, 2008). Al mismo tiempo, debe pasar por un periodo de duelo y buscar un nuevo sentido a su vida (Landenburger, 1989). Trata de entender lo que su pareja le hizo y busca explicaciones sobre las razones que le hicieron quedarse en la relación todo ese tiempo (Enander y Holmberg, 2008). Cabe destacar que la separación entre estas fases no es siempre clara, ya que no responde a un proceso lineal (Anderson y Saunders, 2003).

La importancia de esta modelo radica en que la situación de las mujeres que han sufrido maltrato variara en función de la fase en la que se encuentren, esto es especialmente relevante de cara a las intervenciones.

1.3.3. Modelos sobre el proceso de toma de decisiones

En este apartado se presentan dos de las teorías que focalizan su atención en los principales factores que influyen en el proceso de toma de decisiones: la teoría de los costes y beneficios (Pfouts, 1978) y la teoría de la trampa psicológica (Strube, 1988). En este tipo de modelos las víctimas realizan múltiples análisis teniendo en cuenta diversos factores tales como los costes y beneficios de seguir o abandonar la relación, el grado de compromiso que tienen dentro de la relación de pareja y su capacidad percibida para salir con éxito de la relación de maltrato.

1.3.3.1. Teoría de los Costes y Beneficios (Pfouts, 1978)

Pfouts (1978) propone que la decisión de terminar la relación violenta después de haber ocurrido la agresión depende de si el beneficio total de ésta es mayor al costo

de permanecer en ella. Por tanto, la mujer maltratada toma una decisión en dos fases: en la primera analiza todos aquellos beneficios que le reporta (ej., estabilidad económica, familia unida, etc.) y en la segunda, se plantea las posibilidades reales de compensar los costes generales que implica sufrir una situación de violencia (Johnson, 1992).

Por lo tanto, se plantea que la mujer que se enfoca más en los aspectos externos a ella, como son las necesidades de la pareja o el hogar, no va a dejar la relación. En cambio, cuando dirige su atención hacia sus propias necesidades, es más probable que la deje (Bell y Naugle, 2005; Pfouts, 1978). Pfouts (1978) propone cuatro estrategias de afrontamiento que pueden resultar del análisis de costo/beneficio:

La primera respuesta es la de autocastigo y ocurre cuando hay una baja compensación en el matrimonio y una baja compensación en relaciones alternativas. Sería el caso de una mujer que en la relación violenta tiene poco apoyo económico y emocional y cree que tendría mucho menos apoyo económico y emocional si fuera soltera o tuviera otra relación (Walker et al., 2004).

Por otro lado, la respuesta agresiva refleja alta compensación en la pareja, pero baja compensación en las relaciones alternativas. La víctima puede responder con violencia hacia el esposo y los hijos. Por ejemplo, la mujer valora que la relación de maltrato le aporta seguridad y una vivienda, pero se siente insatisfecha al considerar que en otras relaciones no obtendría la misma satisfacción. De ahí su decisión de permanecer en la relación.

La respuesta de separarse refleja baja compensación en la relación de pareja, pero muy alta compensación de relaciones alternativas. La víctima puede ser menos tolerante al abuso y, por lo tanto, deja pronto la relación de maltrato.

En último lugar, la respuesta de intento de separación muestra altos niveles de compensación tanto en la relación de pareja, como en otras relaciones. En este caso la víctima puede gradualmente dejar la relación cuando valore que corre peligro en la misma.

1.3.3.2. Teoría de la Trampa Psicológica (Strube, 1988)

Esta teoría postula que la mujer maltratada tiene la esperanza de que el maltrato cese y cree que, invirtiendo más esfuerzos y tiempo, puede restablecer una relación de pareja armoniosa (Enander y Holmberg, 2008). Al inicio del maltrato la mujer invierte muchos esfuerzos para que cese esta pauta de conducta (Enander y Holmberg, 2008; Riddell, et al., 2009), pero más adelante, cuando los episodios aumentan en frecuencia e intensidad (Haj-Yahia y Eldar-Avidan, 2001; Patzel, 2001), la mujer puede plantearse abandonar la relación. Sin embargo, muchas mujeres creen que hay posibilidades de que la relación mejore y, por ello, pueden invertir aún más esfuerzos para lograr su objetivo. Asimismo, cuanto mayor sea la inversión realizada, menor es la probabilidad de que se produzca el abandono de la relación de pareja (Rhatigan y Axsom, 2006; Strube, 1988).

Es decir, el proceso de decisión llevado a cabo por las mujeres consiste en evaluar su compromiso mediante un comportamiento previo. Por lo tanto, para que una mujer esté atrapada, tiene que haber invertido en la relación de pareja.

1.4.- TIPOS DE MALTRATO

La violencia de pareja tradicionalmente ha sido clasificada en violencia física, sexual y psicológica, en función de la naturaleza de los actos ocurridos durante los episodios de violencia (Coker, Davis, et al., 2002; Flinck, Paavilainen y Astedt-Kurki, 2005; Saltzman, Green, Marks y Thacker, 2000). Sin embargo, recientemente han aparecido nuevas tipologías de maltrato como los comportamientos controladores (Krebs, Breiding, Browne y Warner, 2011; Krug et al., 2002) y el *cyberstalking* (Borrajo, Gámez-Guadix, Pereda y Calvete, 2015; D'Ovidio y Doyle, 2003; Fisher, Cullen y Turner, 2000).

Los diversos tipos de violencia que sufren las mujeres dentro de una relación de pareja no suelen darse de forma aislada (Krebs et al., 2011). Así, numerosos estudios ponen de manifiesto la existencia de concomitancia entre la violencia física y la sexual (Basile, 2008; Campbell y Soeken, 1999a; Pico-Alfonso et al., 2006). Por otro lado, diversos estudios demuestran que la violencia psicológica acompaña frecuentemente a

otras formas de violencia (Henning y Klesges, 2003; Krebs et al., 2011; Pico-Alfonso et al., 2006). A pesar de que el abuso psicológico puede ocurrir sin que se dé una historia de abuso físico (Stark, 2007), los datos indican que el abuso físico no ocurre sin que se dé el abuso psicológico (Shepard y Cambell, 1992). El mismo efecto se da entre la violencia psicológica y la sexual (Pico-Alfonso y cols., 2006). El hecho de que coexistan más de un tipo de violencia produce un efecto acumulativo incrementándose el impacto negativo sobre la salud de las mujeres (Campbell et al., 2002; Oosthuizen y Wissing, 2005; Wingood, DiClemente y Raj, 2000).

El maltrato físico suele definirse como el uso intencional de la fuerza con potencial para causar la muerte, una incapacidad, lesión o daño (Saltzman, Fanslow, McMahon y Shelley, 2002). Dentro de la violencia física es importante distinguir entre distintos tipos de acciones violentas que varían en su gravedad y en las lesiones que pueden producir, desde las bofetadas, empujones y patadas hasta las lesiones con arma blanca o de fuego y el asesinato por estrangulamiento o envenenamiento, así como las mismas amenazas graves de ejercer violencia física (Campbell, 1995). Siendo la forma más extrema de maltrato físico el asesinato u homicidio (Dobash, et al., 2007; Renzetti, Edleson y Bergen, 2011). Además, de las conductas agresivas activas mencionadas, la violencia física también incluye conductas pasivas, como por ejemplo, la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión, o no avisar de forma intencionada de situaciones de riesgo físico (Rincón, 2003).

Las definiciones de violencia sexual incluyen cualquier intimidad sexual forzada o no consentida, producida contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento e incluye amenazas, intimidación, coacción y/o indefensión (Basile, 2008). Es importante considerar que este tipo de violencia puede darse mediante el uso de la fuerza, violencia y amenazas, o sin el uso de las mismas (Basile, 2008). Según Ararteko (2003) el abuso sexual es al mismo tiempo una agresión física y psicológica que atenta contra la libertad sexual de las mujeres.

La agresión psicológica, por su parte, comprende actos tales como extorsiones o amenazas y tácticas coercitivas entre los que destacan la humillación, el control y el aislamiento de los amigos y familiares, así como el control económico (Jones, Davidson, Bogat, Levendosky y von Eye, 2005; Saltzman et al., 2002). La OMS

identifica este tipo de violencia bajo el nombre de violencia psicológica o abuso emocional (García-Moreno, 2005). Según O’Leary y Maiuro (2001), este tipo de violencia también incluye una serie de acciones del agresor que incluyen denigrar y dañar la autoestima y la imagen de la pareja, amenazas explícitas o implícitas de muerte o lesiones, restricción de los derechos de la víctima y evitación pasiva o activa del apoyo emocional o cuidados necesarios a la víctima. El abuso emocional es el tipo de violencia que las mujeres expresan sufrir con mayor frecuencia en las relaciones de maltrato (Mahoney, Williams y West, 2001; Oosthuizen y Wissing, 2005). Además, las secuelas que produce la violencia psicológica pueden ser igual o más dañinas que las producidas por la violencia física y sexual (Henning y Klesges, 2003).

Más recientemente, el comportamiento controlador se ha convertido en un foco independiente de estudio (p. ej. Davis, Frieze y Maiuro, 2002; Spitzberg y Cupach 2007). Tjaden y Thoennes (1998) han definido este tipo de maltrato como un acoso constante o comportamiento amenazador que abarca actos como seguir a una persona, aparecer en casa de la persona o su lugar de trabajo, acosar mediante llamadas telefónicas, dejar mensajes escritos u objetos y destrozar propiedades de la víctima.

De forma similar, con el uso de las nuevas tecnologías ha emergido el término *cyberstalking* dentro de la violencia contra las mujeres. Este tipo de violencia se ha definido como el uso de las nuevas tecnologías para amenazar o acosar de forma repetida mediante el correo electrónico u otras formas de comunicación empleando las nuevas tecnologías que tienen como consecuencia que la mujer tema por su seguridad (D’Ovidio y Doyle, 2003; Fisher et al., 2000). Esta tipología de maltrato incluye un amplio abanico de conductas como controlar el correo electrónico de la víctima, el uso de Internet para buscar y recopilar información personal de la víctima y emplearlo para llevar a cabo el acoso, suplantar la identidad de la víctima en Internet y enviar mensajes falsos en su nombre y realizar compras en Internet en el nombre de la víctima, entre otras (Finn y Banach, 2000; Kranz, 2001; Ogilvie, 2000; Spitzberg y Hoobler, 2002).

1.5.- CONCLUSIONES

Aunque inicialmente pueda parecer que en la actualidad está claro en qué consiste la violencia de género, cuál es la gravedad del fenómeno y cómo se clasifican los tipos de maltrato, lo cierto es que sigue existiendo confusión en torno a estos aspectos (Ibañez, 2003). No obstante, no cabe duda de que a la luz de los resultados expuestos en este capítulo, la violencia contra las mujeres es una experiencia generalizada en todo el mundo, con graves consecuencias para la salud pública (Jong-Wook, 2005). Esto es así, tanto en términos de prevalencias como de costes y de consecuencias, las cuales en algunos casos pueden llegar a acabar con la vida de la mujer.

Por este motivo, la erradicación de la violencia que sufren las mujeres necesita de la suma de esfuerzos de todos los poderes públicos y de la sociedad que rechaza de manera frontal toda forma de discriminación que no respete el libre desarrollo personal en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres (Sanmartín, Iborra, García y Martínez, 2010).

Tal y como queda patente a lo largo de este capítulo, son muchos los autores y autoras que han intentado explicar el origen y/o mantenimiento de la violencia en la pareja a través de diversos modelos teóricos (p.ej. Foa et al., 2000; Landenburger, 1989; Pfouts, 1978; Walker, 1979). A pesar de que todos los modelos propuestos tienen evidencia científica de su validez, no son por sí solos capaces de explicar todos los aspectos que abarca la violencia de género. Esto probablemente se deba a que la violencia de género es un fenómeno complejo, en cuyo origen y mantenimiento se ven implicados factores personales, sociales y culturales (American Psychological Association, APA, 2005). Por este motivo, es necesario combinar las distintas teorías propuestas, ya que éstas no son excluyentes entre sí, sino que se complementan para tratar de explicar este fenómeno multicausal.

Además, a los tipos de maltrato tradicionales se suman nuevas formas de maltrato hacia la mujer como son el comportamiento controlador y *cyberstalking*. Teniendo en cuenta toda la literatura científica descrita a lo largo del capítulo queda patente que la violencia contra las mujeres es un fenómeno complejo que debe

estudiarse teniendo en cuenta distintas perspectivas y todas las variables que entran en juego en este fenómeno.

CAPÍTULO II

TRAYECTORIAS DESPUÉS DEL MALTRATO: RETORNO A LA RELACIÓN, SECUELAS Y RECUPERACIÓN

2.1.- RETORNO A LA RELACIÓN ABUSIVA

Tal y como se ha explicado en el modelo de Landenburger (1989), la etapa de desvinculación es un proceso que puede requerir de varios intentos antes de conseguirlo exitosamente (Bell et al., 2007; Griffing et al., 2002; Hilbert y Hilbert, 1984; Martin et al., 2000; Mele, 2009; Ponc et al., 2011). Diversos estudios demuestran que aproximadamente un tercio de las mujeres regresan a la relación inmediatamente después de salir de las casas de acogida y que vuelven con la pareja maltratadora un promedio de tres-cuatro veces antes de terminar con la relación definitivamente (Griffing et al., 2002; Martin et al., 2000; Mele, 2009). En una muestra de mujeres procedentes de un centro de acogida, el 79% de ellas habían hecho un intento previo fallido de dejar la relación violenta y el 19% informaron de que habían intentado salir de la relación al menos en diez ocasiones (Sullivan, Tan, Basta, Rumptz. y Davidson, 1992). Más alarmantes son los datos de Hilbert y Hilbert (1984) y Strube (1988), quienes encontraron que la mitad de las mujeres que se habían visto envueltas en una relación de maltrato volvían a retomar la relación con el agresor. Por su parte, Foa et al., (2000) encontraron que de las participantes que habían vuelto a la relación, el 97,1% ya lo habían hecho previamente en varias ocasiones. En un estudio más reciente (Ben-Porat y Itzhaky, 2007), los resultados indican que de las 77 mujeres de la muestra que residían en una casa de acogida, 37 de ellas abandonaron el refugio tras una estancia de un mes para retornar a la relación abusiva.

Debido a los riesgos físicos y emocionales que conllevan este tipo de relaciones, es prioritario estudiar los factores que influyen en la decisión de las mujeres de retornar a la relación abusiva (Bell et al., 2007). Algunas de las variables que se han investigado incluyen el sesgo optimista (Martin et al., 2000), el remordimiento y la dependencia o apego emocional (Griffing et al., 2002).

El sesgo optimista consiste en subestimar el riesgo real que conlleva retornar a la relación abusiva (Martin et al., 2000). Las investigaciones demuestran que las mujeres que reflejan mayores niveles de seguridad, también muestran mayor nivel de lo que se ha denominado sesgo optimista (Griffing et al., 2002; Welbourn y Zemek, 2007). Es decir, aquellas mujeres que tenían mayor seguridad de que no iban a volver a la relación abusiva, tenían más riesgo de regresar a la misma. Esta tendencia a subestimar el propio

riesgo fue descrita por Weinstein (1980) en población general, ya que se demostró que las personas tienen un pobre reconocimiento de su propio riesgo. Esto tiene importantes implicaciones para comprender por qué las mujeres regresan a la relación violenta.

El factor de remordimiento también parece jugar un papel importante a la hora de explicar por qué las mujeres vuelven a la relación abusiva, debido a que la mujer puede considerar que el maltratador ya ha sido suficientemente castigado con su marcha y puede regresar debido a los sentimientos de culpabilidad (Griffing et al., 2002, 2005).

El apego emocional implica que existe una relación de afecto con el maltratador a través de fuertes vínculos personales (Follingstad, Bradley, Helff y Laughlin, 2002; Simpson et al., 2007). Griffing et al. (2002) encontraron que en comparación con las mujeres que consiguen salir definitivamente de la relación de maltrato en el primer intento, las mujeres con una historia de intentos previos de separación reportaron tener un mayor apego emocional hacia el maltratador. Además, el apego emocional se repite como motivo para volver a la relación abusiva, puesto que las mujeres que dijeron haber vuelto a la relación debido al apego tenían más probabilidades de haber regresado a la relación en el pasado por este mismo motivo.

Otro factor que ha sido ampliamente estudiado en relación al retorno a la relación abusiva es el factor económico. Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto que tener una fuente de ingresos independientes limitada es un factor de riesgo asociado al regreso a la relación de maltrato (Baker, Cook y Norris, 2003; Barnett y LaViolette, 2000; Foa et al., 2000; Griffing et al., 2002; Ponc et al., 2011; Resick, 2004). Asimismo, las dificultades que encuentran las mujeres en encontrar un hogar es otro factor de riesgo para volver a la relación violenta (Champion et al., 2009; Davies, Lyon y Monti-Catania, 1998; Shinn et al., 1998). Diversos estudios han encontrado que el 31% de las mujeres volvieron a la relación debido a la falta de un hogar (McNaughton y Sanders, 2007; Melbin, Sullivan y Cain, 2003).

Los factores asociados a la relación, tales como la duración e intensidad de la misma, también están asociados a un mayor riesgo de regresar a la relación violenta (Barnett y LaViolette, 2000; Hilbert y Hilbert, 1984; Ponc et al., 2011, Rusbult y Martz, 1995; Strube y Barbour, 1984). Así, Hilbert y Hilbert (1984) encontraron que las

mujeres que habían sufrido un abuso más severo, habían tenido una relación más larga con el maltratador, eran más jóvenes, experimentaban el abuso con menor frecuencia, estaban desempleadas y habían tenido estancias cortas en centros de acogida tenían mayores probabilidades de regresar a la relación violenta.

El estudio de Griffing et al. (2005) sugiere que las mujeres que han sido anteriormente víctimas de malos tratos tardan más tiempo en separarse de la relación abusiva debido a aspectos de vulnerabilidad y baja autoestima. Estas mujeres tienen un riesgo mayor de recurrencia en comparación con aquellas que no han sido objeto de abusos cuando eran niñas. Schutte et al. (1988), por el contrario, encontraron que las mujeres que habían sido víctimas de abuso físico o sexual en la infancia tenían menos probabilidades de regresar a la relación violenta. La explicación que dan estos autores es que estas mujeres estaban más preparadas para escapar de nuevos abusos, es decir, habrían aprendido previamente cómo escapar de una relación abusiva.

Anderson (2003) afirma que existen al menos dos motivos por los que las mujeres vuelven a la relación de maltrato. El primero de ellos hace referencia a que una mujer puede abandonar al maltratador por un periodo corto de tiempo, pero con la intención de regresar, con el fin de enviarle a éste el mensaje de que no va a tolerar su comportamiento violento (Henderson, Bartholomew y Dutton, 1997; Peled, Eisikovits, Enosh y Winstok, 2000). La segunda razón que propone esta autora es que puede que la mujer trate de salir de la relación de forma permanente, pero que se vea obligada a volver a causa de que las oportunidades fuera de la relación sean menores de lo que ella esperaba (Champion et al., 2009; Walker et al., 2004).

Tal y como indica Burman (2003), para fortalecer a las mujeres y prevenir el retorno a la relación abusiva, es esencial aumentar la confianza en sí mismas, sus habilidades, la evaluación que hacen de sí mismas y darles la oportunidad de aprender nuevas habilidades.

Independientemente de los motivos que conducen a las mujeres a retornar a la relación abusiva, parece claro que salir de este tipo de relaciones implica un número de separaciones preliminares antes de que la relación se corte definitivamente (Bell et al., 2007; Foa et al., 2000; Griffing et al., 2002; Mele, 2009; Rhatigan et al., 2006; Sullivan

et al., 1992). Posiblemente, el ciclo de salir para regresar permita a las mujeres recuperar su autoeficacia para permanecer fuera de la relación y disminuya progresivamente los lazos con el agresor. En cualquier caso, la ambivalencia de las mujeres, así como la indecisión y las recaídas, pueden considerarse una parte esperada del proceso de ruptura de la relación de maltrato (Martin et al., 2000).

2.2.- SECUELAS FÍSICAS

La relación entre la violencia en el marco de una relación íntima y las secuelas en la salud física es compleja. Esto se debe principalmente a que las consecuencias pueden ser inmediatas y directas (por ejemplo, hematomas o la muerte), a largo plazo y directas (como la discapacidad) y/o indirectas o psicosomáticas (tales como los trastornos gastrointestinales) (Campbell et al., 2002).

La mayoría de los estudios que se han llevado a cabo se han centrado en estudiar el impacto de la violencia de género en la salud mental, siendo menos investigadas las repercusiones sobre la salud física (Campbell, 2002; Dutton et al., 2006; Martínez, García-Linares y Pico-Alfonso, 2004). Además, la mayoría de los estudios son transversales, y sólo recientemente se están abordando las secuelas físicas del maltrato a largo plazo (Gerber, Wittenberg, Ganz, Williams y McCloskey, 2008).

A corto plazo, las secuelas más visibles son las lesiones físicas producidas durante los episodios de violencia física (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y García-Moreno, 2008; Griffin, Resick y Yehuda, 2005; Vung, Ostergren y Krantz, 2009), pudiendo incluso terminar trágicamente con la vida de la mujer (Martínez et al., 2004). Bhandari, Dosanjh, Tometta y Matthews (2006) encontraron que las mujeres maltratadas tenían más probabilidades de haber sido heridas en la cabeza, cara, cuello, tórax, pecho y el abdomen que aquellas mujeres que habían sido heridas de otras formas.

A largo plazo, debido a la situación de estrés crónico que supone vivir en una relación violenta, aparecen diversos problemas de salud física como resultado de una respuesta fisiológica activada y mantenida en el tiempo, lo que conlleva un claro

deterioro en la salud de las mujeres (Bonomi et al., 2006; Campbell, 2002; Campbell et al., 2002; Dutton et al., 2006; Martínez et al., 2004; Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004). Los mecanismos exactos por los que tienen lugar estas secuelas se desconocen, pero podrían incluir las lesiones recurrentes o el estrés, las alteraciones neurofisiológicas, o ambas. Por ejemplo, se conoce que las mujeres que sufren violencia en la pareja son frecuentemente estranguladas y golpeadas en la cabeza (McCauley y Kern, 1995; Sharps, Campbell, Campbell, Gary y Webster, 2001), lo que puede dar lugar a graves problemas médicos, incluyendo secuelas neurológicas.

Son muchos los estudios que han revelado que las mujeres víctimas de violencia en la pareja informan de una mayor incidencia de síntomas en el sistema digestivo (Campbell et al., 2002; Coker, Smith, Bethea, King y McKeown, 2000; Dienemann et al., 2000; Ellsberg et al., 2008; Kovac, Klapow, Kroenke, Spitzer y Williams, 2003; Kramer, Lorenzon y Mueller, 2004; Lown y Vega, 2001; Petersen, Gazmararian y Clark, 2001; Woods, Hall, Campbell y Angott, 2008), muscular (Campbell et al., 2002; García-Linares et al., 2005), endocrino (García-Linares et al., 2005) y respiratorio y circulatorio (García-Linares, 2005; Kovac et al., 2003; Lown y Vega, 2001; Woods et al., 2008) que las mujeres que nunca han sufrido violencia por parte de una pareja.

Los síntomas específicos del sistema nervioso más frecuentemente relacionados con la violencia de género son los siguientes: dolor de cabeza (Campbell et al., 2002; Coker et al., 2000; Dienemann et al., 2000; Garcia-Linares et al., 2005; Kovac et al., 2003; Kramer et al., 2004; Petersen et al., 2001), pesadillas (Dienemann et al., 2000; Garcia-Linares et al., 2005) y vértigos (Ellsberg et al., 2008; Garcia-Linares et al., 2005; Kovac et al., 2003).

En otros estudios se ha encontrado una asociación con otros síntomas tales como amnesia, parálisis (Lown y Vega, 2001), dificultad al caminar, pérdida de memoria (Ellsberg et al., 2008), visión borrosa, zumbido en los oídos, temblor de manos y entumecimiento (Garcia-Linares et al., 2005; Petersen et al., 2001).

La salud sexual y reproductiva merece un apartado diferenciado, puesto que ha sido el proceso físico más ampliamente abordado en el estudio de la salud de la mujer maltratada (Armstrong, 2001; Bauer et al., 2002; Campbell et al., 2002; Coker et al.,

2000; Helweg-Larsen y Kruse, 2003; Jewkes, Penn-Kekana, Levin, Ratsaka y Schrieber, 1999; Widding, Grimstad, Moller, Schei y Janson, 1999; Wingood et al., 2000). Los estudios indican que el maltrato se asocia a conductas sexuales de alto riesgo para el contagio de enfermedades de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana (Campbell et al., 2002; Coker et al., 2000; Dude, 2007; Silverman, Decker, Kapur, Gupta y Raj, 2007). Además, el maltrato en la relación de pareja interfiere en muchos casos con la negociación sobre la anticoncepción. Este hecho queda demostrado debido a la asociación existente entre la violencia de género y los embarazos no deseados y/o abortos voluntarios (Cripe et al., 2008; Hathaway et al., 2000; Helweg-Larsen y Kruse, 2003; Pallitto y O'Campo, 2004).

Los síntomas o enfermedades más frecuentes incluyen, como ya se ha indicado, las enfermedades de transmisión sexual, sangrado vaginal o infección, fibromas, disminución del deseo sexual, irritación genital, dolor en el coito, dolor pélvico crónico e infecciones del tracto urinario (Campbell et al., 2002; Coker et al., 2000; Dude, 2007; Go et al., 2003; Silverman et al., 2007; Stephenson, Koenig y Ahmed, 2006; Wingood et al., 2000).

Por último, y como consecuencia de los problemas mencionados, las mujeres que han sufrido violencia a manos de su pareja hacen un mayor uso de los servicios sanitarios (Campbell, 2002; Campbell y Soeken, 1999a; Krug et al., 2002; Leserman et al., 1996; Plichta, 2004; Tollestrup et al., 1999). Asimismo, consumen más medicamentos (Lo Fo Wong, Wester, Mol, Römken y Lagro-Janssen, 2007; García-Linares, Sánchez-Lorente, Coe y Martínez, 2004; Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño y Del Rio-Lozano, 2007) y pasan más días en cama en comparación con las mujeres que no han sufrido este tipo de violencia (Campbell y Soeken, 1999a; Krug et al., 2002; Leserman et al., 1996; Raya-Ortega et al., 2004; Ruiz-Pérez et al., 2007).

2.3.- SECUELAS PSICOLÓGICAS

Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos 25 años ponen de manifiesto que la violencia de género es una experiencia capaz de producir toda una constelación de sintomatología psicológica (Calvete et al., 2007; Dutton et al., 2006; Ellsberg et al.,

2008; Hien y Ruglass, 2009; Golding, 1999; Graham-Bermann et al., 2011; Kaysen et al., 2007; Macy et al., 2013; Taft, Bryant-Davis, Woodward, Tillman, y Torres, 2009). Si bien cualquier victimización puede producir efectos psicológicos, en el caso de las mujeres maltratadas por su pareja el impacto de ésta se incrementa debido a las siguientes características: la violencia a menudo consiste en una combinación de actos abusivos de tipo físico, psicológico y/o sexual (Basile, 2008; Krebs et al., 2011; García-Linares et al., 2005; Pico-Alfonso et al., 2006), suele tener un carácter progresivo y crónico, se produce de forma repetitiva e intermitente (Haj-Yahia y Eldar-Avidan, 2001; Kelly y Johnson, 2008; Patzel, 2001) y ocurre dentro del propio hogar y por aquella persona con la cual se convive diariamente (Borochowitz y Eisikovits, 2002; Follingstad, Neckerman y Vormbrock, 1988; Herman, 1997).

Los principales trastornos psicológicos que padecen las mujeres que han sufrido violencia en la pareja son TEPT y depresión (Bogat, Levendosky, Theran, von Eye y Davidson, 2003; Calvete et al., 2007; Coker, Davis, et al., 2002; Houry, Kemball, Rhodes y Kaslow, 2006; Jones, Hughes y Unterstaller, 2001; Kessler, Molnar, Feurer y Appelbaum, 2001; Kramer, et al., 2004; Krug et al., 2002). Sin embargo, se ha demostrado que las mujeres que sufren este tipo de maltrato desarrollan también otros problemas psicopatológicos, que pueden aparecer de forma independiente o de forma comórbida con el TEPT y la depresión (Pico-Alfonso et al., 2006; Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002). Algunos de estos problemas psicopatológicos son otros trastornos de ansiedad distintos del TEPT (Ferraro, 2006; Gleason, 1993; Johnson y Zlotnick, 2007; Oosthuizen y Wissing, 2005; Stein y Kennedy, 2001; Zlotnick et al., 2006), baja autoestima (Bogat et al., 2003; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997b; Lynch y Graham-Bermann, 2000), abuso o dependencia de sustancias (Breiding, Black y Ryan, 2008; Clark y Foy, 2000; Coker, Davis, et al., 2002; Golding, 1999; Wingood et al., 2000; Kaysen et al., 2007), cogniciones postraumáticas (DeMaris y Kaukinen, 2005; Dutton, 1993; Dutton, Burghardt, Perrin, Chrestman y Halle, 1994; Ferrer, Bosch, Ramis, Torres y Navarro, 2006; Resick, Nishith, Weaver, Astin y Feuer, 2002), inadaptación (Brokaw et al., 2002; Coker, Davis, et al., 2002; Echeburúa et al., 1997b; Vázquez, 1999) y suicidio o ideación suicida (Blauuw, Arensman, Kraaij, Winkel y Bout, 2002; Ellsberg et al., 2008; Golding, 1999; Wingood et al., 2000).

A continuación, se revisarán los principales trastornos y problemas psicopatológicos que padecen las mujeres que han sufrido violencia en una relación íntima.

2.3.1. Depresión

Muchos estudios demuestran que la depresión es uno de los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con la violencia de género (Bargai, Ben-Shakhar y Shalev, 2007; Buesa y Calvete, 2013; Coker, Davis, et al., 2002; Golding, 1999; Johnson y Zlotnick, 2007; Hegarty, Gunn, Chondros y Small, 2004; Kramer, et al., 2004; Mechanic, Weaver y Resick, 2008; Nixon, Resick y Nishith, 2004; Stein y Kennedy, 2001; Zlotnick et al., 2006).

Golding (1999) llevó a cabo un metaanálisis en el que revisó 18 estudios que relacionaban depresión y violencia en la pareja (únicamente maltrato físico), encontrando una prevalencia de depresión que oscilaba entre el 15% y el 83%, con una media ponderada de 47,6%. La variabilidad en las tasas de prevalencia encontradas pudo ser explicada por la distinta procedencia y características de las muestras evaluadas, así como por los diferentes instrumentos de medida empleados. En cuanto al papel del maltrato emocional en el desarrollo de la depresión, en el estudio de Pico-Alfonso et al. (2006) los datos muestran que el 36,4% de las mujeres que habían sufrido violencia psicológica tenían síntomas depresivos.

Campbell y Soeken (1999b), por su parte, encontraron que el 83% de las víctimas de violencia doméstica que acababan de salir de un centro de acogida referían depresión. Distintos estudios han encontrado que entre un 39% y un 54% de mujeres víctimas de maltrato procedentes de centros de acogida o que solicitaron ayuda en centros de asistencia presentan puntuaciones que pueden considerarse dentro de las categorías de depresión moderada o severa según los rangos del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Campbell, Kub y Rose, 1996; Campbell y Soeken, 1999b; Cascardi y O'Leary, 1992; Nixon, et al., 2004). En un estudio más reciente, la mitad de las mujeres de la muestra sufrían depresión moderada, mientras que el 26,2% tenían depresión severa (Lambert, Benight, Wong y Johnson, 2012).

La gravedad de los síntomas de depresión en muestras de mujeres maltratadas ha sido asociada a una mayor frecuencia, severidad, duración y combinación de tipos de maltrato, con el tiempo transcurrido desde el cese de la violencia, así como con un menor apoyo social recibido por la mujer (Basile, Arias, Desai y Thompson, 2004; Campbell et al., 1996; Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Dienemann et al., 2000; Holmes et al., 2007; Kessler et al., 2001). Sin embargo, Kemp, Rawlings y Green (2006), afirman que la frecuencia y la severidad de la violencia sufrida, y no la duración del maltrato *per se*, son las dos variables referidas a la situación que en mayor grado influyen sobre el nivel de sintomatología.

La depresión en mujeres maltratadas ha sido también asociada con otros estresores que frecuentemente acompañan a la violencia de género, como abusos en la infancia, estresores de la vida diaria, cambios de residencia y la separación o divorcio del agresor, entre otros (Campbell y Soeken, 1999b; Campbell, Greeson, Bybee y Raja, 2008; Carbone-Lopez, Kruttschnitt y Macmillan, 2006; Cavanaugh et al., 2012; Dutton et al., 2005).

2.3.2. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Este trastorno es uno de los problemas mentales más frecuentemente asociados a la violencia de pareja (Bargai et al., 2007; Buesa y Calvete, 2013; Dutton et al., 2006; Levendosky y Graham-Bermann, 2001; Pico-Alfonso et al., 2006; Rodriguez et al., 2008; Pico-Alfonso, 2005; García-Linares et al., 2004; Pico-Alfonso, García-Linares, Celda-Navarro, Herbert y Martínez, 2004; Houry et al., 2006). Según Golding (1999) y Villavicencio y Sebastián (1999), el TEPT es la categoría diagnóstica más apropiada para describir las consecuencias psicológicas en las víctimas de violencia machista incluso cuando síntomas de otros trastornos pueden estar presentes. Debido al solapamiento existente entre TEPT y depresión, la depresión detectada en algunos estudios puede representar síntomas de TEPT (Golding, 1999).

La importancia del TEPT en las mujeres víctimas de maltrato radica en la elevada prevalencia de este trastorno. En el metaanálisis realizado por Golding (1999) se encontró que las tasas de prevalencia de este trastorno oscilaban entre el 31% y el 84%, con una media ponderada de 63%. Según el estudio de Levendosky y Graham-

Bermann (2001), este trastorno fue desarrollado por un 45% a 84% de las mujeres. En el estudio llevado a cabo por Johnson y Zlotnick (2007) el 69% de las mujeres cumplían los criterios para ser diagnosticadas de TEPT. Calvete et al. (2007) encontraron que el 67.54% de la muestra estudiada cumplía los criterios para ser diagnosticadas de este trastorno.

En cuanto a las características específicas que presentan las mujeres que han sufrido violencia en la pareja destacan, por un lado, la mayor frecuencia de síntomas de reexperimentación y los de aumento de activación y por otro lado, la menor frecuencia de síntomas de evitación (Echeburúa et al., 1998). Por su parte, Hickling y Blanchard (1997) proponen el Subsíndrome de Estrés Postraumático (SEPT), que se caracteriza por la presencia de uno de los síntomas de reexperimentación y cumplir al menos tres de los síntomas de evitación o al menos dos síntomas de incremento de la activación, pero nunca ambos. Se ha encontrado que en víctimas de sucesos traumáticos el SEPT puede convertirse en un TEPT en el breve período de un mes y esta posibilidad aumenta significativamente si el período que transcurre es mayor (Blanchard et al., 1996).

Otros autores añaden que en las mujeres maltratadas es frecuente encontrar un síndrome traumático complejo, muy similar al TEPT, pero con síntomas adicionales como depresión, ansiedad, distorsiones cognitivas (en concreto, idealización del maltratador) y síntomas de disociación (Levendosky y Graham-Bermann, 2001).

Respecto a los factores que predicen el desarrollo del TEPT, en su estudio Kemp et al. (2006) encontraron que la tensión subjetiva en el momento de experimentar el maltrato y la frecuencia y severidad de la violencia predecían los síntomas de TEPT, siendo la correlación más fuerte entre la tensión subjetiva en el momento de experimentar el maltrato y la presencia de TEPT. En otros estudios las variables que se relacionaban con el desarrollo del TEPT fueron la severidad de la violencia vivida, la proximidad temporal del maltrato, los eventos vitales negativos y los estresores familiares (Bargai et al., 2007; Bennice, Resick, Mechanic y Astin, 2003; Kessler et al., 2001; Taft, Vogt, Mechanic y Resick, 2007; Ullman y Brecklin, 2002). Un metaanálisis que abordó estudios con distintos tipos de víctimas que desarrollan TEPT, encontró que los tres principales factores de vulnerabilidad para la aparición del trastorno son un

escaso apoyo social después del trauma, un nivel de estrés habitual y la severidad del trauma (Brewin, Andrews y Valentine, 2000).

Los resultados de un estudio llevado a cabo en España ponen de manifiesto que el tiempo de permanencia en la casa de acogida correlacionaba de manera negativa con el desarrollo de este trastorno y que la exposición al maltrato durante la infancia o la adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación correlacionan de manera positiva (Villavicencio y Sebastián, 1999).

Asimismo, al igual que sucede en el desarrollo de otros trastornos, el apoyo social disponible y la existencia de eventos vitales positivos, se relacionan de manera negativa con el desarrollo de este trastorno (Astin et al., 1993; Basu, Malone, Levendosky y Dubay, 2009; Buesa y Calvete, 2013; Coker, Smith et al., 2002).

2.3.3. Síndrome de la mujer maltratada

Este síndrome fue propuesto por Walker (1989) para describir las secuelas psicológicas de la violencia de género. Su origen se encuentra en la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975). Así, de acuerdo a este síndrome la percepción que tienen las mujeres de recibir estímulos aversivos variables y aleatorios por parte del agresor, puede causar el desarrollo de TEPT (Walker, 1984).

Walker (2006) plantea que este constructo ha sido conceptualizado como una subcategoría del TEPT y que está compuesto por los siguientes síntomas: (1) re-experimentación del maltrato como si estuviese ocurriendo aunque no sea así, (2) intentos por evitar el impacto psicológico del maltrato evitando actividades, personas y emociones, (3) hipervigilancia, (4) interrupción de las relaciones personales, (5) distorsión de la imagen corporal u otras quejas somáticas y (6) dificultades con la sexualidad e intimidad. Sin embargo, Walker (2006) aclara que no todas las mujeres desarrollan este síndrome.

Este constructo ha generado muy diversas opiniones entre feministas e investigadores. Diversos autores rechazan las ideas de Walker y afirman que el maltrato no genera indefensión aprendida en las mujeres, sino que la violencia requiere de una

amplia gama de estrategias de afrontamiento que convierten a las mujeres maltratadas en supervivientes (Kocot y Goodman, 2003; Lindhorst, Macy y Nurius, 2005; Zanville y Cattaneo, 2012). Además, las mujeres buscan ayuda activamente a través de diversas fuentes. Por lo tanto, no es la indefensión aprendida lo que provoca que la violencia continúe, si no la falta de recursos (Foa et al., 2000; Ponice et al., 2011).

2.3.4. Otras consecuencias en la salud mental

2.3.4.1. Abuso o dependencia de sustancias

El consumo y abuso de determinadas sustancias, como alcohol, drogas y psicofármacos ha sido tradicionalmente poco estudiado en las mujeres que han sufrido violencia en la pareja. Sin embargo en los últimos años se le ha prestado mayor atención a este fenómeno (Breiding et al., 2008; Coker, Smith, et al., 2002; Golding, 1999; Hellmuth, Gordon, Moore y Stuart, 2014; Kaysen et al., 2007; Wingood et al., 2000).

Diversos estudios estiman que la prevalencia de abuso de sustancias en este colectivo de mujeres es elevada. Volviendo nuevamente al metaanálisis llevado a cabo por Golding (1999), en relación al alcohol la autora encuentra que la prevalencia de abuso o dependencia de esta sustancia oscila entre 6,6% y 44%, con una media ponderada de 18,5%. En cuanto al abuso o dependencia de otras drogas las tasas de prevalencia oscilan entre el 7% y el 25%, siendo la media ponderada de 8,9%. Lemon, Verhoek-Oftedahl y Donnelly (2002) hallaron que entre las mujeres que no habían sufrido violencia en la pareja el 1,7% eran consumidoras problemáticas de alcohol en comparación con el 8,4% de aquellas que habían sufrido violencia física o sexual y el 5,7% de aquellas que habían sufrido violencia psicológica en el marco de una relación de pareja. Los resultados de Coker, Smith, et al. (2002), por otra parte, indican que las mujeres que habían sufrido maltrato de carácter físico y sexual referían consumir más alcohol, drogas y tabaco que las no maltratadas. Estas asociaciones, sin embargo, no se hallaron en el caso de la violencia psicológica. Una posible explicación para esta diferencia podría ser que el sesgo cultural y social que poseen algunas mujeres, que podría llevarlas a normalizar el maltrato psicológico (Diez et al., 2009) y a no vivirlo de forma tan traumática como el físico y/o sexual.

En un estudio llevado a cabo con 369 mujeres maltratadas por sus parejas los resultados indican que las mujeres empleaban el consumo de alcohol como una estrategia de afrontamiento (Kaysen et al., 2007). Estos resultados son consistentes con otras investigaciones que han encontrado que la relación entre el TEPT y el uso de alcohol está motivada por mecanismos de afrontamiento que reducen el afecto negativo, las dificultades para dormir, la tensión y los síntomas de hiperactivación (Cannon et al., 1992; Nishith, Resick y Mueser, 2001; Simpson, 2003; Stewart, Conrod, Samoluk, Pihl y Dongier, 2000).

2.3.4.2. *Baja autoestima*

Tal y como ponen de manifiesto numerosos estudios, la disminución en la autoestima es otra de las secuelas de la violencia en la pareja (Amor et al., 2002; Barnett, 2001; Cascardi y O Leary, 1992; Clements et al., 2004; Echeburúa et al., 1997b; Johnson y Zlotnick, 2007). Petersen, Gazmararian y Clark (2001) afirman que las mujeres que han sufrido violencia en la pareja tienen una probabilidad tres veces mayor de referir una baja autoestima que las que aquellas mujeres que no han padecido maltrato.

Una posible explicación de por qué las mujeres maltratadas sufren una disminución importante en su autoestima es que las mujeres experimentan una pérdida del *self* debido a que su foco de atención está puesto en gratificar las demandas del maltratador con el fin de prevenir la violencia. De este modo descuidan sus propias necesidades (Campbell et al., 1999; Dutton, 1996; Graham y Rawlings, 1991; Mills, 1985; Riddell et al., 2009). Otra de las explicaciones plausibles es que la baja autoestima en las mujeres maltratadas se relaciona con la tendencia a culparse por lo sucedido, de forma que pierden la capacidad de confiar en sí mismas (Dutton et al., 1994; Kubany, Hill y Owens, 2003).

Además, algunos autores afirman que las constantes críticas y descalificaciones a las que son sometidas por parte del maltratador y el aislamiento social que sufren en numerosas ocasiones y que las priva de otras fuentes de refuerzo social también explican la disminución o pérdida de la autoestima (Dutton y Painter, 1981, 1993; Lynch y Graham-Bermann, 2000).

Por último, según el estudio realizado por Villavicencio y Sebastián (1999) con mujeres procedentes de centros de acogida, las variables que predicen la autoestima son el tiempo de permanencia en el centro y la percepción de apoyo actual. En otro estudio, el alto control percibido sobre el abuso actual, un mayor uso de drogas, la desconexión conductual, la negación y la culpa como mecanismos de afrontamiento se asociaron con niveles menores de autoestima (Clements et al., 2004).

2.3.4.3. Cogniciones postraumáticas

En los últimos años se le está dando una mayor importancia al papel que juegan las variables cognitivas en la comprensión de las personas que son víctimas de vivencias traumáticas (Ehlers y Clark, 2000; Ferrer et al., 2006). Desde este enfoque se postula que los esquemas cognitivos son modificados por experiencias traumáticas (Herman 1992, 1997; Janoff-Bulman, 2002; Janoff-Bulman, 2004; McCann y Pearlman, 1990).

Las principales creencias y percepciones que son modificadas a causa de una experiencia traumática son las siguientes: percepción de seguridad o vulnerabilidad, expectativas de repetición del trauma en el futuro o aumento en la severidad del mismo, autopunición por lo sucedido, percepción de incontrolabilidad con relación al suceso traumático, percepción de falta de alternativas disponibles para salir de la situación aversiva, incremento en la tolerancia a la violencia, cambio en las creencias acerca de los demás y percepción de falta de significado y la creencia de que el mundo es un lugar justo, significativo y comprensible (DeMaris y Kaukinen, 2005; Dutton, 1993; Janoff-Bulman y Frieze, 1983; Labrador y Alonso, 2005/2006; Resick et al., 2002).

2.3.4.4. Inadaptación general

Diversos estudios ponen de manifiesto que las mujeres que han sido maltratadas tienen niveles altos de inadaptación a la vida cotidiana (Brokaw et al., 2002; Coker, Smith, et al., 2002; Echeburúa et al., 1997b, 2002). Los resultados del estudio llevado a cabo por Echeburúa et al. (2002) indican que el 71% de las mujeres tenía un ajuste deficiente a la vida cotidiana. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas entre aquellas mujeres que habían sufrido maltrato psicológico y las que además habían padecido maltrato físico (Echeburúa et al., 1997b). Los autores explican este nivel

elevado de inadaptación como consecuencia de los síntomas clínicos que las mujeres desarrollan como consecuencia del maltrato.

Vázquez (1999) plantea que la relación de maltrato produce inadaptación en las áreas familiar, de pareja, laboral, social y emocional de la vida de la mujer. Por un lado, se produce el aislamiento social (Dunham y Senn, 2000; Oosthuizen y Wissing, 2005) propiciado por el agresor y aceptado en ocasiones por la mujer, ya que se avergüenza de sus lesiones (Dunham y Senn, 2000), lo que conlleva a la inadaptación social. Por otro lado, los trastornos psicológicos que aparecen como consecuencia del maltrato llevan a la inadaptación emocional. Se da también la alteración en las relaciones familiares, tanto con los hijos como con la familia extensa (Johnson y Zlotnick, 2009; Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny, 2003). Por último, el bajo rendimiento laboral, ausentismo laboral, aislamiento de los compañeros de trabajo o pérdida del trabajo (Adams, Tolman, Bybee, Sullivan y Kennedy, 2012; National Center for Injury Prevention & Control, 2003) conducen a la inadaptación laboral.

2.3.4.5. Suicidio o ideación suicida

Los estudios revelan que las tasas de prevalencia de suicidio o ideación suicida son elevadas entre las mujeres que han sufrido violencia de género (Ellsberg et al., 2008; Golding, 1999; Olson et al., 2003; Reviere et al., 2007; Sato-DiLorenzo y Sharps, 2007; Wingood et al., 2000).

En el metaanálisis llevado a cabo por Golding (1999) las tasas de prevalencia oscilan entre un 4,6% y un 77%, con una media ponderada de 17,9%. Según Stark y Flicraft (1995) la violencia en la pareja es la causa del 25% de los intentos de suicidio en mujeres. Waver et al. (2007) encontraron que más de un tercio de la muestra de mujeres de su estudio reconoció haber tenido ideación suicida en algún momento durante la última semana.

Entre los factores de riesgo Reviere et al. (2007) encontraron que las mujeres que habían tenido intentos de suicidio empleaban estrategias de acomodación al abuso, mientras que las mujeres que no habían tenido ningún intento de suicidio usaban estrategias de afrontamiento centradas en salir de la relación de maltrato o evitar el

daño. Asimismo, el estudio de Wingood et al. (2000) pone de manifiesto que las mujeres que sufren violencia física y sexual habían tenido más intentos de suicidio en comparación con las mujeres que habían sufrido violencia física, pero no sexual. Por otro lado, el aislamiento social también es un factor de riesgo para el suicidio (Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel y Bout, 2002). Otros estudios han demostrado que los intentos de suicidio o ideación suicida aumentan con la severidad de la violencia sufrida (Coker, Smith, et al., 2002; Sato-DiLorenzo y Sharps, 2007).

2.4. - RECUPERACIÓN DE LAS SECUELAS PSICOLÓGICAS

Tal y como se ha descrito en el apartado anterior, el TEPT y la depresión son consecuencias frecuentes del maltrato en la pareja, sin embargo muy pocos estudios han prestado atención al curso de estos síntomas a lo largo del tiempo (Mertin y Mohr, 2001; Zlotnick et al., 2006). Además, los estudios existentes son heterogéneos en la metodología empleada (número de evaluaciones llevadas a cabo, tiempo transcurrido entre las evaluaciones, etc.). Por lo tanto, se conoce poco sobre el impacto de la violencia en la salud psicológica de las mujeres a largo plazo (Blasco-Ros, Sánchez-Lorente y Martínez, 2010).

Algunos de los estudios longitudinales realizados se han centrado en estudiar el impacto de la violencia de pareja en la salud psicológica de las mujeres a lo largo del tiempo (Blasco-Ros et al., 2010; Campbell y Soeken, 1999b; Ford-Gilboe et al., 2009; Mertin y Mohr, 2001; Sutherland, Bybee y Sullivan, 1998; Zlotnick et al., 2006).

Los estudios longitudinales que han analizado el impacto de la violencia de pareja sobre la salud mental de las mujeres demuestran que existe una disminución en los niveles de ansiedad y depresión (Anderson y Saunders, 2003; Campbell y Soeken, 1999b; Kernic, Holt, Stoner, Wolf y Rivara, 2003; Mertin y Mohr, 2001; Sutherland et al., 1998), así como en la ocurrencia del TEPT (Anderson y Saunders, 2003; Kernic et al., 2003; Mertin y Mohr, 2001) a lo largo del tiempo y una vez finalizada la relación abusiva. No obstante, los resultados indican que la recuperación no es total, ya que las mujeres continúan experimentando síntomas de TEPT (Mertin y Mohr, 2001) y depresivos, baja autoestima e insatisfacción, con independencia incluso del cese de la

relación violenta (Zlotnick et al., 2006). Por lo tanto, los estudios disponibles ponen de manifiesto que si bien se produce una recuperación gradual a lo largo del tiempo, el impacto negativo de la violencia de pareja sobre la salud se mantiene a largo plazo (Anderson y Saunders, 2003; Fishman et al., 2010; Sutherland et al., 1998).

Así por ejemplo, Campbell y Soeken (1999b) encontraron que en una muestra de 59 mujeres se había producido una reducción significativa en la incidencia de TEPT evaluando a las mujeres un año después de haber abandonado el refugio, sin embargo un número importante de mujeres siguieron informando de síntomas postraumáticos. También hubo reducciones significativas en los niveles de ansiedad y depresión. Resultados similares encontraron estos autores en otro estudio (Campbell y Soeken, 1999a) en el que se hizo un seguimiento a las mujeres a lo largo de tres años y medio. Aquellas mujeres que habían salido de la relación de maltrato indicaron una mejor salud en comparación con las que continuaban en la relación de maltrato. Los resultados de Campbell et al. (1995) indican que mientras que el 85% de las mujeres tenían depresión leve según la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) hasta el momento de la salida del centro o refugio, sólo el 58% de ellas tenía depresión diez semanas más tarde.

En un estudio reciente llevado a cabo por Koci et al. (2014) se evaluó a las mujeres cuatro meses después de haber recibido servicios judiciales y de acogida en un centro. Los resultados mostraron una mejora significativa en todas las medidas (depresión, ansiedad, TEPT, somatización y funcionamiento diario). La mejora más baja, sin embargo, la obtuvieron los síntomas de TEPT. Además, doce meses después de haber acudido a los servicios especializados únicamente un 39,2% de las mujeres tenían puntuaciones clínicas de TEPT, 14,2% de depresión, 9,4% de somatización y 13,5% de ansiedad. Se encontraron resultados similares en otro estudio que realizó el seguimiento a las mujeres durante los primeros siete años después de haber sufrido violencia, encontrando que las mujeres que habían sufrido violencia mostraban más síntomas de depresión en comparación con las que no había sufrido este tipo de violencia (Lindhorst y Oxford, 2008).

Otro estudio longitudinal es el llevado a cabo por Lindhorst y Beadnell (2011) en el que hicieron un seguimiento de 17 años a un grupo de 205 adolescentes que

habían sufrido violencia en la pareja durante la adolescencia. Se encontró que existían diferencias en síntomas depresivos entre las mujeres que habían sufrido violencia y las que no durante los primeros siete años. No obstante, estas diferencias desaparecían en los siguientes años. A los 30 años de edad, las mujeres que habían sufrido violencia en la pareja durante la adolescencia no fueron diferentes en su funcionamiento de la salud mental de aquellas que no habían sufrido violencia. Por lo tanto, el estudio realizado por Lindhorst y Beadnell (2011) pone de manifiesto que a pesar de que las consecuencias psicológicas de la violencia se mantienen a largo plazo, las mujeres tienen potencial para recuperarse.

2.5. - CONCLUSIONES

Como ha podido observarse a lo largo de este capítulo, el recorrido que hace una mujer que abandona una relación de maltrato puede ser exitoso en mayor o menor medida, pudiendo retornar a la relación abusiva, mostrar una gran variedad de secuelas físicas y psicológicas, y finalmente, recuperarse.

Existen múltiples motivos por los que las mujeres pueden verse empujadas a retornar a la relación abusiva. Entre los más estudiados en la literatura se encuentran los motivos económicos (Adams et al., 2012; Johnson, 1992), la falta de un hogar (McNaughton y Sanders, 2007), el sesgo optimista (Welbourn y Zemek, 2007), la dependencia emocional (Simpson et al., 2007) y los remordimientos (Griffing et al., 2005). Además, los resultados de los estudios muestran que en muchos de los casos es necesario que las mujeres retornen varias veces a la relación antes de abandonarla definitivamente (Mele, 2009).

Asimismo, los resultados de los estudios recogidos en esta revisión muestran de forma consistente que el maltrato hacia las mujeres en las relaciones de pareja tiene múltiples secuelas tanto a nivel psicológico y físico, como a corto y largo plazo (Blasco-Ros et al., 2010; Gerber et al., 2008). Las secuelas físicas a corto plazo son consecuencia de los episodios de violencia física producidos (Vung et al., 2009). A largo plazo, las secuelas físicas incluyen problemas en el sistema digestivo (Ellsberg et

al., 2008), muscular, respiratorio, circulatorio (García-Linares, 2005) y nervioso (Kramer et al., 2004), así como dificultades sexuales (Silverman et al., 2007).

Las secuelas psicológicas incluyen una amplia variedad de trastornos y sintomatología, que pueden darse de manera independiente, aunque frecuentemente aparecen juntos. Entre ellos se encuentra el TEPT, depresión (Bargai et al., 2007), baja autoestima (Johnson y Zlotnick, 2009), dependencia de sustancias (Hellmuth et al., 2014), cogniciones postraumáticas (Ferrer et al., 2006), inadaptación (Brokaw et al., 200) e ideación suicida o suicidio (Ellsberg et al., 2008).

Pese al gran abanico de secuelas y dificultades a las que se enfrentan las mujeres una vez que han abandonado la relación abusiva, los datos muestran que los síntomas psicológicos disminuyen con el tiempo y que si bien a largo plazo los síntomas persisten, las mujeres tienen la capacidad de recuperarse y de tener una salud mental igual de buena que mujeres que no han vivido violencia en la pareja (Lindhorst y Beadnell, 2011). Es en este punto donde entra en juego el concepto de resiliencia, que implica competencia o un afrontamiento positivo y efectivo en respuesta al riesgo o a la adversidad (Luthar y Cushing, 1999).

CAPÍTULO III

LA RESILIENCIA: EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y DEFINICIONES

3.1.- CONSIDERACIONES LINGÜÍSTICAS Y ANTECEDENTES DE LA RESILIENCIA

El vocablo resiliencia procede del latín, de la palabra *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar o rebotar (Soanes y Stevenson, 2006). El término resiliencia ha sido empleado en diversos campos, incluyendo la ecología (Walker et al., 2002), dirección estratégica (Hamel y Valikangas, 2003) e ingeniería de la seguridad (Hollnagel, Woods y Levenson, 2006), entre otros. A pesar de que el significado del término resiliencia varía a través de los distintos campos, en todos ellos está estrechamente vinculado con la capacidad y habilidad de un elemento de volver a un estado estable después de haber sufrido una disrupción (Bhamra, Dani y Burnard, 2011). La psicología y ciencias sociales toman prestado este término de estos ámbitos y lo adaptan, de tal forma que el concepto de resiliencia pueda explicar los resultados de algunas personas que han sido expuestas a situaciones de gran adversidad (Masten, 2001).

La psicología del desarrollo fue la primera disciplina dentro de la psicología en estudiar la resiliencia en niños que habían sido expuestos a circunstancias adversas (Garmezy, 1993; Rutter, 1987; Werner, 1989). Este término se emplea por primera vez en las ciencias sociales en el año 1942 en un artículo publicado por la autora Scoville (1942), en el que emplea esta palabra para referirse al hecho de que situaciones peligrosas para la vida no afectaban a los niños y niñas, mientras que sí lo hacía el desarraigo de la familia. Esta autora relata los hechos traumáticos, factores de riesgo, elementos de protección y asombrosa resistencia de niños que debían afrontar los efectos de la Segunda Guerra Mundial.

Posteriormente, este concepto apareció enmarcado dentro de la Teoría del Apego, desarrollada por el psiquiatra y psicoanalista británico Bowlby (1969). Este autor atribuyó la aparición de la resiliencia a las primeras experiencias del niño con la madre, el padre y otras personas significativas, ya que según este autor las experiencias positivas contribuyen a la formación de personalidades saludables y resilientes (Bowlby, 1992). Bowlby (1992) definió la resiliencia como un resorte moral o la cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir. En realidad, la teoría del apego (Bowlby, 1969) complementa la teoría de la resiliencia resaltando la importancia de las

relaciones amorosas seguras y armoniosas y aumentando el conocimiento sobre los tipos de relaciones necesarias para promover la adaptación positiva (Atwool, 2006; Kotliarenco y Cáceres, 2011).

Se puede encontrar otro antecedente de la mano del psicoanálisis con los conceptos de *ego-control* y *ego-resiliency* propuestos por Jeanne y Jack Block (J., Block, 1950, 2002; J. H., Block, 1951; J. H. Block y J., Block, 1980). Éstos fueron definidos como constructos centrales de la personalidad para una correcta comprensión de la emoción, motivación y conducta. Las personas con alto nivel de resiliencia del ego se caracterizan por su capacidad para modificar su nivel de control en una dirección u otra, según lo exijan las circunstancias. Las personas con un nivel bajo, por el contrario, mantienen el mismo nivel de control, independientemente de los requerimientos de la situación (J., Block, 1950, 2002; J. H., Block, 1951).

Sin embargo, no fue sino hasta la década de los 70 que el término adquirió mayor uso (Masten, 2001), gracias a las investigaciones de los que se consideran que sentaron las bases para el estudio de la resiliencia en niños y niñas. Entre ellos destacan los estudios de Garmezy (Garmezy, 1971; Garmezy, Masten y Tellegen, 1984; Garmezy y Streitman, 1974), Werner (Werner, 1989; Werner y Smith 1982, 1992, 2001) y Rutter (Rutter, 1985, 1987; Rutter, Maughan, Mortimore, Ouston y Smith, 1979), tal y como se expondrá más adelante.

3.2.- DEFINICIONES DEL CONCEPTO RESILIENCIA

En general, los autores y autoras que han trabajado la resiliencia no han logrado alcanzar un consenso sobre cómo definir la misma y coinciden en que es un concepto confuso (Davydov, Stewart, Ritchie y Chaudieu, 2010; Fletcher y Sarkar, 2013; Kalawaski, 2003). Sin embargo, de forma más general, existe acuerdo en que cuando nos referimos a este concepto asumimos que implica competencia o un afrontamiento positivo y efectivo en respuesta al riesgo o a la adversidad (Luthar y Cushing, 1999).

Una de las definiciones más aceptadas en la actualidad es la que entiende la resiliencia como un proceso que refleja una relativa adaptación positiva a pesar de los contextos de riesgo, adversidad o trauma (Luthar, 2006; Masten y Powell, 2003).

Masten (1999), por su parte, propone considerarla como un rasgo relativamente global de la personalidad que le permite a la persona una mejor adaptación a la vida. Garmezy (1991a) concibe la resiliencia como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial de hacer frente al evento estresante.

Otra definición del concepto de resiliencia es la propuesta por Cyrulnik (2002) quien la describe como un proceso, un conjunto de fenómenos armonizados, en el cual el sujeto está inmerso en un contexto afectivo, social y cultural. También entiende la resiliencia como un proceso Rutter (1993), quien sostiene que ésta se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan el afrontamiento exitoso frente a la adversidad. Otro autor que entiende la resiliencia como proceso es Patterson (2002), quien considera además, que la familia es un importante componente de la resiliencia que incluye cómo las familias definen sus demandas y habilidades, la identidad familiar y su forma de ver el mundo.

Según la APA (2011), la resiliencia es el proceso de adaptarse adecuadamente a una adversidad, trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como por ejemplo, problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras.

Vanistendael (1996) defiende que la resiliencia está formada por dos componentes: por un lado, la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles. El concepto incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de afrontar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable (Vanistendael, 1996). Recientemente, Windle (2011) ha revisado 271 artículos con el fin de alcanzar una definición de resiliencia, e identificó tres requisitos para que la resiliencia tenga lugar: la necesidad de un riesgo o adversidad significativos, la presencia de recursos

para compensar los efectos de la adversidad y una adaptación positiva o la evitación de resultados negativos.

Entre las definiciones más recientes de la resiliencia destaca la de Ungar (2011). Este autor entiende que en contextos de gran exposición a la adversidad, bien psicológica, ambiental o ambas, la resiliencia es por un lado, la capacidad de los individuos de navegar hacia los recursos psicológicos, sociales, culturales y físicos que mantienen el bienestar y, por otro lado, la capacidad individual y colectiva de negociar por esos recursos que deben ser experimentados de forma culturalmente significativa. En una línea similar, Bottrell (2009) postula que la resiliencia es el afrontamiento y la competencia a pesar de la adversidad en las que la identidad y la gestión cultural son procesos fundamentales.

Otra definición también reciente es la de Windle (2011), quien llevó a cabo una revisión de la literatura para definir la resiliencia. A través de esta revisión la autora concluye que la resiliencia es el proceso eficaz de negociación, adaptación o manejo de fuentes significativas de estrés o trauma. Los recursos de la persona, su vida y su entorno facilitan esta capacidad de adaptación y hacen que la persona *rebote* en medio de la adversidad. Además Windle (2011) añade que a lo largo de la vida la capacidad de ser resiliente de la persona variará.

Tal y como puede observarse, existen diferencias importantes entre cada una de las definiciones presentadas, por ejemplo algunas apuntan que la resiliencia es un factor individual (Masten, 1999), mientras que otras también mencionan la importancia del sistema social (Vanistendael, 1996). Otra diferencia importante es si la resiliencia se entiende como un proceso (Cyrułnik, 2002; Luthar, 2006; Masten y Powell, 2003) o una capacidad o rasgo (Bartelt, 1994; Masten, 1999). Por otro lado, autores como Ungar (2011) y Bottrell (2009) destacan en sus definiciones el aspecto ecológico de la resiliencia.

Si se presta atención a las diversas definiciones, queda patente que, tal y como señalan Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick y Sawyer (2003), una parte de la confusión en torno a este constructo procede del hecho de que la resiliencia puede ser definida como un resultado caracterizado por patrones particulares de conducta

funcional a pesar del riesgo y también puede definirse como un proceso dinámico de adaptación a una situación de riesgo que implica la interacción entre los factores de riesgo y de protección que incluyen desde factores individuales hasta los aspectos más sociales. Según Windle (2011), estas dificultades a la hora de definir el concepto de resiliencia quedan patentes en la literatura científica. Este autor realizó una revisión de la literatura científica en resiliencia que proporcionaba datos sobre prevalencia, encontrando proporciones de prevalencia que variaban desde el 25 al 84%. Esta variabilidad refleja las inconsistencias en la definición del constructo, así como en los instrumentos de medida.

De forma resumida se puede decir que los estudios actuales parten de la concepción de resiliencia como proceso dinámico de adquisición de cualidades resilientes que varía de una situación a otra sin inocular *per se* a la persona para que sea resiliente en todas las circunstancias (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). En este proceso resiliente los factores protectores son contextuales, ya que dependen del contexto y varía de una situación a otra (Fletcher y Fletcher, 2005; Fletcher, Hanton y Mellalieu, 2006; Fletcher y Scott, 2010). Además, estas cualidades o habilidades pueden ser adquiridas y enseñadas en cualquier momento de la vida (Pesce, Assis, Santos y Oliveira, 2004).

3.2.1. Diferencias entre resiliencia y otros conceptos similares

Debido a la complejidad en su definición, se hace necesario realizar la distinción entre la resiliencia y otros conceptos relacionados tales como la recuperación, el crecimiento postraumático, el empoderamiento y el *coping* adaptativo.

La recuperación clínica se entiende como la remisión completa o parcial de los síntomas físicos o psíquicos durante un periodo de tiempo mínimo y volver a niveles de funcionamiento previos (Bellack, 2006; Lieberman et al., 2008). Una de las diferencias más importantes entre ambos conceptos es el nivel de funcionamiento que se espera tras la adversidad. Para ser considerado recuperado ese nivel de funcionamiento ha de ser global en varios dominios (como el personal, laboral y físico). En cambio, en el caso de la resiliencia se concreta de antemano el área que se ha de superar, pero no se espera una adaptación positiva global (Rutter, 2013; Windle, 2011). Por lo tanto, una persona

puede ser resiliente y no estar recuperada. Tal y como la definen Vogel-Scibilia et al. (2009), la resiliencia es la capacidad de superar los síntomas o contratiempos a través de la recuperación, es decir, que puede ser un buen camino hacia la recuperación, pero no asegura su logro. De modo similar, diversos autores (Robertson y Cooper, 2013; Youssef y Luthans, 2007) consideran la resiliencia como parte del proceso de recuperación, pero con entidad individual y diferenciada. Otra diferencia que existe entre ambos conceptos hace referencia a las áreas de aplicación de cada uno de ellos, así históricamente la resiliencia ha sido un tema muy explorado dentro de la psicología infantil, mientras que la recuperación lo ha sido dentro de la salud mental adulta (Friesen, 2007).

También es importante diferenciar entre la resiliencia y los factores protectores. Los factores protectores han sido definidos como las características de la persona, familia y entorno que disminuyen los efectos negativos de la adversidad (Masten y Reed, 2002). Según Rutter (1987), la principal distinción entre los factores protectores y la resiliencia es que la resiliencia no consiste únicamente en la suma de factores protectores, sino que es un proceso e incluye diversos mecanismos que protegen al individuo. Además, es necesario remarcar que los factores protectores no actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí y de esta interacción surge la resiliencia (Rutter, 1987). Debido a la confusión existente en la terminología, es necesario aclarar que en la presente tesis se va a considerar que los factores protectores y los factores de resiliencia son aquellos que promueven la resiliencia, siendo la resiliencia más que la suma de estos factores. Por ende, se emplearán los términos factores protectores y factores de resiliencia como sinónimos.

Por otro lado, el concepto de crecimiento postraumático está estrechamente vinculado al de resiliencia y en muchas ocasiones se han empleado indistintamente dando lugar a confusión (Vázquez, Castilla y Hervás, 2009). A pesar de que el crecimiento postraumático puede surgir como consecuencia de dar una respuesta resiliente frente a la adversidad, representa un concepto diferente. Rutter (2013) propone que la resiliencia no es alcanzar un estado superior como consecuencia de haber superado la adversidad, sino que implica continuar con una vida normal a pesar de la adversidad. Sin embargo, algunos autores, como por ejemplo Benzie y Mychasiuk (2009), afirman que la resiliencia incluye salir más fortalecido después de

superar el trauma. Vázquez et al. (2009) afirman que este tipo de crecimiento es compatible con la vivencia de emociones negativas y estrés; dolor y/o sufrimiento y que el individuo puede experimentar cambios positivos en determinados dominios de su vida y no experimentarlos o experimentarlos de forma negativa en otros dominios. Para Puig y Rubio (2011) hablar de las nuevas habilidades que ha adquirido la persona tras haber superado la adversidad como crecimiento postraumático es un intento por resaltar que las condiciones que el individuo alcanza tras superar esa adversidad hacen que no se encuentre en el mismo punto, sino que se considera que la persona ha evolucionado. Debido a los distintos puntos de vista que existen respecto a esta distinción entre ambos conceptos, es necesario aclarar que en esta tesis se va seguir la distinción que realiza Rutter (2013), al entender que la resiliencia no implica alcanzar un estado superior, sino que se entiende que cuando una persona ha alcanzado ese estado superior, es cuando se puede hablar de crecimiento postraumático.

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, una persona con estrategias de afrontamiento exitosas puede ser resiliente. Pero, no todas las personas resilientes tienen que utilizar necesariamente estrategias de afrontamiento exitosas, ya que pueden vivir en entornos protectores que compensen su falta de estrategias de *coping* efectivas (Mandleco y Perry, 2000).

Finalmente, resiliencia y empoderamiento se han utilizado de forma intercambiable en la literatura científica (Cattaneo y Chapman, 2010), creando una considerable confusión. No obstante, varios autores (e.g., Brodsky y Cattaneo, 2013) sugieren que los dos conceptos se diferencian por el foco o el lugar en el que se ponen los objetivos de cambio, que en el caso de la resiliencia son internos y en el caso del empoderamiento, externos. Por otro lado, para algunos autores el empoderamiento se refiere al proceso que facilita a las mujeres el acceso a habilidades y recursos que son necesarios para afrontar los traumas (Johnson, Worell y Chandler, 2005).

3.3.- RECORRIDO HISTÓRICO DEL CONCEPTO RESILIENCIA

Es difícil entender las diferencias que existen en cuanto a definiciones de la resiliencia, si no se tiene en cuenta el desarrollo histórico que ha tenido el concepto. A

continuación, se aborda el recorrido histórico realizado en torno a la investigación sobre la resiliencia, lo que permitirá comprender cómo ha evolucionado el concepto desde los primeros estudios en los que se entendía la resiliencia como una invulnerabilidad a las situaciones adversas (Lösel, Bliesener y Koflerl, 1989; Werner y Smith, 1982) hasta las concepciones de la resiliencia que se adscriben al modelo ecológico-transaccional (Luthar, 1993; Masten, 1999; Kaplan, 1999). Para ello se emplearan las tres etapas en la investigación de la resiliencia propuestas por Richardson (2002). A continuación, se presenta una tabla resumen de las mismas:

Tabla 1. Etapas en la investigación de la resiliencia propuestas por Richardson (2002).

	Descripción	Resultados
PRIMERA ETAPA Cualidades de la resiliencia	Descripciones fenomenológicas de las cualidades resilientes de los individuos y de los sistemas de apoyo que predicen el éxito social y personal.	Lista de cualidades, ventajas o factores protectores que ayudan a las personas a crecer a pesar de la adversidad (por ejemplo, autoestima, autoeficacia, sistemas de apoyo, etc.)
SEGUNDA ETAPA El proceso de resiliencia	La resiliencia es el proceso de afrontamiento de los estresores, adversidad, cambio u oportunidad, de manera que los resultados produzcan la identificación, fortalecimiento y enriquecimiento de los factores protectores.	Descripción del proceso disruptivo y reintegrativo en la adquisición de las cualidades resilientes descritas en la primera etapa. Un modelo que enseña a usuarios y estudiantes a elegir entre reintegración resiliente, reintegración homeostática o reintegración con pérdida.
TERCERA ETAPA Fuerzas motivacionales y resiliencia innata	Identificación postmoderna multidisciplinar de las fuerzas motivacionales dentro de los individuos y los grupos y la creación de experiencias que promueven la activación y utilización de las fuerzas.	Ayuda a los usuarios y a los profesionales a descubrir y aplicar la fuerza que conduce a las personas hacia la auto-actualización y hacia la reintegración resiliente de las dificultades y obstáculos de la vida.

Fuente: Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.

3.3.1. Primera etapa en el estudio de la resiliencia

La primera generación apareció a comienzos de los años 70 y se focalizó en la identificación de capacidades y fortalezas de los individuos (Benson, 1997). El objetivo primordial era identificar aquellos factores de riesgo y de resiliencia que influyen en el desarrollo de niños que se adaptan positivamente a pesar de vivir en condiciones de adversidad (Richardson, 2002). Esta primera etapa trató de dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿qué características marcan a las personas que prosperan frente a factores de riesgo o adversidad en oposición a aquellos que sucumben hacia conductas destructivas? (Richardson, 2002).

Algunos de los hallazgos más importantes sobre resiliencia en niños provienen de estudios en los que se sigue a lo largo del tiempo a una cohorte de niños y se evalúa su desarrollo desde la infancia hasta la adolescencia (J. H., Block y J., Block, 1981; Murphy y Moriarty, 1976; Werner y Smith, 1982). Algunas de las variables que se han medido habitualmente en estos estudios son salud mental y estado económico, social y laboral, a la par que se han identificado aquellas variables que parecen promover la salud y el bienestar, como la autoestima y el apoyo social (Hoge, Austin y Pollack, 2007).

Se considera que los primeros trabajos de Norman Garmezy (Garmezy, 1971; Garmezy et al., 1984; Garmezy y Streitman, 1974) son una referencia en el estudio de la resiliencia. El proyecto llamado Competencia (*Project Competence*) se llevó a cabo con niños con riesgo de esquizofrenia. En este estudio se evaluó la competencia, la adversidad y la resiliencia de los niños (Garmezy, 1993). Garmezy y Rocnick, (1959) en la década de los años 40 y 50 se interesaron por la competencia en la historia y pronóstico de pacientes con trastornos severos mentales y más específicamente en pacientes con esquizofrenia. Esto les llevó a estudiar a los hijos de los padres con enfermedades mentales.

El estudio de Emily Werner sobre resiliencia en niños es otro de los referentes en este ámbito (Werner, 1989; Werner y Smith, 1982, 1992, 2001). En este estudio que comenzó en el año 1955 la muestra estuvo compuesta por niños de diversas razas en situaciones de adversidad que vivían en la isla de Kauai, a los cuales se les hizo un

seguimiento de 30 años. Aproximadamente, 201 de 698 niños que componían la muestra estaban viviendo situaciones de alto riesgo debidos a los siguientes factores ambientales: (1) estrés perinatal, (2) pobreza, (3) inestabilidad cotidiana y (4) problemas serios de salud mental en los padres. Paradójicamente, el objetivo de este estudio longitudinal era examinar las vulnerabilidades de este conjunto de niños. Sin embargo, los resultados indicaron que algunos de estos niños poseían resiliencia y eran capaces de enfrentarse exitosamente a los factores de riesgo biológicos y psicosociales, al mismo tiempo que mostraban factores protectores que les permitían recuperarse de los problemas de la infancia y la adolescencia y realizar una adecuada transición a la edad adulta. Tanto es así que los resultados informaron que 72 de estos 201 sujetos con riesgo llevaban una vida adaptada, a pesar de no haber contado con ningún tipo de atención especial. Además, éstos habían sido capaces de crear familias con un funcionamiento adecuado.

En esta misma línea se encuentran los estudios del psiquiatra Michael Rutter y sus colaboradores (Rutter, 1979, 1985; Rutter, Tizard, Yule, Graham y Whitmore, 1976). Este autor llevó a cabo una serie de estudios epidemiológicos con jóvenes del centro de Londres y de la isla rural de Wight. Los resultados indicaron que una cuarta parte de los jóvenes fueron resilientes, a pesar de los factores de riesgo que habían experimentado. Algunas de las variables que se midieron fueron el nivel socioeconómico bajo, la discordia matrimonial grave y la criminalidad parental.

Por lo tanto, el estudio de los factores de riesgo llevó, sin que fuera esa la intención, a descubrir que existe un número de personas que, expuestas a los mismos factores de riesgo que otras, no desarrollan patología (Greene y Conrad, 2002).

A raíz de estos resultados, se comenzó a dirigir la atención hacia ese grupo de personas que no desarrollaban patología. Por lo tanto, el foco de atención cambió de la psicopatología al estudio de la presencia de salud y la contribución de factores que impiden o protegen del desarrollo de psicopatología (Osborn, 1990; Werner, 1989, 1993).

Todos estos estudios pusieron en tela de juicio la idea fuertemente arraigada de que el estrés y el riesgo (como abusos, pérdidas importantes, enfermedades crónicas,

etc.) inevitablemente conducen a desarrollar psicopatologías o a perpetuar las situaciones de desventaja (como la violencia o la pobreza) (Seery, Holman y Cohen, 2010).

En un principio, los primeros investigadores e investigadoras no utilizaron el término resiliencia, sino que se refirieron a esta cualidad describiendo a dichos niños y niñas como invulnerables o invencibles, en el sentido de que eran resistentes al estrés (Lösel et al., 1989; Masten, 2001). La idea del niño invulnerable fue planteada por Werner y Smith (1982) a la luz de los resultados obtenidos en su estudio longitudinal. Se entendía la invulnerabilidad como el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas (Werner y Smith, 1982). Sin embargo, el concepto evolucionó a partir de la noción de invulnerabilidad a una comprensión de las formas en que las personas lidian con los cambios de la vida y las cosas que hacen ante circunstancias estresantes o de desventaja (Rutter, 1993).

Asimismo, comenzó a entenderse la resiliencia como un constructo potencialmente fluctuante a través del tiempo, más que una cualidad permanente (Garmezy y Masten, 1986; Werner y Smith, 1982). Es decir, se planteó que la adaptación positiva en la adversidad no es estable, puede variar y es susceptible a nuevas vulnerabilidades que puedan aparecer o experimentarse. Es decir, se reconoció que llamar a los niños invulnerables, implicaba el riesgo de evadir cualquier cambio (Anthony, 1987). Por otro lado, se encontró que los niños que podían parecer resilientes en términos de una conducta podían también mostrar algunos problemas en otras áreas o dominios (Luthar y Zelazo, 2003; Vanderbilt-Adriance y Shaw, 2008). Como consecuencia, se reconoció que la resiliencia nunca es algo que pueda observarse en todas las áreas del individuo, pero sí en algunos dominios específicos (Vanderbilt-Adriance y Shaw, 2008). Por tal razón, una persona puede mostrar fortalezas en algunas áreas y al mismo tiempo, puede mostrar notables déficit en otras (Cicchetti, Rogosch, Lynch y Holt, 1993; Luthar, Doernberger y Zigler, 1993; Stouthamer-Loeber, Wei, Loeber y Masten, 2004). El concepto de invulnerabilidad perdió su validez en poco tiempo debido a estos motivos (Rutter, 1993).

Según Luthar (2006), el primer cambio en la aproximación conceptual al constructo de resiliencia sucedió en la perspectiva del *locus* de resiliencia. Tal y como

se ha comentado, las primeras investigaciones se centraron en encontrar cualidades personales de los niños resilientes como autonomía, pensamiento crítico o autoestima elevada (Hoge et al., 2007). Sin embargo, a medida que el trabajo en este área se iba desarrollando, los investigadores llegaron a la convicción de que la resiliencia provenía también de factores externos a los niños, como, por ejemplo, las características ambientales, el nivel socioeconómico, la estructura familiar o la presencia de un adulto cercano (Garmezy, 1987; Masten y Garmezy, 1985; Rutter, 1987; Werner y Smith, 1992).

Las investigaciones posteriores condujeron a que se delimitaran tres categorías de factores, conocidas como el modelo tríadico de resiliencia, que están implicadas en el desarrollo de la resiliencia: (1) características propias del niño, (2) aspectos familiares y (3) características del ambiente social (Masten y Garmezy, 1985; Werner y Smith, 1982, 1992). Dentro de la primera categoría se incluirían, por ejemplo, la inteligencia y las habilidades cognitivas que están asociadas a la resiliencia (Garmezy et al., 1984; Werner, 1989; Zimrin, 1986). La segunda y tercera categorías de factores contienen a la familia y otros sistemas de apoyo social, como la escuela y la iglesia. Estos factores incluyen el apoyo y la cercanía de la familia y otras estructuras sociales, junto con la presencia de personas adultas con capacidad de cuidado, incluyendo a vecinos, progenitores de los pares o el profesorado (Benson, 1997; Bifulco, Brown y Harris, 1987; Werner, 1989). El efecto protector de estos sistemas sociales se ha probado en diversos estudios (Brennan, 2008; Kaplan, 1999; Takviriyannum, 2008).

En resumidas cuentas, esta primera etapa en el estudio de la resiliencia aportó contribuciones de valor incalculable, ya que se identificaron las cualidades de resiliencia que ayudan a los individuos a recuperarse de la adversidad (Richardson, 2002). La lista de características, habilidades y condiciones en la literatura es exhaustiva (Smith, 2002; Ungar et al., 2007; Vanistendael, 1996; Wolin y Wolin, 1993).

3.3.2. Segunda etapa en el estudio de la resiliencia

La segunda etapa puede ubicarse a mediados de los años 90, el objetivo principal de la misma fue explorar el proceso de obtención de las cualidades de resiliencia

identificadas en la etapa anterior (Richardson, 2002). Por lo tanto, el enfoque se desplazó desde la identificación de los factores protectores hacia la comprensión de los procesos subyacentes, es decir, los investigadores de esta etapa trataron de descubrir la forma en que los factores protectores contribuyen a los resultados positivos después de la adversidad (Cowen et al., 1997; Luthar, 1999). La pregunta que resume esta etapa es la siguiente: ¿Cómo se adquieren las cualidades resilientes? (Richardson, 2002).

A lo largo de esta etapa se formularon propuestas teóricas y metodológicas diversas reflejando las características del proceso de resiliencia. En este sentido, fueron muy importantes las aportaciones de Flach (1988, 1997) y Richardson, Neiger, Jensen y Kumpfer (1990).

Frederic Flach (1988, 1997) sugirió que las cualidades resilientes se logran a través de una ley de disrupción y reintegración. Según la hipótesis de resiliencia que plantea Flach (1990), la persona parte de una homeostasis psicobiológica que se ve alterada por un estresor. Mediante los recursos de los que provee la resiliencia, esta disrupción puede dar lugar a una reintegración de la homeostasis. Sin embargo, hay diferencias respecto al estado original del individuo, ya que hay un mayor nivel de organización, más complejo, así como más adaptable (Richardson, 2002). La etapa reintegrativa del ciclo de resiliencia incluye parámetros psicológicos, biológicos y ambientales, elementos estos que deben estar presentes para que tenga lugar el tránsito exitoso desde episodios estresantes de desorganización y reorganización.

Posteriormente, Richardson et al. (1990) propusieron la teoría de la resiliencialidad, que explica en mayor detalle el proceso de adquisición de las cualidades resilientes como una función de elección consciente e inconsciente. Según este modelo de la resiliencia, cuando un individuo de cualquier edad sufre una adversidad, se pone en contacto con ciertos rasgos propios y ambientales que amortiguan esa adversidad (Waller, 2001).

Otros autores y autoras significativas de esta etapa fueron Rutter (1999), Grotberg (1999, 2000), Luthar (1993), Masten (1999), Kaplan (1999) y Kumpfer (1999). La gran mayoría de estos autores se adscriben al modelo ecológico-

transaccional de la resiliencia, que está basado en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979).

Urie Bronfenbrenner (1979) define el ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente. Estas estructuras se denominan microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema y están interrelacionadas entre sí. Resumiendo la teoría de este autor, el desarrollo humano sucede como consecuencia de la interacción entre los factores individuales y los entornos familiar, social y cultural.

Los autores y autoras de esta etapa se centraron en la interacción que se produce entre las variables o factores del individuo y de su ambiente, la cual posibilita un cambio en la trayectoria de riesgo hacia una adaptación positiva (Grotberg, 1995; Kaplan, 1999; Luthar et al., 2000; Masten y Coatsworth, 1998; Rutter, 1990). Además, se considera que tanto la vulnerabilidad como la protección, más que ser atributos permanentes, son procesos (Grotberg 1999, 2003; Kaplan, 1999; Luthar et al., 2000; Luthar y Zelazo, 2003; Rutter, 1987). Por este motivo, la palabra resiliente no se debería emplear como un adjetivo, esto es, no sería correcto decir que determinada persona es resiliente. Desde el punto de vista de estos autores, el término resiliencia debería emplearse como un descriptor de la trayectoria o perfil de una persona (Mancini y Bonanno, 2009; Masten y Poweell, 2003).

Según esta concepción, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que se nace, ni que se adquiere durante su desarrollo, sino que más bien se trataría de un proceso interactivo o dinámico entre éstos y su medio que incluye tanto las relaciones sociales como los procesos intrapsíquicos (Leipold y Greve, 2009; Mancini y Bonanno, 2009; Rutter, 1993; Ungar, 2003).

Por otro lado, diversos autores manifiestan la idea de que la resiliencia es una capacidad que no sucede únicamente a un grupo selecto de personas, sino que es una capacidad universal y forma parte del desarrollo (Grotberg, 1996; Masten, 2001; Masten y Poweell, 2003). Además, Grotberg (1995) amplía la resiliencia a grupos y comunidades, impulsando de este modo los estudios sobre resiliencia comunitaria.

La atención que se prestó a los mecanismos subyacentes durante esta etapa fue clave en el avance de la teoría y la investigación, así como para el diseño de estrategias adecuadas de prevención e intervención para los individuos frente a las situaciones adversas o traumáticas (Cicchetti y Toth, 1991, 1992; Luthar, 1993; Masten, Best y Garnezy, 1990; Rutter, 1990).

3.3.3. Tercera etapa en el estudio de la resiliencia

La mayoría de los autores coinciden a la hora de identificar las dos primeras etapas en el estudio de la resiliencia (Masten, 1999; Luthar y Cushin, 1999, Kaplan, 1999; Richardson, 2002). Asimismo, están de acuerdo en los avances identificados en cada etapa. Sin embargo, no todos los autores plantean una tercera etapa en el estudio de la resiliencia o no lo hacen de la misma forma. Por ejemplo, algunos autores postulan que esta tercera etapa está enfocada en diseñar intervenciones para promover la resiliencia (Goldstein y Brooks, 2005; Masten y Obradović, 2006; Puig y Rubio, 2011).

La propuesta de Richardson (2002), por el contrario, es bien diferente puesto que equipara energía a resiliencia y expresa que la reintegración resiliente requiere de un incremento de esta energía para crecer. La pregunta a la que se trata de dar respuesta en esta etapa es la siguiente: ¿Qué es y dónde se encuentra la fuente de energía o motivación para hacer reintegraciones resilientes? La respuesta a esta cuestión es considerada como la más antigua, ya que las respuestas a estas cuestiones se han buscado desde hace muchos siglos. Richardson (2002) sugiere que la resiliencia puede ser la fuerza conductora que controla el universo. Sin embargo, la idea propuesta por este autor ha sido considerada como exagerada (Windle, 2011).

Por otro lado, algunos estudiosos de la resiliencia identifican hasta una cuarta etapa en el estudio de la resiliencia. Este es el caso de Masten y Obradović (2006) quienes postulan que esta nueva etapa estaría centrada en la integración de los estudios de resiliencia a través de diferentes niveles de análisis, especies y disciplinas. De este modo, la cuarta etapa ofrecería interesantes posibilidades para alcanzar una comprensión más profunda de cómo funciona el proceso dentro de los distintos niveles y a través de los mismos para que tenga lugar la resiliencia en niños y niñas.

En cualquier caso, esta etapa abre las puertas a una gran diversidad de opiniones, escepticismo y perspectivas, por lo que puede generar dudas.

3.4.- CONCLUSIONES

A pesar de que la resiliencia es un constructo que ha adquirido mayor relevancia en los últimos años, en realidad sus antecedentes se remontan a 1942 de la mano de Scoville. De este capítulo se extrae la conclusión de que no hay consenso en torno al constructo de resiliencia. La dificultad en alcanzar dicho consenso reside en las diferentes formas que existen en la actualidad de entender la resiliencia y en el poco rigor que ha existido a la hora de dotar a las investigaciones de un marco teórico concreto y adecuadamente explicado (Davydov et al., 2010; Fletcher y Sarkar, 2013).

Además, a lo largo de este capítulo se ha realizado un recorrido histórico dividido en tres generaciones en los que el foco se ponía en lugares distintos (Richardson, 2002). Así, en la primera generación, el interés de estudiar la resiliencia se centraba en identificar las cualidades de las personas que se adaptaban a pesar de las predicciones de riesgo, el énfasis se situaba en la capacidad humana; las personas son resilientes o no lo son. En la segunda generación se estudió la dinámica entre factores que permite una adaptación positiva, el foco de interés se situaba en la búsqueda de los factores de protección, en el proceso y el contexto social. Esto es, las personas muestran una respuesta resiliente y se puede aprender a dar este tipo de respuestas frente a la adversidad. Actualmente, el estudio de la resiliencia tiene una visión multidisciplinaria, caracterizada como una fuerza o motivación que impulsa a la persona a crecer ante la adversidad y el énfasis está en la elaboración de modelos de aplicación, es decir, se construye la resiliencia (Puig y Rubio, 2011; Richardson, 2002).

Por último, cabe destacar que cada una de las etapas y conceptualizaciones distintas que se le han dado al constructo de resiliencia han sido importantes, ya que ha permitido a los investigadores llegar a comprender la resiliencia tal y como se entiende hoy en día (Luthar, 1993; Masten, 1999).

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA, MODELOS, FACTORES Y EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA

4.1. - METODOLOGÍA EN EL ESTUDIO DE LA RESILIENCIA

Tal y como se ha expuesto en el capítulo anterior, la resiliencia ha sido conceptualizada y analizada desde varios enfoques, lo que determina su manejo metodológico (por ejemplo, la forma de medirla) y los análisis estadísticos que se llevan a cabo. En primer lugar, se ahondará en las perspectivas que entienden la resiliencia bien como resultado o como proceso y en segundo lugar, en aquellas que se focalizan en la variable o en la persona. Posteriormente, se explicarán algunos de los modelos de diversos autores que tratan de explicar la resiliencia. Asimismo, se abordarán algunos de los factores protectores que se han asociado con la resiliencia en situaciones de estrés o adversidad. Finalmente, se describirán los instrumentos diseñados para evaluar la resiliencia en adultos jóvenes y adultos.

4.1.1. Resiliencia entendida como resultado o proceso

Actualmente existen diferentes perspectivas teóricas en el estudio de la resiliencia, siendo una de las principales la que la concibe como un resultado y la que la define como un proceso (Miller-Lewis, Searle, Sawyer, Baghurst y Hedley, 2013). Así, Olsson et al. (2003) consideran de suma importancia que cuando se habla de resiliencia se diferencie entre el resultado de la adaptación y el proceso de adaptación, ya que en numerosas ocasiones se han empleado indistintamente, dando lugar a confusión. Tal y como indican los autores, la resiliencia puede ser entendida como un resultado caracterizado por patrones de conducta funcional a pesar del riesgo o como un proceso dinámico de adaptación a una situación de riesgo que implica la interacción entre factores de protección y riesgo, que abarcan desde el individuo hasta los aspectos más sociales. En la misma línea, Kaplan (1999) apunta que cuando se lleva a cabo un estudio acerca de este constructo se hace necesario conceptualizarlo correctamente, lo que incluye especificar si la resiliencia se entiende como proceso o resultado.

4.1.1.1. Resiliencia como resultado

Esta perspectiva se basa en los resultados que muestra la persona después de haber estado sometida a situaciones de amenaza y/o adversidad (Mancini y Bonanno, 2009; Miller-Lewis et al., 2013; Rutter, 1990). Este tipo de estudios comprende dos

categorías: la primera contempla los problemas de conducta (como el consumo de drogas, el abuso de alcohol, permanecer en aislamiento social y abandono del trabajo) y la segunda categoría abarca los resultados positivos (como lograr un buen rendimiento académico y laboral y tener relaciones saludables) (Bonanno, 2004; Bonanno, Moskowitz, Papa y Folkman, 2005). Puede decirse que se basa en las competencias del individuo sostenidas ante situaciones de estrés y la recuperación del trauma (Luthar et al., 2000). Huelga decir que los resultados que se establecen como positivos o pobres varían en función del momento del ciclo vital en el que se encuentre la persona y del tipo de situación adversa que se esté evaluando (Fletcher y Sarkar, 2013; Luthar, 2006; Luthar et al., 2000).

Luthar (1993) enfatiza que en ocasiones, a pesar de que sigan existiendo emociones negativas en la persona después del trauma, se considera que el afrontamiento puede ser exitoso. Del mismo modo, Garmezy (1991a) definió la resiliencia como la adecuación funcional, es decir, como el mantenimiento de un funcionamiento adecuado a pesar de que la emocionalidad interfiera.

4.1.1.2. Resiliencia como proceso

La investigación sobre el proceso de resiliencia pretende conocer los mecanismos o procesos que actúan para modificar el impacto de una situación de riesgo, junto al proceso por el que las personas se adaptan exitosamente (Olsson et al., 2003). Para ello, se estudian los factores protectores y de riesgo que están relacionados con la forma en que la persona hace frente a la situación adversa, de modo que los factores de riesgo se asocian con una mayor vulnerabilidad y los de protección con mayor resiliencia (Rutter, 2002).

Desde esta conceptualización de la resiliencia se reconoce que los efectos de los factores protectores varían según el contexto y el momento en el que se encuentra la persona (Fletcher y Sarkar, 2013). Por este motivo, que una persona reaccione de manera positiva a la adversidad en un determinado momento no significa que esa misma persona vaya a reaccionar de la misma forma a los estresores en otro momento de su vida (Davydov et al., 2010; Rutter, 2006; Vanderbilt-Adriance y Shaw, 2008).

4.1.1.3. Resiliencia como proceso y resultado multifactorial

Fergus y Zimmerman (2005) propusieron un modelo de resiliencia como proceso y como resultado multifactorial. Estos autores entienden la resiliencia como el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas al riesgo. Además, para que aparezca la resiliencia tienen que estar presentes tanto factores de riesgo como de protección que ayuden a conseguir un resultado positivo o reduzcan o eviten un resultado negativo. Fergus y Zimmerman (2005) parten de la idea de que existen tres modelos de resiliencia identificados en la literatura (Garmezy et al., 1984; Rutter, 1985; Zimmerman y Arunkumar, 1994): compensatorio, protector y desafiante.

El modelo compensatorio es definido cuando un factor de protección contraactúa u opera en una dirección opuesta a un factor de riesgo (Sameroff, Bartko, Baldwin, A., Baldwin, C. y Seifer, 1998; Stouthamer-Loeber, Wei, Farrington y Wikstrom, 2002; Stouthamer-Loeber et al., 2004).

El modelo protector es aquel en el que una cualidad o los recursos moderan los efectos de un riesgo sobre un resultado negativo. Por ejemplo, el papel moderador del apoyo social ha sido demostrado en diversas situaciones adversas (Beeble, Bybee, Sullivan y Adams, 2009; Brausch y Decker, 2014; Churui, Yongxin y Yu, 2004; Wilks y Croom, 2008).

Un tercer tipo de modelo es el desafiante (Garmezy et al., 1984) en el cual un factor de riesgo y un resultado es curvilíneo. Esto es, la exposición a bajos y altos niveles de un factor de riesgo están asociados con resultados negativos, pero niveles moderados del riesgo están relacionados con menos resultados negativos (o positivos) (Luthar y Zelazo, 2003). Esto sugiere que exponer a las personas a niveles de riesgo moderados es positivo para que puedan aprender cómo afrontar los mismos y superarlos. Este modelo de resiliencia viene a ser un modelo de inoculación, ya que, esto indica que la exposición repetida a bajos niveles de un factor de riesgo ayudaría a inocular por ejemplo a los adolescentes para que estén preparados para hacer frente a los riesgos en su futuro (Yates, Egeland y Sroufe, 2003). De forma congruente con el

modelo desafiante, según Chong (2000) y Rutter (1987) existe un tipo de riesgo denominado factores de desafío que cuando suponen un riesgo manejable por la persona, pueden actuar como inoculación ante crisis futuras.

4.1.2. Resiliencia centrada en la variable o en la persona

Por otra parte, algunos autores (Luthar, 2006; Masten y Reed, 2002; Masten y Powel, 2003) propusieron dos modelos diferentes para conceptualizar la resiliencia: el focalizado en las variables y la aproximación basada en la persona.

4.1.2.1. Aproximación focalizada en la variable

Esta aproximación examina la relación que existe entre competencia, adversidad y diversos factores que podrían servir de protección y que se representan en variables (Miller-Lewis et al., 2013). Estas variables serían las que determinan las diferencias individuales y la naturaleza de la interacción de las personas con en el mundo en el que viven (Rutter, 1987). Esta aproximación es equivalente al modelo protector propuesto por Fergus y Zimmerman (2005). La principal diferencia estriba en que la aproximación focalizada en la variable se presenta como opuesta a la focalizada en la persona. Sin embargo, metodológicamente no existen diferencias.

Si un factor modifica los efectos negativos de la adversidad, entonces se denomina protector y estaría implicado en el proceso de resiliencia de aquellas personas en las que los factores de riesgo y protectores coexisten (Garmezy et al., 1984; Rutter, 1987). Habitualmente, los investigadores prueban estos efectos empleando una interacción estadística entre las variables de adversidad y los factores protectores que se han hipotetizado. La aproximación de la interacción estadística se basa en el poder estadístico de toda la muestra y por este motivo, las personas que cumplen los criterios para ser denominadas como resilientes no son identificadas (Luthar y Cushing, 1999).

Dentro de esta aproximación a la resiliencia existen otros dos enfoques que empleados de forma combinada pueden resolver los problemas mencionados arriba (Miller-Lewis et al., 2013). En primer lugar, la aproximación de los residuos puede identificar a aquellas personas resilientes, que son aquellas que estadísticamente lo están

haciendo mejor de lo que se espera teniendo en cuenta la adversidad a la que están expuestos. Mediante esta aproximación la diferencia entre el ajuste de la persona y el ajuste que se predice teniendo en cuenta la adversidad puede utilizarse como un continuo de vulnerabilidad-resiliencia. En segundo lugar, la aproximación de los residuos se puede utilizar con varios grupos, de forma que los efectos principales de los análisis de regresión que predicen la resiliencia residual se ejecutan de forma separada para los grupos de baja y alta adversidad (p.ej. Luthar, D'Avanzo y Hites, 2003; Owens y Shaw, 2003; Sharkey, You y Schnoebelen, 2008).

4.1.2.2. Aproximación focalizada en la persona

La aproximación de la estrategia focalizada en la persona consiste en identificar a individuos que cumplen los criterios defintorios de resiliencia, especialmente en comparación con personas desadaptadas que tienen niveles similares de adversidad, pero que manifiestan resultados claramente diferentes (Miller-Lewis et al., 2013).

En el estudio de la resiliencia existen tres tipos de modelos basados en la persona, el primero se basa en el estudio de casos de individuos que han inspirado la investigación e ilustrado hallazgos en el tema (Vanistendael, 2003). Sin embargo, Masten y Reed (2002) consideran que esta perspectiva no es en realidad un modelo conceptual de resiliencia, aunque sirve para mostrar el fenómeno natural de resiliencia. El segundo tipo de modelos se sustenta en identificar a aquellas personas que a pesar de estar en riesgo muy alto, muestran buena adaptación (p.ej. Anderson, 2013; Collishaw et al., 2007; Segovia, Moore, Linnville, Hoyt y Hain, 2012).

El tercer procedimiento consiste en incluir personas de la población general con el fin de compararlos con grupos de personas resilientes, con grupos de bajo riesgo y con personas que tienen alto riesgo y están mal adaptadas (p.ej. Masten et al., 1999; Schoon, 2006; Werner y Smith 1982). Un ejemplo de este tipo de metodología es la empleada por Masten et al. (1999) en su estudio. Estos investigadores emplearon una muestra de 205 niños y niñas de la población general y realizaron un seguimiento de diez años. A lo largo de estos años se evaluó la competencia (a través del logro académico, la conducta y la competencia social en relación a los pares), múltiples factores de riesgo y los recursos psicosociales. En este estudio se compara a aquellos

niños/as y adolescentes con bajo y alto riesgo, así como a los participantes que a pesar del riesgo muestran un buen funcionamiento y los que muestran una mala adaptación en situaciones de adversidad o alto riesgo. Los resultados ponen de manifiesto que los participantes con un mejor funcionamiento intelectual y mejores recursos parentales obtuvieron mejores resultados en los tres dominios de competencia evaluados, independientemente de que pertenecieran al grupo de alto o bajo riesgo. Asimismo, los individuos con alto riesgo y mal funcionamiento se diferenciaban de los participantes con alto riesgo y buen funcionamiento en que tenían menores recursos y alta emocionalidad negativa.

4.2.- MODELOS QUE EXPLICAN LA RESILIENCIA

Durante las tres últimas décadas se han propuesto diversas teorías que tratan de explicar la resiliencia, poniendo cada una de ellas el énfasis en distintos aspectos. Los modelos que más influencia han tenido han sido los siguientes: las categorías de factores resilientes (Grotberg, 1996), modelo genérico de la resiliencia en respuesta al trauma psicológico (Agaibi y Wilson, 2005), modelo conceptual del bienestar de los estudiantes de medicina (Dunn, Iglewicz y Moutier, 2008), modelo conceptual para la resiliencia comunitaria y adolescente (Brennan, 2008) y el modelo hipotético de resiliencia (Mancini y Bonanno, 2009), entre otros.

A continuación, se revisan algunos de los modelos que mayor repercusión han tenido en el estudio de la resiliencia.

4.2.1. Modelo de Resiliencialidad (Richardson et al., 1990)

Tal y como se ha expuesto en el capítulo anterior, Richardson et al. (1990) propusieron la teoría de la resiliencialidad, entendiendo la resiliencia como un proceso en el que la persona parte de una homeostasis biopsicoespiritual o zona de confort. En este estado la persona está equilibrada, física, mental y espiritualmente. Hay una disrupción de la homeostasis cuando el individuo no tiene suficientes recursos para hacer frente a los estresores. Tras un tiempo, la persona se ajustará y comenzará el proceso de reintegración (Fletcher y Sarkar, 2013).

Este último paso puede dar lugar a cuatro tipos de reintegración distintos: reintegración con resiliencia (la disrupción hace que la persona tenga más factores protectores y un nuevo y mayor nivel de homeostasis), reintegración homeostática (la persona vuelve a la zona de confort), reintegración con pérdida (la persona pierde factores de protección y tiene un nivel menor de homeostasis) y reintegración disfuncional (conlleva a comportamientos disruptivos, tales como el abuso de sustancias) (Richardson, 2002).

Este modelo tiene apoyo empírico en relación a la promoción de la salud (Dunn, 1995; Walker, 1996) y rendimiento en el deporte (Galli y Vealey, 2008). Sin embargo, tal y como han señalado Fletcher y Sarkar (2013) en una revisión sobre la resiliencia, este modelo tiene algunos inconvenientes. Por ejemplo, solo tiene en cuenta un evento negativo cuando las personas pueden sufrir múltiples estresores. Asimismo, Richardson (2002) afirma que la disrupción da lugar a emociones primarias (como el miedo, la ira y la tristeza). No obstante, no explica de qué manera la meta-cognición y la emoción afectan al proceso de reintegración (Efklides, 2008). Por último, el modelo tiene un sesgo hacia los procesos orientados al afrontamiento (Connor y Davidson, 2003) y tal y como indica la literatura, la resiliencia y los procesos de afrontamiento son conceptos distintos (Coutu, 2002; Greve y Staudinger, 2006; Luthans y Youssef, 2007).

4.2.2. Pilares de la resiliencia de Wolin y Wolin (1993)

Wolin y Wolin (1993) trataron de identificar los factores que resultan protectores para los seres humanos tratando de estimularlos y fomentarlos. Describieron siete pilares de la resiliencia: introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, moralidad y creatividad. Posteriormente, la investigación ha demostrado que dichos pilares son características de las personas resilientes (p.ej. Bickley-Green y Phillips, 2003; Richardson, 2002; Southwick y Charney, 2007).

Así, la introspección es la capacidad de examinarse internamente, plantearse cuestiones difíciles y darse respuestas honestas (Yick, 2008). La independencia consiste en saber fijar límites entre uno mismo y el medio y la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento social (Singh, 2009; Singh, Hays, Chung y

Watson, 2010). La capacidad de relacionarse es la capacidad para crear vínculos íntimos, fuertes y equitativos con otras personas, con quienes se sabe que se puede contar cuando se necesita apoyo incondicional (Agoff, Herrera y Castro, 2007; Fuhrer y Stansfeld, 2002; Rose, Campbell y Kub, 2000; Smart, Sanson, Baxter, Edwards y Hayes, 2008). La iniciativa consiste en hacerse cargo de los problemas y ejercer control sobre ellos (Davis, 2002; Werner, 1982). El sentido del humor supone encontrar lo cómico en la propia tragedia, permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea de forma transitoria (Kash et al., 2000; Kuiper, Grimshaw, Leite y Kirsch, 2004; Kuiper y McHale, 2009). La moralidad implica extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores (Stouthamer-Loeber et al., 2002). Finalmente, la creatividad es la capacidad para crear orden, belleza y objetivos a partir del caos y del desorden (Fredrickson, 2003; Tugade y Fredrickson, 2004; Simonton, 2000).

4.2.3. La Casita de Vanistendael (1996)

Vanistendael (1996) propone este modelo en el que incluye los elementos básicos para edificar la resiliencia en niños y adolescentes, aunque también se podría aplicar en personas adultas. En su metáfora sobre la casita de la resiliencia cada habitación representa un campo de posible intervención para construir o mantener la resiliencia.

En primer lugar, aparece representado el suelo sobre el que está construida la casa, que simboliza las necesidades materiales básicas (como la salud, la alimentación, el sueño, etc.). En los cimientos se encuentra la red de relaciones sociales y en el corazón de estas redes, se sitúa la aceptación profunda de la persona (Fletcher y Sarkar, 2013; Miller-Lewis et al., 2013; Werner, 1982; Werner y Smith, 1992). En la planta baja se localiza el encontrar un sentido a la vida (Ahrens, Abeling, Ahmad y Hinman, 2010).

En el primer piso encontramos tres habitaciones en las que se ubican la autoestima (Fiorentino, 2008; Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003; Ong, Bergeman, Bisconti y Wallace, 2006), las competencias (Bogar y Hulse-Killacky, 2006) y el humor (Kash et al., 2000; Kuiper et al., 2004; Kuiper y McHale, 2009). Al igual que

en una casa, las habitaciones están comunicadas entre sí, es decir que los campos están ligados, así la autoestima, considerada como un factor esencial de la resiliencia, está en estrecha relación con el apoyo social (Smart et al., 2008). En el desván están la capacidad de disfrutar, ser creativo y otras experiencias a descubrir (Fredrickson, 2003; Tugade y Fredrickson, 2004).

Por último, es importante puntualizar que esta no es una estructura rígida y fija y que no responde necesariamente a este orden (Vanistendael, 1996).

4.2.4. Categorías de factores resilientes (Grotberg, 1996)

De acuerdo con la teoría de Grotberg (1999), para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir fortalecido de ellas, los individuos toman factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las siguientes expresiones verbales que realizan los sujetos: (1) yo tengo, (2) yo soy, (3) yo estoy y (4) yo puedo.

La primera fuente hace referencia al entorno social o ambiente favorable, es decir, una fuente externa de defensa que da respuesta a las características del sujeto como la familia, la comunidad, etc. (Fletcher y Sarkar, 2013; Miller-Lewis et al., 2013; Neria, Besser, Kiper y Westphal, 2010). La segunda incluye las fuerzas internas personales como el sentido de autonomía, el control de impulsos, la autoestima y sentimientos de afecto y empatía (Benight y Bandura, 2004; Heckhausen, 2001; Ong et al., 2006). La tercera fuente de resiliencia es lo que la persona está dispuesta a hacer (Grotberg, 1999). La última fuente abarca las habilidades sociales y de resolución de conflictos adquiridas (Thomberry y Krohn, 2001).

Además, Grotberg (1996) indica que el componente dinámico de ser resiliente o no, depende de las interacciones que se dan entre los distintos factores y el rol de cada factor en los diferentes contextos.

4.2.5. Características resilientes en los distintos niveles ecológicos (Ungar, 2003)

Ungar (2003) plantea que la resiliencia se da en distintos niveles ecológicos y que se tienen que considerar tanto las características resilientes de la persona, como la calidad de los ambientes en que interactúa, ya que estos proporcionan los recursos necesarios para que la persona se adapte positivamente pese a las circunstancias adversas (Ungar et al., 2007). Es decir, no se busca conocer los factores de riesgo y de protección en aislado, sino los mediadores que intervienen.

Desde esta perspectiva, Ungar (2003) plantea que uno de los niveles abarca las características propias de los niños resilientes que incluyen las aptitudes físicas e intelectuales, la autoeficacia, la introspección, la creatividad y el sentido del humor, entre otros aspectos (Benight y Bandura, 2004; Tugade y Fredrickson, 2004; Ong et al., 2006; Smith, 2002). Por otro lado, este autor plantea que las características interpersonales conforman otro nivel. Este nivel abarca las relaciones significativas con otras personas, saber mantener la red social, la capacidad de saber restablecer la autoestima cuando es amenazada por otros individuos, la asertividad, etc. (Johnson, 2008; Myers y Morris, 2009; Vanderbilt-Adriance y Shaw, 2008). El siguiente nivel está compuesto por las características familiares tales como, la calidad en la crianza y educación, expresividad emocional, flexibilidad, bajos niveles de conflictos familiares y recursos financieros suficientes (Miller-Lewis et al., 2013; Mutimer, Reece y Matthews, 2007). El último nivel está formado por las características del ambiente y socioculturales. Este nivel incluye los ambientes seguros, acceso a recursos comunitarios educativos y de ocio, percibir apoyo social e integración social y la afiliación a organizaciones religiosas (Benson, 1997; Fletcher y Sarkar, 2013; Werner y Smith, 1992; Stumblingbear-Riddle y Romans, 2012).

4.2.6. Modelo genérico de la resiliencia en respuesta al trauma psicológico (Agaibi y Wilson, 2005)

Basándose en una revisión de la literatura Agaibi y Wilson (2005) presentan un modelo de resiliencia en respuesta al trauma. Tal y como indican los autores (Agaibi y Wilson, 2005), este modelo está creado a partir de los modelos de Green, Wilson y

Lindy (1985), Maddi (1999), Richardson (2002), Wilson (1989) y Wilson, Friedman y Lindy (2001).

En el modelo se tiene en cuenta a la persona y su ambiente e identifica diversas variables que interactúan dinámicamente para dar lugar a un comportamiento resiliente en respuesta a la experiencia traumática. Estas interacciones tienen lugar entre cinco clases de variables: personalidad, regulación afectiva, afrontamiento, defensas del ego y utilización y movilización de los factores de protección y los recursos que ayudan a la persona a hacer frente a la situación (Agaibi y Wilson, 2005).

La interacción de estas variables da lugar a un continuo de adaptación y resiliencia (Tusaie y Dyer, 2004), en cuyos extremos se sitúan una baja resiliencia (afrontamiento mínimo) y una alta resiliencia (afrontamiento óptimo). En este modelo, es importante tratar de definir el continuo de adaptación y resiliencia (Friedman, 2000; McEwen, 2002; Wilson et al., 2001).

4.2.7. Teoría basada en la vergüenza y resiliencia en la edad adulta (Van Vliet, 2008)

Esta autora propone que debido a que la vergüenza juega un papel importante en el ajuste al trauma, es necesario entender la resiliencia teniendo en cuenta este aspecto. Así, desarrolla una teoría sobre resiliencia en personas que han sufrido una experiencia significativa de vergüenza (Van Vliet, 2008).

Dickerson y Gruenewald (2004) conceptualizaron la vergüenza como una respuesta psicobiológica adaptativa que resulta de las amenazas al *self* social de la persona. En particular, la vergüenza surge como respuesta al rechazo social y otros eventos que amenazan la autoestima, el status social y el sentido de pertenencia del individuo. Además, diversas investigaciones ponen de manifiesto que la vergüenza juega un papel importante en la salud mental (Andrews, Qian y Valentine, 2002; Brown, 2004; Lawrence y Taft, 2013).

Partiendo de estas ideas, Van Vliet (2008) propone que las personas se recuperan de esta adversidad a través de un proceso de auto-reconstrucción. Este proceso se representa con una categoría central que es la reconstrucción del yo que tiene lugar a través de cinco procesos: (1) conexión (encontrar aliados, socializar con los demás, hablar con otras personas, participar en terapia, conectar con un poder superior, reparar relaciones), (2) reorientación (cambiar prioridades, trabajar en la superación personal, eliminar la negatividad, centrarse en la acción), (3) aceptación (aceptar la situación, hacer frente a los propios sentimientos, expresar los sentimientos), (4) comprensión (comprender los factores externos, desarrollar el *insight*, separarse de la vergüenza, darle un significado) y (5) resistencia (rechazar los juicios negativos, reafirmar el *self*, otros desafíos).

Esta conceptualización del *self* es coherente con las ideas de Baumeister (1998), que describe el *self* en tres dimensiones principales. La primera de ellas es la parte ejecutiva que se refleja en el poder y habilidad del *self* de tomar decisiones, actuar y regular sus propias respuestas y el comportamiento. La segunda dimensión hace referencia a los aspectos interpersonales. La última dimensión planteada es la conciencia reflexiva, entendida como la capacidad de la persona de reflexionar sobre sí misma.

Además, los cinco procesos que propone Van Vliet (2008) hacen referencia a factores protectores asociados con la resiliencia en la literatura científica (Bogar y Hulse-Killacky, 2006; Fredrickson et al., 2003; Lam y Grossman, 1997; Peterson, 2000).

4.2.8. Modelo hipotético de resiliencia (Mancini y Bonanno, 2009)

Este modelo surge de los estudios llevados a cabo por los autores con personas que han sufrido la pérdida de una persona significativa, no obstante puede aplicarse a otras situaciones adversas (Mancini y Bonanno, 2009). Estos autores afirman que los factores asociados con la resiliencia son heterogéneos y que coexisten múltiples factores de riesgo y protección, por lo que son la totalidad de los factores los que determinan la probabilidad de un resultado resiliente (Bonanno, Galea, Bucciarelli y Vlahov, 2007).

En la actualidad esta idea es compartida por la mayoría de investigadores (Fergus y Zimmerman, 2005; Masten y Reed, 2002; Rutter, 1987).

Desde este modelo se propone que las diferencias individuales tienen un efecto directo e indirecto sobre la forma de afrontar las pérdidas. Los efectos indirectos suceden a través de dos mecanismos: los procesos de evaluación y el apoyo social. La evaluación inicial de la experiencia de la pérdida juega un papel importante ya que determina las estrategias de afrontamiento (Mancini y Bonanno, 2009). Por ejemplo, Olf, Langeland y Gersons (2005) encontraron que las personas que evalúan la pérdida como aplastante y amenazante tienden a emplear estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y un énfasis excesivo en la regulación de las emociones puede desviar la atención de las estrategias de afrontamiento a largo plazo centradas en los problemas y que en última instancia son más eficaces para gestionar el estrés asociado con la pérdida. La disponibilidad de apoyo social y la eficacia en el uso del mismo sería otra de las vías para alcanzar la resiliencia (Babcock, Roseman, Green y Ross, 2008; Benson, 1997; Fletcher y Sarkar, 2013; Mutimer et al., 2007; Neria et al., 2010; Smart et al., 2008; Yick, 2008).

4.3.- FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS A LA RESILIENCIA

Los factores protectores han sido definidos como las características de la persona, la familia y el entorno que disminuyen los efectos negativos de la adversidad (Masten y Reed, 2002). Rutter (2000) afirma que éstos hacen referencia a un conjunto de influencias que pueden modificar, mejorar o alterar las respuestas de las personas a los peligros que las predisponen a resultados no adaptativos. Ocasionalmente, se han definido los factores protectores como lo opuesto a los factores de riesgo (Hoge et al., 2007). Braverman (2001) define los factores de riesgo como aquellos estresores o condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de que un niño experimente un ajuste pobre o tenga resultados negativos.

Tal y como queda patente y al igual que sucede con la definición de resiliencia, existe controversia en cuanto a qué se entiende por factores protectores (Luthar, 2006). Algunos investigadores han argumentado que un factor de protección debe interactuar

en un contexto de riesgo para predecir el resultado (Garmezy et al., 1984; Rutter, 1987). Según esta definición, las únicas variables que se asocian con resultados positivos en contextos de alto riesgo, en comparación con un riesgo bajo, se considerarían factores protectores. Sin embargo, este término se ha utilizado para referirse a todos los factores asociados con resultados positivos, sin tener en consideración si esta asociación se da en contextos de alto o bajo riesgo (Luthar y Zelazo 2003).

Además, no es lo mismo un factor protector que una experiencia positiva, se diferencian en que el factor protector tiene efectos indirectos ante la presencia de un estresor (Kotliarenko, Cáceres y Fontencilla, 1997). Rutter (1990) señaló que a veces un mecanismo de protección se puede invertir de sentido y convertirse en un factor de riesgo y viceversa. Por ejemplo, contar una experiencia traumática como la violencia de género puede ser un factor de riesgo o de resiliencia según a quién y cómo se cuente (Daigneault, Tourigny y Cyr, 2004).

Según Rutter (1987), la principal distinción entre los factores protectores y la resiliencia es que la resiliencia no consiste únicamente en la suma de factores protectores, sino que es un proceso e incluyen diversos mecanismos que protegen al individuo. Además, es necesario remarcar que los factores protectores no actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí y de esta interacción surge la resiliencia.

Tal y como se ha expuesto en el capítulo anterior, algunos investigadores han resaltado la importancia de conocer los procesos, más que enumerar los factores protectores, ya que ello permite comprender mejor el fenómeno de resiliencia (Grotberg, 2003; Heckhausen, 2001; Rutter, 1987). Sin embargo, gran parte de la investigación sobre resiliencia se ha centrado en encontrar aquellas variables que se asocian con la resiliencia, sin prestar atención al proceso (Luthar, 2006).

A continuación se exponen los factores protectores que más frecuentemente aparecen en la literatura científica, divididos éstos en factores personales y sociales. No obstante, tal y como demuestran los resultados del estudio de Grotberg (2000) ningún factor en particular y por sí solo, promueve la resiliencia.

4.3.1. Factores personales

4.3.1.1. Identidad positiva

Diversos estudios han encontrado que la identidad positiva es un elemento importante a la hora de construir resiliencia (Benson, 1997; Brandtstädter y Greve, 1994; Giles y Curren, 2007; Lee, Cheung y Kwong, 2012). Por ejemplo, distintas investigaciones han puesto de manifiesto que en personas homosexuales, lesbianas y bisexuales el tener una identidad positiva y reafirmar la misma, reduce los efectos negativos en la salud mental que produce el pertenecer a una minoría (Elizur y Ziv, 2001; Frost, Parsons y Nanin, 2007; Morris, Waldo y Rothblum, 2001; Wright y Perry, 2006). Estudios llevados a cabo con niños afroamericanos también encontraron que los aspectos positivos de la identidad étnica moderaban los efectos de la discriminación percibida en los síntomas de depresión y estrés psicológico (Sellers y Shelton, 2003; Simons et al., 2002; Wong, Eccles y Sameroff, 2003).

Cabe destacar además, que esta variable está relacionada con la autoestima y el bienestar, y ambos pueden ser indicadores de resiliencia (Greve y Staudinger, 2006).

4.3.1.2. Control personal

Asimismo, el control personal ha sido estudiado como una variable relacionada con la resiliencia (Brandtstädter y Greve, 1994; Garmezy, 1991b; Garmezy et al., 1984; Heckhausen, 2001; Hobfoll et al., 2002; Smith, 2002). Distintos autores defienden que el control interno tiene un papel importante a la hora de adaptarse a situaciones adversas, además señalan que puede mediar la relación con otros recursos como por ejemplo, la autoestima y la autoeficacia, que a su vez, activan el sistema de adaptación ante las crisis y los retos (Brandtstädter y Greve, 1994; Heckhausen, 2001).

Según Heckhausen (2001) el concepto de control tiene un papel esencial en el proceso de resiliencia. Este investigador propuso un modelo que plantea dos formas principales de control, el primario y el secundario. El control primario está dirigido a seleccionar las necesidades y compensar las consecuencias negativas de las pérdidas potenciales y del fracaso, lo que ayudará a alcanzar el control secundario. Los intentos

de control secundario están dirigidos al mundo interno del individuo, el cual busca optimizar sus motivaciones y regular sus emociones (Heckhausen y Schulz, 1995).

4.3.1.3. Sentido del humor

El sentido del humor es otra de las características frecuentemente citadas en la literatura científica sobre resiliencia (Campbell-Sills y Stein, 2007; Carroll y Schmidt, 1992; Garmezy, 1991; Garmezy et al., 1984; Haglund, Nestadt, Cooper, Southwick y Charney, 2007; Kash et al., 2000; Kuiper et al., 2004; Kuiper y McHale, 2009). Carroll y Shmidt (1992) indican que aquellas personas que utilizan el humor como estrategia de afrontamiento dicen tener menor cantidad de problemas de salud que aquellas que no lo utilizan.

Según Richardson (2002), el sentido del humor juega un papel importante en la capacidad de hacer la luz de la adversidad, mejora los mecanismos de afrontamiento y modera la intensidad de las reacciones emocionales. Asimismo, Kuiper y McHale (2009) encontraron que usar el sentido del humor puede facilitar el desarrollo y mantenimiento de las redes de apoyo social, lo que fomenta el bienestar de los individuos.

4.3.1.4. Optimismo

Asimismo, el optimismo se ha relacionado con la resiliencia debido a que constituye un mecanismo que amortigua las consecuencias de las situaciones adversas que ocurren en la vida (Fiorentino, 2008). La investigación ha demostrado que las personas resilientes conciben y afrontan la vida de un modo más optimista (Block y Kremen, 1996; Fredrickson et al., 2003; Haglund et al., 2007; González Arratia, 2011; Joseph y Linley, 2006; Peterson, 2000; Salgado, 2009). Grimaldo (2004) señala que en la medida en que los individuos tomen las situaciones adversas como una oportunidad para el desarrollo personal, tendrán mayores posibilidades de generar resiliencia. Así, la orientación optimista de la vida permite responder positivamente frente a situaciones adversas o traumáticas, permitiendo la posibilidad de enfrentar y superar dichas dificultades (Salgado, 2009).

Además, esta variable media la relación de otros recursos personales y los eventos estresantes (Ong et al., 2006), promoviendo la adaptación ante el intento de alcanzar metas (Taylor y Gollwitzer, 2005).

4.3.1.5. Procesos de afrontamiento

La investigación sobre resiliencia ha dado un peso notable a los procesos de afrontamiento (Clauss-Ehlers, 2008; Garmezy, 1991b; Garmezy et al., 1984; Leipold y Greve, 2009; Sinclair y Wallston, 2004; Smith, 2002; Tugade y Fredrickson, 2004). Folkman y Lazarus (1986) definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos continuamente cambiantes para manejar las demandas internas y/o externas que son estimadas como impositivas o que exceden los recursos de la persona. El concepto de afrontamiento no es equivalente al de resiliencia, aunque en las investigaciones puede encontrarse solapamiento entre ambos conceptos (Greve y Staudinger, 2006). En cuanto a la diferenciación, cabe destacar que uno de los componentes de la resiliencia es el uso de estrategias efectivas de afrontamiento, sin embargo la resiliencia incluye muchos otros aspectos importantes, es decir que es un concepto notablemente más amplio (Coutu, 2002; Luthans y Youssef, 2007).

Siguiendo con las diferencias entre los dos conceptos, es necesario poner el acento en que el objetivo del afrontamiento es superar exitosamente una situación o salir de ella con el mínimo daño posible (Lazarus, 1993). La resiliencia en cambio, supone una adaptación exitosa que frecuentemente tiene como resultado un desarrollo superior al de la posición inicial de la que partía el individuo (Waller, 2001).

Las estrategias de afrontamiento concretas que emplean las personas resilientes son muy variadas, ya que depende en gran parte de la situación adversa que se esté estudiando. Por ejemplo, Bogar y Hulse-Killacky (2006) encontraron que las mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia empleaban diversas estrategias de afrontamiento como la escritura y el auto-diálogo que las ayudaban a recuperarse de la experiencia del abuso.

En los trabajos teóricos y empíricos de la resiliencia se han distinguido dos formas básicas de afrontamiento ante las experiencias estresantes. La primera son los

esfuerzos activos que están dirigidos a manejar los problemas mediante acciones que reduzcan o acaben con la situación adversa. La segunda son los ajustes adaptativos que las personas realizan ante las experiencias que afectan el bienestar psicológico y físico (Bonanno y Mancini, 2008; Greve y Staudinger, 2006).

4.3.1.6. Emociones positivas

Otro factor frecuentemente asociado con la resiliencia son las emociones positivas (Emmons y Crumpler, 2000; Fredrickson et al., 2003; Tugade y Fredrickson, 2004; Ong et al., 2006). Las emociones positivas son estados de ánimo que nos hacen sentir bien; entre las más citadas encontramos la gratitud, el amor y el perdón, y pueden proporcionar a las personas experiencias subjetivas placenteras y sensaciones de paz (Frederickson et al., 2003).

Según Frederickson et al. (2003) la experiencia de emociones positivas son un modo resiliente de afrontar las situaciones adversas, sin embargo también existe evidencia de que las personas resilientes utilizan las emociones positivas como estrategia de afrontamiento, por lo que se puede hablar de una causalidad recíproca. Las investigaciones de Frederickson y sus colaboradores (Frederickson y Levenson, 1998; Frederickson et al., 2003), mostraron que las emociones positivas promueven la flexibilidad en el pensamiento y la resolución de problemas (Frederickson y Branigan, 2005). Además, incrementan la posibilidad de recuperarse rápidamente y a su vez son facilitadores de la recuperación. Asimismo, facilitan la construcción de recursos sociales duraderos (Fredrickson y Braniganm, 2005).

4.3.1.7. Autoeficacia

La autoeficacia también ha sido estudiada en la literatura científica como un factor que promueve la resiliencia (Elder y Conger, 2000; Gaylord-Harden, Ragsdale, Mandara, Richards y Petersen, 2007; Gu y Day, 2007; Rutter, 1979; 1985; Smith, 2002). Por ejemplo, Benight y Bandura (2004) reportaron que la autoeficacia puede ayudar a la recuperación de diversas situaciones traumáticas. Hamill (2003) realizó un estudio con estudiantes de entre 16 y 19 años, encontrando que la autoeficacia era una

característica que poseía el grupo de adolescentes resilientes, en comparación con aquellos adolescentes que se adaptaban mal.

Esta variable también es un recurso capaz de mediar la percepción de control del individuo y sus sentimientos ante las pérdidas. Además, ayuda a mantener el optimismo ante la situación adversa y activa el funcionamiento de algunos dominios incrementando la probabilidad de mantener y optimizar su funcionamiento en áreas como la inteligencia, la memoria o la salud (Bandura, 1999; Heckhausen, 2001).

4.3.1.8. Creatividad

Tal y como Metzl y Morrell (2008) apuntan, aunque son escasos los modelos y estudios que identifican la creatividad como parte de la resiliencia, la investigación ha encontrado repetidamente que muchas de las características que se asocian a la creatividad (como el pensamiento divergente, resolución de problemas y expresividad) juegan un papel protector (Luthar, 2003). Sin embargo, la mayor parte de la investigación sobre resiliencia parece descuidar el papel que la creatividad juega en este proceso (Metzl y Morrell, 2008).

Uno de los modelos sobre resiliencia que ha incluido la creatividad ha sido el de la mandala de Wolin y Wolin (1993). Además, la creatividad también ha sido considerada relevante como factor protector en diversos estudios (Bickley-Green y Phillips, 2003; Mapp y Koch, 2004; Pitri, 2001). Según Flach (1988) la creatividad ayuda a la resiliencia a través de herramientas tales como la redefinición del problema, la adquisición de información, el acceso al inconsciente, el juego y el sentido del humor.

4.3.1.9. Espiritualidad

Por otro lado, tal y como muestran Kim y Esquivel (2011), la espiritualidad también se ha asociado frecuentemente a la resiliencia. Estos autores también resaltan que la espiritualidad trasciende a las manifestaciones religiosas formales y específicas. Son diversas las investigaciones que han demostrado los aspectos protectores de la espiritualidad (Crawford, Wright y Masten, 2006; Dole, 2014; Herrman et al., 2011; Tuck y Anderson, 2014).

Conceptualmente, se ha sugerido que la espiritualidad puede facilitar la resiliencia de cuatro formas distintas: (1) ayudando a establecer relaciones de apego, (2) permitiendo el acceso a redes de apoyo social, (3) ofreciendo una guía de conducta y valores morales y (4) ofreciendo oportunidades para el crecimiento personal y el desarrollo (Crawford et al., 2006). Desde otra perspectiva, se entiende que la espiritualidad actúa como un mecanismo de afrontamiento para superar la adversidad (Van Dyke y Elias, 2007).

4.3.1.10. Introspección

La introspección o *insight*, definido como la capacidad de hacerse preguntas difíciles y darse respuestas honestas, es otra cualidad asociada a la resiliencia (Richardson, 2002; Wolin y Wolin, 1993). Para Rojas Marcos (2010), la introspección es un componente fundamental de lo que él denomina las funciones ejecutivas que se encargan de gobernar los pensamientos, las emociones y las conductas, examinar y evaluar las circunstancias, tomar las decisiones necesarias y poder alcanzar las metas que nos marcamos. Gracias a esta capacidad las personas adquieren conocimientos acerca de cómo son y pueden así configurar una visión realista de sus capacidades, lo que llevará a una mejor toma de decisiones.

Varios estudios han encontrado que la introspección es una característica de las personas resilientes. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo con mujeres camboyanas que habían sufrido tráfico de seres humanos, los datos indican que las mujeres con mayor capacidad de introspección eran las más resilientes (Gray, 2012).

4.3.1.11. Otros factores protectores personales asociados a la resiliencia

Existen otros factores personales que en menor medida se han estudiado en relación a la resiliencia. Este es el caso de la independencia, por ejemplo. Según Bernard (1993) la independencia o autonomía consiste en tener identidad propia, la capacidad de actuar con independencia y ejercer cierto control sobre el entorno, incluyendo una sensación de dominio de tareas, locus de control interno y autoeficacia. Asimismo, otros autores como Vanistendael (1996) y Wolin y Wolin (1993) han destacado la independencia como un factor relevante dentro del proceso de resiliencia.

Por otro lado, el perdón puede contribuir a la resiliencia. Por ejemplo, Worthington y Scherer (2004) encontraron que el perdón es una estrategia que reduce los riesgos para la salud y promueve la resiliencia. Campbell-Sills y Stein (2007) y Luthar (2006) también destacan la importancia de los proyectos y metas.

Por último, además de los factores protectores, se ha buscado identificar factores impulsores de la resiliencia. En este sentido, Rutter (2013) subraya la importancia de los puntos de inflexión que permiten a las personas cortar con el pasado y buscar nuevas oportunidades.

4.3.2. Factores sociales

4.3.2.1. Apoyo social

En cuanto a los factores sociales que potencian la resiliencia, el más estudiado ha sido sin duda el poseer redes de apoyo social que sirvan de ayuda a la persona (Babcock et al., 2008; Benson, 1997; Fletcher y Sarkar, 2013; Haglund et al., 2007; Herrman et al., 2011; Neria et al., 2010; Rutter, 1979, 1985; Werner, 1982; Werner y Smith, 1992; Stumblingbear-Riddle y Romans, 2012).

Las redes sociales informales (como amistades, familiares y vecinos) brindan no sólo la ayuda instrumental para resolver problemas, sino que también intervienen fortaleciendo otros recursos como la autoestima y el sentimiento de autoeficacia (Agoff et al., 2007; Fuhrer y Stansfeld, 2002; Rose et al., 2000). Por otro lado, el apoyo familiar o implicación familiar, es un recurso que ayuda a afrontar las situaciones difíciles, lo cual puede tener efectos directos e indirectos en indicadores de resiliencia (Cicchetti, 2004; Kaplan, 1999; Mutimer et al., 2007; Smart et al., 2008).

4.3.2.2. Factores culturales y comunitarios

Recientemente ha aumentado el interés por estudiar las relaciones entre cultura, comunidades y factores de resiliencia, ya que al igual que no todos los individuos reaccionan de la misma manera ante la adversidad, no todas las culturas lo hacen del mismo modo (Sherrieb, Norris y Galea, 2010). Por ejemplo, en algunas culturas se

espera y se fomenta que los niños sean más dependientes de otras personas a la hora de superar las adversidades, por el contrario, en otras culturas o comunidades se espera que los niños sean más autónomos e independientes (Grotberg, 1995).

Para que las comunidades favorezcan el desarrollo saludable de las personas, Benson (2003) resalta la necesidad de un enfoque interdisciplinario, que integre la psicología, antropología, sociología y economía con el objetivo de movilizar toda una serie de rituales (el paso de la adolescencia a la adultez), normas sociales (vínculos con las generaciones anteriores) y las capacidades individuales, entre otros. Algunos de los factores de protección de la comunidad señalados son: conexión con organizaciones prosociales (como grupos religiosos y deportivos), buena calidad del entorno (seguridad pública, centros recreativos) y buena calidad de los servicios de salud (Morton, 2013; Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche y Pfefferbaum, 2008; Putnam, 2000; Sonn y Fisher, 1998).

4.4.- INSTRUMENTOS PARA EVALUAR RESILIENCIA

Uno de los objetivos en el estudio de la resiliencia es minimizar el impacto de los factores de riesgo (como eventos estresantes de la vida) y aumentar los factores de protección (como el optimismo, apoyo social y *coping* activo), factores estos que aumentan la capacidad de los individuos para hacer frente a las adversidades (Hamill, 2003; Smith, Dalen et al., 2008). Por lo tanto, se hace imprescindible contar con instrumentos válidos y fiables para evaluar esta capacidad. Entre los instrumentos desarrollados para medir la resiliencia, los más empleados e investigados han sido los siguientes: la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (*Connor Davidson Resilience Scale*, CD-RISC; Connor y Davidson, 2003), la Escala de Resiliencia (*Resilience Scale*, RS; Wagnild y Young, 1993), la Escala de Resiliencia para Adultos (*The Resilience Scale for Adults*, RSA; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2001), el Inventario de Factores Protectores de Baruth (*Baruth Protective Factors Inventory*, BPFi; Baruth y Carroll, 2002) y la Escala de Ego Resiliencia (*Ego Resiliency Scale*; Block y Kremen, 1996).

4.4.1. Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (Connor Davidson Resilience Scale, CD-RISC; Connor y Davidson, 2003)

Entre los instrumentos diseñados para evaluar la resiliencia en adultos jóvenes y adultos destaca la CD-RISC (Connor y Davidson, 2003), que ha sido considerada como uno de los instrumentos más prometedores para evaluar la resiliencia (White, Driver y Warren, 2008). Según los resultados de Connor y Davidson (2003), la escala se compone de cinco dimensiones: (1) competencia personal, altos estándares y tenacidad, (2) confianza en sí mismo, (3) tolerancia a las situaciones negativas y el fortalecimiento de los efectos del estrés, relaciones seguras y aceptación del cambio, (4) control e (5) influencia espiritual. No obstante, la CD-RISC presenta discrepancias en el análisis de su estructura factorial, ya que esta misma estructura no se ha encontrado en otros estudios (Campbell-Sills y Stein, 2007; Singh y Yu, 2010; Yu y Zhang, 2007). Este hecho ha llevado a que distintos autores propusieran versiones abreviadas de la CD-RISC, como por ejemplo, la CD-RISC10 de Campbell-Sills y Stein (2007) y la CD-RISC2 de Vaishnavi, Connor y Davidson (2007).

Para diseñar la escala los autores partieron del modelo de Richardson (2002). Desde esta perspectiva, se considera que la resiliencia es el resultado de la suma de diferentes características personales individuales que la literatura ha mostrado que están vinculadas a la resiliencia. Para definir estas características, los autores se basaron en los trabajos de Kobasa (1979) sobre la personalidad resistente o *hardiness*, las características de resiliencia propuestas por Rutter (1985) y el trabajo de Lyons (1991) acerca de la evaluación de la paciencia y la tolerancia al estrés y/o al dolor.

Como resultado, Connor y Davidson (2003) construyeron una escala de 25 ítems que proporcionaba una puntuación total en resiliencia. La prueba se administró a pacientes de atención primaria, psiquiátricos y a población general, obteniéndose una adecuada fiabilidad test-retest, consistencia interna y validez convergente (Connor y Davidson, 2003). Además la prueba mostró una alta sensibilidad al tratamiento en pacientes con TEPT. Connor, Davidson y Lee (2003) también observaron que las víctimas de traumas violentos con alta resiliencia mostraban una mejor salud física y mental y una menor gravedad de los síntomas postraumáticos que los que tenían bajos niveles.

4.4.2. Escala de Resiliencia (Resilience Scale, RS; Wagnild y Young, 1993)

Por otro lado, la RS (Wagnild y Young, 1993) compuesta por dos factores principales (competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida) también ha sido una de las escalas más destacadas a la hora de medir la resiliencia. La RS fue el primer instrumento que se desarrolló para evaluar este constructo, así como uno de los instrumentos más ampliamente utilizados y precisos para medir la resiliencia a nivel mundial (Wagnild, 2009). Además, la RS tiene una versión abreviada de 14 ítems (RS-14) y ha sido traducida a otros idiomas (Girtler et al., 2010; Nishi, Uehara, Kondo y Matsuoka, 2010; Wagnild, 2009). Otras ventajas de esta escala incluyen la facilidad de empleo y la posibilidad de aplicarla en un amplio rango de edad, desde adolescentes hasta personas mayores (Wagnild, 2009).

Los ítems de la escala se construyeron empleando la literatura científica en un primer momento y posteriormente, fueron validados a partir de 24 entrevistas a mujeres americanas que se adaptaron con éxito a los acontecimientos importantes de la vida. Así, los 25 ítems de los que se componen la escala reflejan cinco aspectos de la resiliencia: perseverancia, confianza en sí mismo, sentido de la vida, filosofía de la vida y ecuanimidad (Sinclair y Wallston, 2004).

Wagnild (2009) llevó a cabo una revisión de 12 estudios que emplearon esta escala encontrando que los coeficientes alfa de Cronbach oscilaban entre .72 y .94 demostrando una buena consistencia interna. Asimismo, las relaciones entre esta escala de resiliencia y las variables del estudio (como el perdón, estrés, ansiedad y actividades que promueven la salud) apoyaron la validez de constructo de la RS. En la revisión que realizó Wagnild (2009) la escala se empleó con individuos de diferentes edades y niveles socioeconómicos y educativos. La RS, por lo tanto, ha demostrado ser un instrumento fiable y válido para medir la resiliencia en diversas poblaciones.

4.4.3. Escala de Resiliencia para Adultos (The Resilience Scale for Adults, RSA; Friberg et al., 2003)

Una tercera escala destinada a evaluar resiliencia es *The Resilience Scale for Adults* (RSA; Friberg et al., 2003), que pretende medir fuentes de protección intra e

interpersonales que promueven la resiliencia en edad adulta. Las dimensiones que comprende esta escala son: competencia personal, competencia social, coherencia familiar, apoyo social y estructura personal, dando lugar a una escala de 37 ítems. Esta solución factorial está en concordancia con diversas clasificaciones de resiliencia propuestas por distintos autores (Garmezy, 1993; Rutter, 1990; Werner, 1989).

Los autores desarrollaron el instrumento a partir de la literatura científica, identificando algunas de las características clave que poseen las personas que muestran resiliencia. Las características que identificaron fueron el apoyo y la cohesión familiar, los sistemas de apoyo externo y las actitudes y comportamientos disposicionales. Estas características se emplearon para construir los ítems del cuestionario, sin embargo tal y como apuntan Windle, Bennett y Noyes (2011), no está claro cómo se eligió el método de formular los ítems de la escala, o si la población objetivo estuvo involucrada en la selección de los ítems.

La validez convergente y discriminante de esta escala se ha evaluado en distintos estudios y países, mostrando buenos resultados (Friborg, Barlang, Martinussen, Rosenvinge y Hjemdal, 2005; Hjemdal, Friborg y Fossion, 2011; Jowkar, Friborg y Hjemdal, 2010; Li, Xu, He y Wu, 2012). En un estudio llevado en Irán (Jowkar et al., 2010), la validez convergente se evaluó mediante la CD-RISC (Connor y Davidson, 2003), mostrando asociaciones positivas entre ambas escalas. Todos estos resultados indican que la RSA es un instrumento válido y fiable para evaluar la resiliencia en adultos.

4.4.4. Inventario de Factores Protectores de Baruth (Baruth Protective Factors Inventory, BPFİ; Baruth y Carroll, 2002)

Baruth y Carroll (2002), por su parte, diseñaron el Inventario de Factores Protectores de Baruth (*Baruth Protective Factors Inventory*, BPFİ) compuesto por 16 ítems. El inventario evalúa cuatro factores protectores primarios encontrados en la literatura: personalidad adaptable, ambiente de apoyo, estresores menores y compensación de experiencias (Garmezy, 1993; Garmezy et al., 1984; Luthar, 1999; Rutter, 1987).

El inventario se desarrolló a partir de una batería de ítems desarrollados en base a los cuatro factores primarios mencionados. Posteriormente, los ítems fueron evaluados por un grupo de expertos en resiliencia y de cada uno de los factores se seleccionaron los cuatro ítems más representativos (Baruth y Carroll, 2002).

La validez de constructo se ha examinado a través de las correlaciones entre las escalas del BPGI y otros instrumentos cuya validez y fiabilidad ha sido demostrada (Costa y McCrae, 1998; Lazarus y Folkman, 1989; Ruchman, Lanyon y Karoly, 1998). Tal y como afirman Baruth y Carroll (2002), la fiabilidad y validez del inventario necesitan seguir poniéndose a prueba, ya que hasta la fecha no existen aplicaciones de este inventario en la literatura.

4.4.5. Escala de Ego Resiliencia (*Ego Resiliency Scale*; Block y Kremen, 1996)

Por último, entre las escalas más mencionadas se encuentra la Escala de Ego Resiliencia (Block y Kremen, 1996) que mediante 14 ítems evalúa las habilidades de un individuo para expresar auto-control en respuesta a las demandas de su entorno.

El constructo de ego resiliencia fue formulado en el contexto del desarrollo de la personalidad y tiene unas bases teóricas sólidas (Windle, Bennett y Noyes, 2011). Se define como una característica psicológica perdurable en el tiempo que promueve la adaptación humana y que en ocasiones ha sido empleada por los investigadores para medir resiliencia (J., Block, 1950, 2002; J. H., Block, 1951). Block y Kremen (1996) señalan que el desarrollo de la escala en los últimos años ha sido impulsado empíricamente, que las decisiones conceptuales no han sido del todo sistemáticas y que los cambios en la escala no se han registrado adecuadamente.

Los resultados del estudio inicial de Block y Kremen (1996) sugirieron una estructura unifactorial y una consistencia interna aceptable. De forma similar, otros autores en sus estudios encontraron que la estructura de la escala es unidimensional y que posee una consistencia interna y validez de constructo adecuadas (Caprara, Steca y De Leo, 2003; Fonzi y Menesini, 2005; Letzring, Block y Funder, 2005). Otras investigaciones que han utilizado el análisis factorial confirmatorio para estudiar las propiedades de la escala, han demostrado que la solución que ofrece mejor ajuste a los

datos consiste en una solución de dos factores (Alessandri, Vecchio, Steca, Caprara y Caprara, 2008; Fonzi y Menesini, 2005; Vecchione, Alessandri, Barbaranelli y Gerbino, 2010).

4.5.-CONCLUSIONES

En este capítulo se ha reflejado la gran variabilidad metodológica que existe en el estudio de la resiliencia (Miller-Lewis et al., 2013). Este hecho podría considerarse positivo, ya que permite abordar este concepto de diversas formas. Sin embargo, no sucede así ya que en la mayoría de las investigaciones que se llevan a cabo no se especifica de qué forma se está abordando la resiliencia lo que da lugar a confusión y falta de consistencia en los resultados de los estudios (Olsson et al., 2003).

Asimismo, a lo largo de este capítulo se han expuesto diversas teorías que tratan de explicar el fenómeno de la resiliencia. Las distintas teorías además, son un reflejo de las distintas conceptualizaciones de la resiliencia. De este modo algunas teorías se centran en explicar el proceso de resiliencia (Richardson et al., 1990), otras las fuentes de la misma (Grotberg, 1996) y otras los factores protectores (Wolin y Wolin, 1993). Al mismo tiempo, algunos modelos ponen el foco en el individuo (Wolin y Wolin, 1993), mientras que otros tienen una visión más amplia que abarca los aspectos ecológicos también (Ungar, 2003). Tal y como se ha explicado en el capítulo la literatura científica también da cuenta de un elevado número de factores con los que cuentan los individuos para hacer frente a las adversidades (Grimaldo, 2004; Lee et al., 2012; Tuck y Anderson, 2014).

Finalmente, a pesar de que las escalas mencionadas han demostrado tener una buena fiabilidad y validez (Ahern, Kiehl, Sole y Byers, 2006; Crespo, Fernández-Lansac y Soberón, 2014; Las Hayas *et al.*, 2014; Manzano-García y Ayala, 2013; Serrano-Parra et al., 2012), también adolecen de ciertas limitaciones, ya que o no tienen en cuenta el entorno social del individuo y/o únicamente consideran un número limitado de las cualidades de resiliencia. Por lo tanto, sería necesario desarrollar un instrumento de medida que tenga en cuenta las características personales y las condiciones sociales para aprehender el constructo de resiliencia (Anderson et al., 2012). Asimismo, es

necesario que el instrumento de medida esté diseñado y adaptado a las características específicas de cada cultura (Jowkar et al., 2010).

CAPÍTULO V

RESILIENCIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LA PAREJA

5.1.- LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE RESILIENCIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LA PAREJA

Tal y como señalan diversos autores (Goodman et al., 2003; Humphreys, 2003), en lo que se refiere a la adaptación de las mujeres después de salir de la relación abusiva se conoce más sobre los síntomas postraumáticos que sobre la resiliencia. Esto se debe a que la investigación sobre este tipo de violencia se ha ocupado de estudiar sus consecuencias negativas, olvidándose de estudiar cómo las mujeres luchan contra la adversidad. Por lo tanto, no se tiene una visión completa sobre el proceso de resiliencia de las mujeres (Cobb, Tedeschi, Calhoun y Cann, 2006; Perez, Johnson y Wright, 2012). Es decir, el listado de síntomas que muestra este colectivo de mujeres no aporta información sobre las fortalezas y recursos que las permiten ser resilientes. Sin embargo, estas ideas no quieren decir que el dolor de las víctimas de violencia de género deba ser minimizado (Anderson et al., 2012).

Un ejemplo de la falta información acerca de cómo estas mujeres llevan a cabo la recuperación queda patente en el modelo de Landenburger (1998). Esta autora identificó la recuperación como obtener un nuevo equilibrio y significado en la vida después del cese de la violencia. Sin embargo, no se especifica qué es lo que ayuda a las mujeres a alcanzar dicho estado. Por otro lado, diversos autores plantean que la adaptación consiste en el manejo de los síntomas postraumáticos y otras demandas de la vida cotidiana como la vivienda, los alimentos y la atención médica (Benight, Harding-Taylor, Midboe y Durhan, 2004; Woods y Isenberg, 2001). Sin embargo, nuevamente no se indica lo que ayuda a las mujeres a conseguir ese manejo efectivo.

Diversas investigaciones (Canaval, González y Sánchez, 2007; Humphreys, 2003; Jaramillo-Vélez et al., 2005; Roditti et al., 2010) han evaluado la resiliencia en mujeres maltratadas a través de escalas de resiliencia como por ejemplo la RS (Wagnild y Young, 1993), como si se tratara de un rasgo de la personalidad. Sin embargo, la investigación en resiliencia ha demostrado que existe una interacción entre las características personales (como el optimismo y la identidad positiva), el ambiente familiar (como la expresividad emocional) y las interacciones sociales (como contar con una persona de confianza) y que de esta interacción surge la respuesta resiliente (Luthar et al., 2000; Rutter, 1990; Tusaie y Dyer, 2004). Por lo tanto, sería necesario un

instrumento de medida que tenga en cuenta las características personales y las condiciones sociales para aprehender el proceso de resiliencia en mujeres maltratadas (Anderson et al., 2012).

Por otro lado, otras investigaciones se han focalizado en estudiar los factores protectores que ayudan a las mujeres a recuperarse del trauma (p.ej. Coker, Smith, et al., 2002; Waldrop y Resick, 2004; Watlington y Murphy, 2006). A pesar de que estas investigaciones solo tienen en cuenta un número de factores protectores limitados, han sido importantes en el estudio de la resiliencia en mujeres maltratadas. Más adelante se expondrán dichos factores protectores.

Dentro de la investigación sobre resiliencia en mujeres maltratadas la metodología de investigación más empleada ha sido la cualitativa (p.ej. Ahmad, Rai, Petrovic, Erickson y Stewart, 2013; Critelli, 2012; Häggblom y Möller, 2007; Smith, 2003).

Por otro lado, independientemente de la metodología empleada, parece que en la investigación sobre violencia de género ha habido un cambio en el modo en el que se ve a las mujeres, en el sentido de que ya no se las considera víctimas pasivas y sin recursos, si no que se percibe a las mujeres como supervivientes (Roditti et al., 2010; Stone, 2002).

5.2. RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SOBRE RESILIENCIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La literatura científica pone de manifiesto que las mujeres maltratadas pueden ser resilientes (Anderson et al., 2012; Coker, Davis, et al., 2002; Humphreys, 2003; Roditti et al., 2010; Waldrop y Resick, 2004; Watlington y Murphy, 2006). A continuación, se exponen los resultados de las investigaciones más relevantes en esta área. Para ello, se han dividido los diversos factores encontrados en individuales y sociales y culturales.

5.2.1. Factores individuales

5.2.1.1. Empoderamiento

El concepto de empoderamiento se basa en la teoría feminista y ha despertado un gran interés por parte de los profesionales. Sin embargo, a pesar de este interés, no existe consenso sobre la mejor manera de conceptualizarlo y estudiarlo empíricamente (Perez et al., 2012). Probablemente, la definición más aceptada en la actualidad sea la que lo define como el proceso de obtener influencia sobre los eventos y resultados que son importantes para la persona (Foster-Fishman, Salem, Chibnall, Legler y Yapchai, 1998). Además, se ha conceptualizado el empoderamiento como un concepto dinámico que implica diferentes aspectos dependiendo del grupo de pertenencia de la persona y como cambiante en el tiempo (Foster-Fishman et al., 1998; Zimmerman, 2000).

En el marco de la violencia de género, Johnson et al. (2005) definen el empoderamiento como el facilitar a las mujeres el acceso a las habilidades y recursos para poder afrontar de forma efectiva los estresores y traumas actuales y futuros. Según esta definición, el empoderamiento abarca diversas actitudes y conductas como la autoevaluación positiva, autoestima, conciencia de la identidad cultural, autoeficacia, autocuidado y asertividad, entre otros (Worell y Remer, 2003).

La investigación con mujeres maltratadas ha demostrado que el empoderamiento es un factor protector que atenúa las secuelas del trauma (Perez et al., 2012; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004; Wright, Perez y Johnson, 2010). Sin embargo, el efecto protector del empoderamiento no está claro cuando se tienen en cuenta los niveles de violencia a los que han estado expuestas las mujeres. Por ejemplo, en el estudio de Perez et al. (2012) los resultados muestran que en el caso de las mujeres expuestas a elevados niveles de violencia el empoderamiento no actúa como un factor protector. Los autores hipotetizan que este resultado se debe a que el empoderamiento puede poner a este grupo de mujeres en un mayor riesgo de sufrir abuso. Por el contrario, Wright et al. (2010) encontraron que para las mujeres que sufrían mayor gravedad de violencia el empoderamiento se asociaba con una disminución de los síntomas de TEPT.

5.2.1.2. Espiritualidad

La espiritualidad es uno de los factores protectores más frecuentemente estudiados en la literatura científica sobre víctimas de violencia de género (Anderson et al., 2012; Coker, Davis, et al., 2002; Drumm, 2013; Farley, 2007; Gillum, Sullivan y Bybee, 2006; Mitchell et al., 2006; Smith, Stewart, Myers y Latu, 2008; Watlington y Murphy, 2006). Esto se debe a que la espiritualidad juega un papel importante en la resiliencia de las mujeres dándoles fuerza, mostrándoles los beneficios del sufrimiento y dándole un sentido a sus vidas (Anderson et al., 2012).

En estos estudios la espiritualidad no está necesariamente asociada a una religión concreta, si no que se trata más bien de una fuerza trascendente o un poder superior (Anderson et al., 2012; Gillum et al., 2006; Humphreys, 2000; Taylor, 2004).

Por ejemplo, Gillum et al. (2006) encontraron que el 97% de las participantes de su muestra habían identificado la espiritualidad como una fuente de fortaleza. Además, la espiritualidad predijo mayor bienestar psicológico y una disminución en la depresión. De forma similar, en la muestra de Anderson et al. (2012) 23 mujeres de 31 indicaron que la espiritualidad había sido una constante en sus vidas que les ofrecía fortaleza, protección, amor y esperanza. Los resultados del estudio de Watlington y Murphy (2006) ponen de manifiesto que las mujeres con mayores niveles de espiritualidad y participación religiosa tenían menos síntomas depresivos. Asimismo, la participación religiosa estaba inversamente relacionada con los síntomas de TEPT.

Cabe destacar que los resultados no son consistentes en la literatura. Por ejemplo, Coker, Davis, et al. (2002) encontraron que niveles altos de religiosidad no estaban asociados con una reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT. Sin embargo, si existía asociación con la disminución en el abuso de alcohol.

En el estudio llevado a cabo por Taylor (2004) las mujeres empleaban diversas técnicas para aumentar su espiritualidad, como por ejemplo, la oración, meditación, autoafirmaciones diarias, leer literatura positiva y crear arte, entre otras.

5.2.1.3. Afrontamiento

Tal y como se ha explicado en un capítulo anterior, el afrontamiento y la resiliencia son conceptos diferentes (Greve y Staudinger, 2006; Luthans y Youssef, 2007). No obstante, el afrontamiento es una parte importante del proceso de resiliencia (Coutu, 2002; Luthans y Youssef, 2007).

Diversos estudios ponen de manifiesto que los mecanismos de afrontamiento pueden contribuir a reducir las consecuencias adversas del maltrato (Kemp, Green, Hovanitz y Rawlings, 1995; Rodriguez, 2012; Taft, Resick, Panuzio, Vogt y Mechanic, 2007). Sin embargo, los resultados en la literatura son inconsistentes en cuanto al tipo de estrategias de afrontamiento que emplean las mujeres y las consecuencias que tienen el uso de tales estrategias en la salud mental de las mismas (Clements et al., 2004; Flicker, Cerulli, Swogger y Talbot, 2012).

Las estrategias de *coping* han sido categorizadas de distintas formas, por un lado pueden ser centradas en el problema versus centradas en la emoción y por otro lado, de aproximación versus de evitación (Flicker et al., 2012).

Los resultados de algunas investigaciones indican que en el caso de las mujeres maltratadas las estrategias de afrontamiento centradas en el problema están asociadas con una disminución en los síntomas depresivos (Clements y Sawhney, 2000; Kuyken y Brewin, 1999; Mitchell y Hodson, 1983). Por otro lado, otros estudios han encontrado que el afrontamiento centrado en la emoción está relacionado de forma negativa con la depresión (Holahan, Moos y Schaefer, 1996; Mitchell y Hodson, 1983) y de forma positiva con los síntomas de TEPT (Arias y Pope, 1999).

En lo que respecta a las estrategias de aproximación y de evitación, en un estudio se encontró que las estrategias de aproximación predecían una mejor salud mental en las mujeres, mientras que las de evitación predecían peores resultados (Taft, Resick et al., 2007). En el estudio de Kemp et al. (1995) en cambio, no se encontró asociación alguna entre este tipo de *coping* y los síntomas de TEPT. En otro estudio, el *coping* de evitación mediaba el impacto del abuso psicológico en los síntomas de estrés de las mujeres (Calvete, Corral y Estévez, 2008).

Flicker et al. (2012) señalan que estas inconsistencias se deben en parte a las diferencias metodológicas y de la muestra. Otros autores consideran que estas diferencias en los resultados se pueden atribuir a las diferentes formas de conceptualizar y medir los estilos de afrontamiento (Waldrop y Resick, 2004).

5.2.1.4. Autoestima

Diversos estudios han encontrado que la autoestima es un factor que puede contribuir a reducir las consecuencias adversas del maltrato (Bradley, Schwartz y Kaslow, 2005; Davis, 2002; Humphreys, 2003; Senter y Caldwell, 2002; Song y Shih, 2010).

En el estudio de Bradley et al. (2005) la autoestima correlacionó negativamente con los síntomas de TEPT. Senter y Caldwell (2002) encontraron que aprender a quererse y aceptarse a sí mismas fue una parte importante para cambiar los patrones de pensamiento destructivos. Humphreys (2003), por su parte, evaluó a las mujeres con la *Resilience Scale* (RS; Wagnild y Young, 1993). Esta escala mide algunos aspectos que guardan una estrecha relación con la autoestima. Los resultados indicaron que los síntomas, evaluados a través del Listado de Comprobación de Síntomas (SCL-90; Derogatis, 1983), correlacionaban inversamente con las puntuaciones de la escala de resiliencia.

Otros estudios en cambio, han empleado la autoestima como un indicador de resultado resiliente (Crespo et al., 2014; Griffiths et al., 2015; Fiorentino, 2008). Tal y como Filbert y Flynn (2010) apuntan, la autoestima y/o los constructos que hacen referencia a la imagen que uno tiene de sí mismo a menudo han sido presentados como variables de resultado de la resiliencia. Por ejemplo, en un estudio sobre la resiliencia en situaciones de discriminación llevado a cabo con universitarios extranjeros se encontró que la autoestima era el resultado de diversos factores de resiliencia (Lee, 2005).

Tal y como se ha mencionado en capítulos anteriores, la baja autoestima es una de las secuelas de los malos tratos recibidos en una relación de pareja y un alto porcentaje de mujeres tiene dificultades en esta área como consecuencia del maltrato

sufrido (Amor et al., 2002; Barnett, 2001; Clements et al., 2004; Johnson y Zlotnick, 2007). Por este motivo, en el presente trabajo la autoestima será considerada como un resultado positivo de la resiliencia, ya que se prevé que las mujeres participantes del estudio tendrán una baja autoestima como consecuencia de la violencia y serán las mujeres con mayor resiliencia las que como resultado muestren una mejor autoestima.

5.2.1.5. Altruismo

Según diversos estudios, el altruismo también juega un papel relevante en la resiliencia de las mujeres (Davis, 2002; Smith, 2003; Senter y Caldwell, 2002; Song y Shih, 2010; Oke, 2008; Taylor, 2004). Las investigaciones demuestran que éstas emplean sus propias historias para ayudar a otras mujeres (Senter y Caldwell, 2002). Además, en los estudios de Oke (2008) y Smith (2003) las mujeres adquirieron un propósito en la vida ayudando a otras personas.

5.2.1.6. Redescubrirse

Según Smith (2003), durante el proceso de resiliencia las mujeres redescubren quienes son. Esto es consistente con los resultados encontrados por otros investigadores (p.ej. Davis, 2002; Senter y Caldwell, 2002; Oke, 2008; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004; Yick, 2008). De forma similar, Wuest y Merritt-Gray (2001) encontraron que las mujeres se sentían orgullosas de la persona en la que se habían convertido después de salir de la relación abusiva. En el estudio de Taylor (2004) se describe este proceso como reclamar el *self*, es decir, descubrir quiénes son y qué es lo quieren.

En el estudio de Oke (2008) las actividades que las ayudaron a ser más conscientes de sí mismas fueron las prácticas reflexivas como la meditación, lectura, escritura y prácticas religiosas.

5.2.1.7. Perdón

Algunas investigaciones señalan que perdonar al maltratador es una parte esencial del proceso de resiliencia de algunas mujeres (Humphrey, 2000; Senter y Caldwell, 2002; Taylor, 2004; Yick, 2008). Basándose en los resultados de su estudio

Taylor (2004) apunta que el perdón incluye resolver las emociones negativas que tienen las mujeres hacia el maltratador debido a la violencia sufrida a manos de este. También añade que perdonar no implica olvidar lo que sucedió o dar otra oportunidad al maltratador. En la muestra de mujeres que evaluaron Wuest y Merritt-Gray (2001), por el contrario, el perdón no fue un factor de resiliencia relevante en las mujeres.

5.2.1.8. Otros factores de resiliencia en mujeres maltratadas

A pesar de que han sido estudiados en menor grado, en la literatura científica aparecen otros factores que ayudan a las mujeres que han sufrido violencia de género a recuperarse. Este es el caso de la creatividad (Taylor, 2004). Davis (2002) encontró que las mujeres de su muestra empleaban la escritura en su proceso de resiliencia. Así, algunas de ellas empleaban la poesía para describir cómo habían logrado su proceso de resiliencia. Esto es congruente con los resultados del estudio de Smith (2003), quien encontró que las mujeres describían como parte de su proceso de resiliencia escribir un diario.

Algunas investigaciones han puesto de manifiesto que el tener metas y objetivos es importante en el proceso de resiliencia de las mujeres (Anderson et al., 2012; Davis, 2002; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004). En algunos estudios estas metas están relacionadas con volver a estudiar (Smith, 2003; Taylor, 2004). Asimismo, tener la capacidad de dejar que el pasado se marche fue importante en el proceso de resiliencia de algunas mujeres (Davis, 2002; Smith, 2003; Senter y Caldwell, 2002). En el estudio de Davis (2002) las mujeres explicaron que trataban de crear atmósferas que les permitieran vivir el momento presente.

Asimismo, algunos estudios demuestran que mirar hacia el futuro con optimismo fue un factor importante para las mujeres (Senter y Caldwell, 2002; Taylor, 2004). De forma similar, Anderson et al. (2012) evaluaron en una muestra de mujeres los síntomas de TEPT y la resiliencia. Para evaluar la resiliencia emplearon la CD-RISC (Connor y Davidson, 2003), que evalúa entre otros aspectos el optimismo, y encontraron que las puntuaciones en la CD-RISC mostraron que las mujeres tenían altos niveles de resiliencia. Además, mayores niveles de resiliencia correlacionaron inversamente con los síntomas de TEPT.

Por otro lado, la esperanza (Davis, 2002; Deegan, 1988) y el sentido del humor (Davis, 2002) fueron aspectos importantes en la resiliencia de las mujeres. Además, en algunos estudios las mujeres hablaron de un sentimiento de libertad o independencia que fue importante en su proceso de resiliencia (Senter y Caldwell, 2002; Smith, 2003). Relacionado con la independencia, el poder tomar sus propias decisiones también fue un factor importante para algunas mujeres en el estudio de Oke (2008).

Senter y Caldwell (2002) también encontraron que la introspección fue una parte importante en el proceso de resiliencia de las mujeres. Este trabajo requirió de una enorme sinceridad por parte de las mujeres consigo mismas. Algunas actividades que las ayudaron a explorarse a sí mismas fueron la terapia, lectura de libros religiosos, incluyendo la biblia, escuchar cintas de audio y ver programas de televisión que las inspiraban (Senter y Caldwell, 2002).

En cuanto a la decisión de salir de la relación abusiva, algunas mujeres hablan de una determinación o fuerza de voluntad que las impulsa a dejar al maltratador (Davis, 2002). En el estudio de Critelli (2012) las mujeres alcanzaron un punto de inflexión o de ruptura que las llevó a salir de la relación abusiva.

5.2.2. Factores sociales y culturales

5.2.2.1. Contexto cultural

Es necesario entender el proceso de resiliencia en mujeres maltratadas dentro de un contexto cultural y social concreto, ya que, las fortalezas personales de las mujeres solo son una parte del dibujo (Oke, 2008). Del mismo modo, Roditti et al. (2010) afirman que el concepto de resiliencia tiene que ser entendido dentro de un contexto más amplio. Critelli (2012) indica que la violencia de género es el resultado de la interacción de factores estructurales, sociales e individuales y que estos factores pueden proteger a las mujeres o por el contrario, exponerlas a mayor riesgo.

Al igual que ha ocurrido con los factores individuales, los investigadores se han centrado en buscar aquellos factores de riesgo que están asociados con la cultura (e.g., Colombini, Mayhew, Ali, Shuib y Watts, 2013; Roditti et al., 2010; Tang, Wong y

Cheung, 2002; Xu et al., 2005). Sin embargo, algunos estudios han encontrado que diversos aspectos culturales pueden actuar como factores protectores.

Por ejemplo, los resultados de Oke (2008) muestran que el proceso de resiliencia de las mujeres maltratadas dependía, al menos en parte, de la cultura en la que estaban inmersas las mujeres, de tal forma que las mujeres de su muestra que vivían en culturas más cohesionadas mostraban más resiliencia. Los resultados de otro estudio indican que las construcciones que las mujeres realizan sobre la relación abusiva están influenciadas por los discursos sociales y culturales y que esto, puede facilitar o dificultar la salida de la relación de maltrato (Hou et al., 2013).

Por otro lado, en un estudio con mujeres de Taiwan, Hou et al. (2013) encontraron que las actitudes positivas de la comunidad y la obligación pública de ayudar a las mujeres que sufren violencia pueden ayudar a las mujeres a aumentar su resiliencia. De forma similar, distintos estudios señalan que aquellas culturas en las que existe mayor igualdad entre mujeres y hombres ayuda a las mujeres que han vivido violencia en la pareja a ser más resilientes (Hou et al., 2013; Rinfret-Raynor et al., 2004). En un estudio llevado a cabo con mujeres de Australia y Mongolia los resultados ponen de manifiesto que las mujeres que viven en culturas más colectivistas muestran más resiliencia (Oke, 2008).

Asimismo, en la literatura científica se han identificado distintos valores culturales que dificultan a las mujeres mostrarse resilientes. Por ejemplo, en algunas culturas se impulsa a las mujeres a tener como modelo a la Virgen María, lo que promueve la importancia del autosacrificio en las mujeres (Roditti et al., 2010). Por otro lado, las culturas que otorgan una excesiva importancia a la unidad familiar también dificultan la resiliencia de las mujeres (Campos et al., 2008; Roditti et al., 2010). Por último, es un estudio que se llevó a cabo con mujeres chinas, los resultados ponen de manifiesto que las actitudes que culpan a la víctima pueden llevar a una victimización secundaria, lo cual puede perpetuar el ciclo de la violencia (Tang et al., 2002).

5.2.2.2. *Apoyo social formal e informal*

Uno de los factores que puede proteger a las mujeres maltratadas de experimentar consecuencias adversas en la salud mental es el apoyo social (Coker, Smith, et al., 2002; Paat, 2014). En cuanto a la forma de conceptualizarlo y medirlo, existe una gran variabilidad entre los investigadores (Bauman, Haaga, Kaltman y Dutton, 2012). Tradicionalmente, se ha dividido el apoyo social en cuatro categorías según su función: autoestima, información, pertenencia e instrumental (Cohen y Hoberman, 1983). Sin embargo, no está claro si el apoyo social es un concepto unidimensional o multidimensional, ya que los resultados de las investigaciones son inconsistentes (Bauman et al., 2012). Así, los resultados de algunos estudios apoyan la idea de que se trata de un concepto multidimensional (Cohen y Hoberman, 1983; Kocot y Goodman, 2003; Rogers, Anthony y Lyass, 2004), mientras que otras indican que el apoyo social es unidimensional (Bauman et al., 2012; Östberg y Lennartsson, 2007; Schonfeld, 1991; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996).

Bauman et al. (2012) defienden la idea de que la inconsistencia en la literatura se debe a que los factores del apoyo social dependen de la población en la que se esté evaluando y en base a los resultados de su estudio sostienen que es más apropiado conceptualizar el apoyo social en mujeres maltratadas como un concepto unidimensional.

Por otro lado, investigaciones recientes sugieren que el apoyo social se relaciona con los resultados en la salud mental de las mujeres maltratadas a través de diversas vías (Bauman et al., 2012). Los estudios ponen de manifiesto que el apoyo social puede tener un efecto principal, moderador o mediador en los síntomas de las mujeres (Bauman et al., 2012; Beeble et al., 2009; Canady y Babcock, 2009).

En cualquier caso, una gran cantidad de estudios han demostrado que un mayor apoyo social está asociado a una reducción en el riesgo de padecer una pobre salud mental en las mujeres víctimas de abuso en la pareja (Beeble et al., 2009; Buesa y Calvete, 2013; Bent-Goodley y Fowler, 2006; Coker, Smith, et al., 2002; Farley, 2007; Kocot y Goodman, 2003; Mitchell et al., 2006; Smith, Stewart et al., 2008; Watlington y Murphy, 2006).

Por ejemplo, en el estudio de Coker, Smith, et al. (2002) aquellas mujeres que tenían más apoyo social tenían menos síntomas depresivos, de TEPT y menor cantidad de intentos de suicidio. Igualmente, en los resultados del estudio de Watlington y Murphy (2006) los niveles más altos de apoyo social estaban asociados con menos síntomas de TEPT. Goodman et al. (2005) encontraron que el apoyo social era un factor protector contra las futuras victimizaciones, excepto en aquellas mujeres que experimentaron niveles más altos de violencia. Por su parte, Buesa y Calvete (2013) evaluaron cuatro tipos de apoyo social percibido (formal, familiar, red social y de una persona significativa). Los resultados de su estudio muestran que únicamente el apoyo percibido por parte de una persona de confianza se asociaba a menos síntomas de depresión y estrés postraumático.

Si se atiende a la fuente de procedencia, el apoyo social puede ser formal o informal (Roditti et al., 2010). El apoyo social informal que ayuda a las mujeres a recuperarse son los miembros de la familia, las amistades, compañeros de trabajo o estudios, vecinos y miembros de diversas organizaciones, como la iglesia (Davis, 2002; Roditti et al., 2010; Rose et al., 2000; Senter y Caldwell, 2002; Smith, 2003; Taylor, 2004).

En cuanto al apoyo social formal, los recursos de la comunidad, fueron importantes para la resiliencia de las mujeres, ya que las proveía de un lugar para vivir, ayuda legal, acceso al empleo, etc. (Davis, 2004; Schultz et al., 2009). Asimismo, la terapia tanto grupal como individual actúa como un factor de resiliencia importante en las mujeres (Critelli, 2012; Davis, 2002; Senter y Caldwell, 2002; Smith, 2003; Oke, 2008; Taylor, 2000). Por ejemplo, Taylor (2000) encontró que los grupos de apoyo fueron muy importantes para las mujeres debido a que las hacía sentir conectadas con otras personas y comprendidas. Según Smith (2003), el grupo de mujeres es terapéutico a causa de la conexión que surge entre la mujer y el grupo. Además, los grupos de mujeres maltratadas ayudan a crear redes de apoyo social (Davis, 2002).

5.2.2.3. Recursos materiales

Una de las consecuencias de salir de la relación abusiva es que las mujeres pierden recursos materiales importantes como la casa, la seguridad económica y otros

recursos básicos (Roberts y Burman, 2007; Sullivan y Gillum, 2001). Es importante tener esto en cuenta, ya que la investigación indica que este tipo de recursos son importantes en el proceso de resiliencia de las mujeres (Carlson, McNutt, Choi y Rose, 2002; Rodriguez, 2012; Senter y Caldwell, 2002; Werner-Wilson, Schindler y Whalen, 2000).

Rodriguez (2012) afirma que las mujeres necesitan un hogar en el que puedan sentirse seguras para poder superar la experiencia traumática. Además, Carlson et al. (2002) encontraron que el empleo actúa como un factor protector sobre los síntomas de depresión y ansiedad en las mujeres. Otras fuentes externas de protección incluyen la ausencia de problemas económicos (Carlson et al., 2002; Williams y Mickelson, 2004), ayuda para el cuidado de los hijos/as (Morrison, Page, Sehl y Smith, 1986; Wettersten et al., 2004), servicios de la comunidad (Hayati, Eriksson, Hakimi, Högberg y Emmelin, 2013; Wettersten et al., 2004) y justicia social (Garcia y McManimon, 2011; Werner-Wilson et al., 2000).

5.2.3. Relaciones entre factores protectores

Diversas investigaciones ponen de manifiesto que existe interrelación entre los factores de resiliencia (p.ej. Critelli, 2012; Gillum et al., 2006; Humphrey, 2000; Smith, 2003; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004). Asimismo, Song y Shih (2010) apoyan la idea de que la mejora en uno de los aspectos de la vida de las mujeres puede crear un efecto dominó en el resto de áreas de la vida.

Por ejemplo, en el estudio de Humphrey (2000) el 82% de las mujeres afirmó que el perdón al maltratador era una parte importante de su espiritualidad. Taylor (2004) también encontró que existía relación entre la espiritualidad y el perdón al maltratador. Por otro lado, según los resultados del estudio de Gillum et al. (2006) y Watlington y Murphy (2006) existía asociación entre participar en actividades religiosas y tener una red de apoyo social más amplia.

Según los resultados del estudio de Senter y Caldwell (2002), cuatro de nueve mujeres emplearon la terapia para conocerse mejor y poder llevar a cabo un proceso de

introspección. Por otro lado, la terapia grupal también sirve a algunas mujeres para ampliar su red social (Smith, 2003).

A pesar de que es importante conocer las relaciones entre los factores de resiliencia que poseen las mujeres maltratadas, hasta la fecha son muy escasas las investigaciones que aportan datos al respecto.

5.2.4. Influencias de otras variables en el proceso de resiliencia

Los estudios han demostrado que además de los factores de resiliencia existen otras variables que están relacionadas con el proceso de resiliencia como el nivel educativo (Anderson et al., 2012), la severidad de la violencia sufrida (Carlson et al., 2002; Perez et al., 2012), la raza (Wright et al., 2010) y la maternidad (Carpiano, 2000).

Anderson et al. (2012) encontraron que el mayor nivel educativo de las mujeres correlacionaba de forma inversa con los síntomas de TEPT. Aquellas mujeres con niveles educativos más bajos también tenían mayor puntuación en la escala del TEPT, así como menores puntuaciones en la escala de resiliencia.

La severidad de la violencia también juega un papel relevante en la resiliencia que muestran las mujeres. En el estudio de Carlson et al. (2002) las mujeres que referían haber sufrido un abuso más severo tenían menos probabilidades de beneficiarse de los factores protectores (apoyo social, educación, empleo, autoestima, buena salud y ausencia de dificultades económicas). Al mismo tiempo, las mujeres que habían sufrido más abuso, tenían menos probabilidades de tener factores protectores. Sin embargo, los resultados de este estudio indican que los niveles elevados de abuso no neutralizaban totalmente los beneficios de los factores protectores. La relación entre severidad del abuso y resiliencia ha sido probada en otras investigaciones (p.ej. Anderson et al., 2012; Perez et al., 2012).

A pesar de que algunos estudios han demostrado que aquellas mujeres que sufren mayores niveles de violencia tienen menos resiliencia (Carlson et al., 2002; Perez et al., 2012), esto no es cierto en todos los casos, puesto que entra en juego otra variable, la raza. La investigación ha demostrado que las mujeres afroamericanas, a

pesar de sufrir violencia más severa en las relaciones de pareja que las mujeres blancas, tienen menos síntomas psicológicos relacionados con el abuso, mayores niveles de empoderamiento y más resiliencia (Lilly y Graham-Bermann, 2009; Peterson, Lowe, Aquilino y Schneider, 2005; Tjaden y Thoennes, 2000). En el estudio de Wright et al. (2010) el empoderamiento medió la relación entre raza y TEPT y entre la raza y la depresión, sugiriendo que las mujeres afroamericanas empoderadas mostraban mayor resiliencia cuando se enfrentaban a una situación de maltrato en la pareja.

En último lugar, los resultados del estudio de Carpiano (2002) revelan que las mujeres que habían sufrido maltrato en la pareja y eran madres tardaron más tiempo en recuperarse del abuso y tenían peor salud física y mental (tanto percibida como real) en comparación con las mujeres maltratadas que no ejercían la maternidad. El autor considera que la maternidad supone un estresor adicional que dificulta la resiliencia.

5.3.-MODELOS DE RESILIENCIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Por último, se presentan dos modelos importantes en cuanto a resiliencia en mujeres maltratadas: el modelo de Foa et al. (2000), que en realidad incluye un modelo ambiental y otro psicológico, y el modelo propuesto por Giles y Curren (2007).

5.3.1. Modelo psicológico y ambiental (Foa et al., 2000)

Con el objetivo de comprender todos los factores involucrados en la violencia en la pareja, Foa et al., (2000) proponen dos modelos que incluyen constructos multifacéticos como las dificultades psicológicas, la resiliencia y la violencia en la pareja. Este es un modelo hipotético basado en la evidencia científica y en el trabajo llevado a cabo por las autoras.

Para comprender los factores que están implicados en el mantenimiento o cese de la violencia, Foa et al. (2000) proponen un modelo psicológico que incluye diversos factores que afectan directamente a las dificultades psicológicas y la resiliencia. En este modelo se hipotetiza que las dificultades psicológicas de la mujer se verán exacerbadas

por dos factores, además de por la victimización actual. Estos factores son la historia de traumas previos y los esquemas cognitivos negativos. Por otro lado, la resiliencia se verá incrementada por un factor, los esquemas cognitivos positivos. Además, la percepción que la mujer tiene de su relación con el maltratador está relacionada de forma positiva con la violencia en la pareja.

De acuerdo a lo que plantean Foa et al. (2000), diversas investigaciones ponen de manifiesto que los traumas durante la infancia se relacionan con mayores dificultades asociadas al maltrato (Bensley, Van Eenwyk y Wynkoop, 2003; Campbell et al., 2008; Cavanaugh et al., 2012). Las autoras del modelo (Foa et al., 2000) afirman que los esquemas cognitivos negativos afectan a las dificultades psicológicas que la mujer tiene a causa del maltrato. Concretamente, Foa et al. (2000) plantean que los esquemas asociados a mayores dificultades psicológicas son el enfado, culpa, afrontamiento desadaptativo y síntomas disociativos. La influencia de estos esquemas sobre las dificultades psicológicas de las mujeres ha sido probada en diversos estudios (Dutton et al., 1994; Kubany et al., 2003; Arias y Pope, 1999). Por otro lado, Foa et al. (2000) afirman que los esquemas positivos que aumentan la resiliencia incluyen tres variables: afrontamiento positivo, control percibido y percepción equilibrada del mundo. La influencia positiva de estas variables en los síntomas de las mujeres maltratadas ha sido probada en diversos estudios (Coutu, 2002; Luthans y Youssef, 2007; Rodriguez, 2012). Por último, en el modelo propuesto se plantea que son cinco las variables que se incluyen dentro de la percepción que la mujer tiene de la relación: dependencia, expectativas de cambio, creencias tradicionales sobre las relaciones, inversión en la relación y atribuciones sobre la violencia. Nuevamente la evidencia científica respalda esta idea propuesta en el modelo (Enander y Holmberg, 2008; Rhatigan y Axsom, 2006; Walker, 2006).

Foa et al. (2000) también plantean un modelo ambiental en el que proponen que existen cinco variables que afectan a las dificultades psicológicas y la resiliencia. Así, los recursos materiales, interpersonales, legales e institucionales afectan de forma negativa a la violencia ejercida por sus parejas. Por otro lado, el contacto con el maltratador tiene un efecto directo positivo sobre la violencia en la pareja. Desde este modelo, también se formula que los recursos interpersonales e institucionales tienen un efecto directo sobre las dificultades psicológicas y que los recursos legales tienen

influencia sobre la resiliencia. La importancia de todas estas variables en los síntomas psicológicos de las mujeres, así como en la resiliencia ha sido probada en numerosos estudios (Beeble et al., 2009; Carlson et al., 2002; Mele, 2009; Roditti et al., 2010; Rodríguez, 2012).

5.3.2. Modelo de fases de crecimiento en mujeres maltratadas (Giles y Curreen, 2007)

Basándose en los resultados de su estudio, Giles y Curreen (2007) propusieron un modelo de resiliencia en mujeres que habían sufrido maltrato en la pareja. Este modelo abarca desde el inicio de la relación abusiva hasta que las mujeres se recuperan, explicando cómo es el proceso de resiliencia. Tal y como indican las autoras (Giles y Curreen, 2007) este proceso se da a través de cinco fases: enamoramiento, tomar el control, asegurar una base, darle sentido y ser yo misma, siendo el proceso principal el de crecer frente a la adversidad. Además, existe consistencia entre este modelo y los resultados encontrados en otros estudios (Bauman et al., 2012; Beeble et al., 2009; Bell et al., 2007; Carpiano, 2002; Griffing et al., 2005; Landenburger, 1989; Riddell et al., 2009; Smith, 2003; Song y Shih, 2010; Walker, 2006).

La primera fase, denominada enamoramiento, consiste principalmente en la tendencia a minimizar o no reconocer el abuso, lo que es consistente con muchos estudios (Campbell et al., 1999; Dutton, 1996; Riddell et al., 2009). Asimismo, aumenta el aislamiento social y las mujeres se culpan por el abuso (Griffing et al., 2005; Kearney, 2001; Kubany et al., 2003).

La segunda fase, tomar el control, se caracteriza por el deseo de la mujer de que la relación funcione por lo que se comporta de forma sumisa con el objetivo de mantener la paz en la relación (Campbell et al., 1999; Merritt-Gray y Wuest, 1995; Riddell et al., 2009). Tal y como afirman Giles y Curreen (2007), la participación en actividades fuera de la relación es un aspecto importante debido a que aporta nuevos puntos de vista sobre la relación (Campbell et al., 1999; Constantino, Kim y Crane, 2005; Waldrop y Resick, 2004). Además, tal y como indican varios autores las mujeres pueden salir de la relación para volver a regresar en repetidas ocasiones (Bell et al., 2007; Griffing et al. 2002; Martin et al., 2000; Mele, 2009). En esta fase además, las

mujeres se identifican como mujeres maltratadas y toman conciencia de que la situación no va a cambiar (Anderson y Saunders, 2003; Burke et al., 2001; Patzel, 2001). Esta nueva conciencia de la situación puede llevarlas a tomar de forma repentina la decisión de abandonar la relación (Critelli, 2012; Davis, 2002).

En la fase de asegurar una base las mujeres ya han abandonado la relación abusiva (Giles y Curreen, 2007). Las mujeres en esta fase deben evitar el abuso posterior a la separación, mientras luchan por restablecer su vida (Landenburger, 1989; Logan y Walker, 2004; Sabina y Tindale, 2008). Además, en algunos casos el maltrato continúa tras la separación (Belfrage y Rying, 2004; Bell et al., 2007; Dobash et al., 2007; Stark, 2007). Las mujeres en esta fase experimentan diversas dificultades, por ejemplo económicas (Roberts y Burman, 2007; Sullivan y Gillum, 2001) y reportan estar exhaustas debido a todos los estresores a los que tienen que hacer frente (Giles y Curreen, 2007).

En la fase darle un sentido comienza el proceso de resiliencia propiamente dicho, una vez que la seguridad de la mujer está establecida (Giles y Curreen, 2007). Durante esta fase las mujeres todavía tienen sentimientos de culpa por haber abandonado al maltratador (Griffing et al., 2005; Kubany et al., 2003). Asimismo, se sienten deprimidas, solas, enfadadas y lloran por haber perdido las esperanzas que habían depositado en la relación (Kearney, 2001; Senter y Caldwell, 2002). Tal y como han demostrado diversas investigaciones los síntomas se mantienen a largo plazo, por lo que las mujeres siguen experimentando síntomas traumáticos durante esta fase (Mertin y Mohr, 2001; Zlotnick et al., 2006). Por otro lado, las mujeres tratan de entender lo que sucedió durante la relación de maltrato con el objetivo de evitar nuevas relaciones abusivas (Giles y Curreen, 2007). En esta etapa algunas de las mujeres acuden a terapia grupal o individual para trabajar el trauma (Critelli, 2012; Davis, 2002; Smith, 2003; Oke, 2008), otras realizan actividades como la lectura (Giles y Curreen, 2007; Oke, 2008; Senter y Caldwell, 2002) o hablan sobre el abuso con los amigos u otras mujeres que han sufrido abuso (Davis, 2002; Smith, 2003; Yick, 2008).

Gracias al aumento de la autoestima y las nuevas habilidades adquiridas, las mujeres son capaces de dejar la relación de maltrato en el pasado (Davis, 2002; Smith, 2003; Senter y Caldwell, 2002). De forma progresiva, las mujeres van tomando el

control de sus propias vidas y decisiones, y se hacen cada vez autosuficientes y seguras de sí mismas (Bradley et al., 2005; Senter y Caldwell, 2002; Song y Shih, 2010). Wuest y Merritt-Gray (2001, 2002) denominan a este proceso reclamar el *self*. Las mujeres del estudio de Giles y Curreen (2007) describieron esto como encontrarse a sí mismas, lo que es consistente con otros estudios (Oke, 2008; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004). Asimismo, durante esta fase, las mujeres analizan sus valores y consideran las posibilidades del futuro (Taylor, 2004; Yick, 2008).

Durante la última fase, ser yo misma, las mujeres están totalmente orientadas hacia el futuro y la relación abusiva forma parte del pasado (Smith, 2003; Senter y Caldwell, 2002; Yick, 2008). Las mujeres establecen objetivos a largo plazo y tienen un propósito en la vida en base a objetivos claramente definidos (Davis, 2002; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004). Además, han desarrollado un sentido coherente del yo y de la identidad (Yick, 2008). Se rompe el vínculo con el maltratador y las mujeres experimentan un sentimiento de libertad e independencia (Senter y Caldwell, 2002; Smith, 2003). Para muchas de las mujeres el trabajo voluntario con otras mujeres que han sufrido maltrato forma parte del proceso de recuperación (Davis 2002; Smith, 2003; Song y Shih, 2010; Oke, 2008). Tal y como señalan Giles y Curreen (2007) las mujeres pueden tardar varios años en llegar a esta parte del proceso.

5.4.-CONCLUSIONES

Tal y como ha quedado patente al comienzo de este capítulo, la resiliencia en mujeres que han vivido violencia en la pareja no ha recibido la suficiente atención en la literatura científica hasta hace poco tiempo (Goodman et al., 2003). No obstante, el número de estudios que han puesto de manifiesto la capacidad de ser resilientes de las mujeres víctimas de violencia de género ha aumentado en los últimos años (Canaval et al., 2007; Critelli, 2012; Häggblom y Möller, 2007; Schultz et al., 2010). Así por ejemplo, los estudios que han empleado escalas para evaluar la resiliencia de las mujeres han demostrado que las mujeres poseen resiliencia, y que ésta se asocia a un menor número de síntomas asociados al maltrato (Jaramillo-Vélez et al., 2005; Roditti et al., 2010). Por otro lado, a través de los estudios cualitativos han quedado registradas

las historias de resiliencia de un gran número de mujeres (Oke, 2008; Smith, 2003; Taylor, 2004).

Todas estas investigaciones han permitido conocer qué factores son los que ayudan a las mujeres a promover su resiliencia. Además, se han estudiado tanto factores individuales (Davis, 2002; Senter y Caldwell, 2002; Taylor, 2004; Yick, 2008), como culturales y sociales (Colombini et al., 2013; Roditti et al., 2010; Xu et al., 2005). Aunque se conoce poco sobre las interrelaciones que existen entre los factores de resiliencia, algunas investigaciones han puesto de manifiesto que los factores se relacionan entre sí (Critelli, 2012; Gillum et al., 2006; Song y Shih, 2010).

Por otro lado, dos modelos son especialmente relevantes a la hora de explicar el proceso de resiliencia en mujeres maltratadas. Por un lado, Foa et al. (2000) crearon el modelo psicológico y ambiental, en el que tratan de explicar los factores implicados en las situaciones de violencia en la pareja, pero que a diferencia de otros modelos, incluye la resiliencia como una parte importante del modelo. Por otro lado, el modelo de fases de crecimiento en mujeres maltratadas (Giles y Curren, 2007), ofrece una explicación detallada del proceso que siguen las mujeres desde que están inmersas en la relación abusiva hasta que salen de ella y se recuperan. Además, este modelo hace hincapié en las formas en las que las mujeres llegan a esa respuesta resiliente.

De este capítulo se extrae una conclusión clara: ser una víctima no es una sentencia de por vida, puesto que las mujeres tienen la capacidad de recuperarse de una relación de maltrato (Goodman et al., 2003).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las conclusiones que se extraen de la revisión bibliográfica realizada son las siguientes:

El proceso de resiliencia es de suma importancia en mujeres que han sobrevivido a una situación de violencia en la pareja, ya que la resiliencia es un paso que acerca a las mujeres hacia la recuperación del maltrato sufrido (Vogel-Scibilia et al., 2009). Por otro lado, la resiliencia en mujeres que han superado una situación de violencia en una relación de pareja se ha comenzado a estudiar solo recientemente (Goodman et al., 2003). A pesar de que los estudios han aportado datos importantes sobre el proceso de resiliencia en este colectivo de mujeres, es necesario seguir investigando en esta línea.

De la misma manera, las características específicas de cada cultura influyen en el proceso de resiliencia (Hou et al., 2013) y la mayoría de los estudios disponibles se han realizado en culturas diferentes a la nuestra. Por lo tanto se hace necesario estudiar este proceso en nuestro contexto.

Además, si bien se han empleado distintos instrumentos para evaluar la resiliencia en mujeres que han superado una relación abusiva (Canaval et al., 2007; Humphreys, 2003; Roditti et al., 2010), estos instrumentos no se diseñaron específicamente para evaluar resiliencia ante este tipo de traumas y, tal y como apuntan Anderson et al. (2012), es importante tener en cuenta el trauma al que se hace referencia cuando se estudia la resiliencia.

Teniendo en cuenta estas conclusiones, se diseñaron tres estudios empíricos. El primer estudio es de naturaleza cualitativa y explora el proceso de resiliencia en mujeres que han sufrido violencia en el marco de una relación de pareja en España. En el segundo estudio, a partir de los resultados encontrados en el primer estudio, se desarrolló un inventario para evaluar factores de resiliencia en población general. Este segundo estudio tuvo el objetivo de facilitar la posterior adaptación y validación del instrumento para evaluar resiliencia en mujeres que habían superado una situación de malos tratos. La adaptación del instrumento a este colectivo de mujeres se llevó a cabo en el tercer estudio. Asimismo, en el tercer estudio empírico se evaluó el efecto moderador de los factores de resiliencia en los síntomas de TEPT y depresión y la autoestima de las mujeres.

La necesidad de realizar estos estudios empíricos nace de la falta de estudios que exploren el proceso de resiliencia en mujeres que han sufrido y superado una situación de violencia en la pareja en España.

En los últimos años, el Gobierno Español y las distintas comunidades españolas han implementado campañas de sensibilización masivas sobre el problema de la violencia contra las mujeres en España. Asimismo, se han desarrollado multitud de programas de prevención e intervención (Roggeband, 2012). La Ley 1/2004 Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género también supuso un paso importante con implicaciones sociales y legales de gran alcance.

Algunas características de la cultura española podrían estar causando que el proceso de resiliencia en mujeres españolas que han sufrido malos tratos sea diferente al descrito en países más individualistas o con un papel menor de la familia. Por ejemplo, la sociedad española ha sido descrita como más colectivista que otras sociedades de países occidentales (Oyserman, Coon y Kemmelmeier et al., 2002). Además, en España se otorga una gran importancia a la familia y a mantener relaciones cercanas y positivas con los miembros de la familia (Rokach, Moya, Orzeck y Exposito, 2001).

Por otro lado, la sociedad española ha sido descrita como alta en machismo, con una alta tasa de creencias sobre la inferioridad de la mujer (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009), actitudes que culpan a la víctima y mitos del amor romántico (Echeburúa, 2004). Estos mitos implican la creencia de que la ruptura de la relación de pareja es un fracaso personal y que algunos comportamientos abusivos son indicativos de amor (Bosch y Ferrer, 2002). Todas estas características de la cultura española podrían influir en el proceso de resiliencia. Por este motivo es necesario llevar a cabo estudios sobre este proceso en mujeres españolas que han sufrido violencia en la pareja.

Asimismo, la revisión de la literatura que se ha realizado ha puesto de manifiesto que si bien existen diversas escalas con una adecuada fiabilidad y validez para evaluar la resiliencia (Crespo et al., 2014; Las Hayas et al., 2014), éstas adolecen de ciertas limitaciones, ya que o no tienen en cuenta el entorno social del individuo y/o únicamente consideran un número limitado de las cualidades de resiliencia. Por lo tanto, es necesario desarrollar un instrumento de medida que tenga en cuenta las características personales y

las condiciones sociales para aprehender el constructo de resiliencia (Anderson et al., 2012). Asimismo, es necesario que el instrumento de medida esté diseñado y adaptado a las características específicas de nuestra cultura (Jowkar et al., 2010). Por ello, en el segundo y tercer estudio empírico se diseñó un instrumento para evaluar los distintos factores de resiliencia que emergieron durante el estudio cualitativo y que las mujeres mencionaron como relevantes en su proceso de resiliencia.

Estos estudios tratan, por un lado, de completar algunos vacíos que existen en la literatura y, por otro lado, pretenden salvar algunas de las limitaciones metodológicas que han presentado las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha. En primer lugar, se ha evaluado el proceso de resiliencia de mujeres que han vivido maltrato en la pareja en el contexto español, aspecto que apenas se había evaluado. Por otro lado, el instrumento diseñado para evaluar resiliencia en mujeres maltratadas se construyó a partir de las entrevistas realizadas con mujeres que habían sufrido malos tratos en una o varias relaciones de pareja. Por lo tanto el instrumento se diseñó específicamente para este colectivo. Asimismo, el instrumento creado tiene en cuenta aspectos culturales importantes y considera una gran cantidad de cualidades de resiliencia.

CAPÍTULO VII

ESTUDIO EMPÍRICO I

ESTUDIO CUALITATIVO CON MUJERES ESPAÑOLAS QUE HAN SUFRIDO MALTRATO EN LA PAREJA

7. 1.-OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es examinar el proceso de resiliencia de las mujeres españolas víctimas de violencia por parte de la pareja a través de las narraciones de sus protagonistas. Más concretamente, se pretende conocer cuáles son los factores protectores que intervienen en el proceso de resiliencia, así como las dinámicas que se establecen entre dichos factores. Además, se persigue el objetivo de comparar las diferencias en el proceso de resiliencia entre mujeres que se han recuperado del maltratado vivido y mujeres que no se han recuperado. La identificación de estos factores y sus dinámicas contribuirá al desarrollo de estrategias de intervención que ayuden más eficazmente a las víctimas.

Para este primer estudio empírico no se partió de ninguna hipótesis, puesto que al emplearse la metodología denominada teoría fundamentada, se construyó una teoría basada en los datos que emergieron de las entrevistas, sin tener ninguna hipótesis *a priori*, tal y como es habitual en este tipo de estudios.

7.2.-MÉTODO

7.2.1. Diseño del estudio

Debido a la limitada investigación que existe en nuestro contexto sobre resiliencia en mujeres maltratadas (Humphreys, 2003), se ha considerado que un diseño de investigación cualitativo podía aportar una aproximación adecuada al problema. Además, el enfoque cualitativo va a posibilitar un análisis en profundidad y la exploración del contexto cultural, a lo que un enfoque cuantitativo no sería tan sensible. Para ello, se han llevado a cabo entrevistas individuales semiestructuradas con mujeres que han superado una situación de violencia en la pareja.

La muestra se dividió en mujeres recuperadas de la violencia sufrida y mujeres no recuperadas de dicha violencia, con el fin de comparar las diferencias en el proceso de resiliencia entre ambos grupos. El criterio para dividir a las mujeres en cada uno de los grupos fue la ausencia o presencia de síntomas asociados al abuso. De acuerdo a los

psicólogos clínicos que evaluaron a las mujeres, antes de comenzar la terapia, todas las mujeres mostraban síntomas de depresión y/o TEPT, y este fue el motivo por el que se inició la terapia con las mujeres. Una vez finalizada la terapia, las mujeres recuperadas fueron seleccionadas por su terapeuta por no tener síntomas de depresión y/o TEPT clínicamente significativos. Esta clasificación se realizó en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV-TR (DSM-IV-TR; APA, 2000). Para evaluar estos síntomas su psicólogo clínico empleó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-TEPT; Echeburúa et al., 1997a). El punto de corte fue de 10 para el BDI-II y de 15 para la EGS-TEPT.

De acuerdo con la definición de recuperación de Bellack (2006), se consideró que las mujeres estaban recuperadas cuando los síntomas asociados al maltrato en la pareja habían remitido. Por otro lado, las mujeres fueron consideradas no recuperadas cuando presentaban síntomas de depresión y/o TEPT a un nivel clínico o subclínico.

7.2.2. Participantes

Para poder formar parte de la muestra era necesario que las mujeres hubiesen salido de la relación de maltrato en el momento de la entrevista. Se estableció este criterio de inclusión debido a que para este estudio se ha partido de la posición de que para que las mujeres inicien la recuperación es necesario que hayan abandonado la relación de maltrato. Esto coincide con diversos estudios que ponen de manifiesto que las mujeres comienzan a recuperarse de forma gradual una vez que han abandonado la relación abusiva (Anderson y Saunders, 2003; Kernic et al., 2003; Zlotnick et al., 2006). Las relaciones abusivas experimentadas por las mujeres incluían maltrato emocional, sexual y/o físico perpetrado por sus parejas con el objetivo de ganar o mantener el poder y control sobre las mujeres (APA, 2002).

El grupo de mujeres no recuperadas estuvo compuesto por 10 mujeres de entre 32 y 62 años (edad media = 45.50; $DT = 9.51$). Todas las mujeres de este grupo habían sufrido violencia física y psicológica en una relación de pareja, excepto una de ellas que había sufrido violencia sexual y psicológica. Cinco de las mujeres estuvieron casadas con su pareja, cuatro de las mujeres mantuvieron una relación de pareja con convivencia,

pero sin casarse y una de ellas mantuvo una relación de pareja sin convivencia y sin casarse. De todas las mujeres de este grupo, dos de ellas se habían visto envueltas en dos relaciones abusivas, mientras que el resto en una única relación de este tipo. Las mujeres iniciaron la relación de maltrato con una edad media de 25.6 años ($DT = 5.06$) y la media de años que duro la relación abusiva fue 14.73 años ($DT = 12.38$). Por otro lado, en el momento de la entrevista la media de años transcurridos desde que abandonaran la relación de maltrato fue de 1.67 años ($DT = 0.87$). Todas las mujeres fueron españolas, excepto dos que fueron latinoamericanas. En cuanto al nivel de estudios, cuatro de las mujeres habían cursados estudios básicos, dos mujeres habían realizado estudios de formación profesional y cuatro de ellas tenían estudios universitarios. De las 10 mujeres que componen este grupo, cinco de ellas se encontraban trabajando a jornada completa en el momento de la entrevista y cinco de ellas estaban en paro. Todas tenían hijos/as (entre 1 y 5 hijos/as). De las diez mujeres entrevistadas, tres de ellas estaban recibiendo terapia individual y siete terapia individual y grupal.

El segundo grupo estuvo compuesto por 12 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 60 años (edad media = 47.25; $DT = 11.60$). Todas las mujeres habían sufrido tanto violencia física como psicológica en una relación de pareja y cuatro de las mujeres también sufrieron violencia sexual. Ocho de las mujeres estuvieron casadas con su pareja, tres de las mujeres mantuvieron una relación de pareja con convivencia, pero sin casarse y una de ellas mantuvo una relación de pareja sin convivencia y sin casarse. Todas las mujeres de este grupo habían tenido una única relación abusiva, excepto una de las participantes que sufrió dos relaciones de este tipo. Las mujeres iniciaron la relación de maltrato con una edad media de 21.8 años ($DT = 5.55$) y la media de años que duro la relación abusiva fue 20.27 años ($DT = 11.73$). Por otro lado, en el momento de la entrevista la media de años transcurridos desde que abandonaran la relación de maltrato fue de 4.58 años ($DT = 1.78$).

En cuanto a los datos sociodemográficos, una de las mujeres fue latinoamericana, mientras que el resto eran españolas. Tres de las mujeres habían cursados estudios básicos, cinco mujeres habían realizado estudios de formación profesional y cuatro de ellas tenían estudios universitarios. Atendiendo a la situación laboral, cinco de las mujeres trabajaban a jornada completa con contrato laboral, cuatro de ellas trabajaban por horas sin contrato laboral, dos de las mujeres se encontraban en paro y una de ellas

prejubilada por incapacidad laboral a causa de las secuelas del maltratado sufrido. En lo que respecta al número de hijos/as, dos de las mujeres no tenían hijos/as, mientras que el resto tenía entre uno y tres hijos/as. Todas las mujeres habían llevado a cabo terapia individual y grupal.

7.2.3. Procedimiento

Las entrevistas se llevaron a cabo con mujeres que recibían o habían recibido atención en centros especializados de atención a la violencia contra la mujer. En primer lugar, la doctoranda contactó con las directoras de los centros con el fin de conseguir la colaboración de los mismos. Las usuarias de los centros fueron informadas del estudio a través de su terapeuta, quien también les entregó una carta con información sobre el estudio y los datos de la investigadora, para que aquellas mujeres interesadas en participar se pusieran en contacto telefónicamente con la misma. Ninguna de las mujeres a las que se les remitió la carta rechazó participar. Las mujeres se pusieron en contacto con la investigadora y se concertó una cita para realizar la entrevista. Se ofreció a las mujeres realizar las entrevistas en salas acondicionadas para tales efectos de la Universidad de Deusto, en el centro en el que las mujeres recibían los servicios especializados o en la casa de la propia mujer. Diez de las entrevistas se llevaron a cabo en los centros de atención especializada, 11 en la Universidad de Deusto y una de ellas en casa de la propia mujer. Las entrevistas semiestructuradas fueron llevadas a cabo por dos profesionales del ámbito de la violencia contra las mujeres, una psicóloga (la doctoranda) y una trabajadora social perteneciente al equipo de investigación.

La recogida de datos se llevó a cabo siguiendo los principios de muestreo teórico y saturación. El muestreo teórico tiene como objetivo perfeccionar las ideas teóricas en lugar de aumentar el tamaño de la muestra (Charmaz, 2000). La saturación teórica, por su parte, implica que se recopilaron los datos hasta que no hubo datos nuevos importantes que emergieran dentro de una categoría y hasta que las relaciones entre las categorías estuvieron bien establecidas (Strauss y Corbin, 1998). Se alcanzó la saturación tras haber realizado 22 entrevistas.

Las entrevistas tuvieron lugar entre febrero de 2012 y junio de 2013 y cada entrevista tuvo una duración aproximada de 60-120 minutos. Todas las entrevistas

fueron grabadas para poder realizar su posterior análisis. Con el fin de salvaguardar el anonimato de las participantes, se empleó un pseudónimo para cada una de ellas. Del mismo modo, antes de comenzar la entrevista todas las mujeres firmaron un consentimiento informado. Se hizo entrega a cada mujer de un cheque regalo de 20 € como gratificación, lo que es una práctica común en la investigación cualitativa (Thexton, 2003). Todas las entrevistas fueron transcritas.

Las investigadoras no emplearon un instrumento preexistente, ya que esto podría condicionar las respuestas de las participantes. Por el contrario, se comenzó la entrevista realizando a las mujeres una pregunta abierta: “Cuéntame qué sucedió cuando te separaste de la pareja abusiva”. Al responder a esta pregunta, cuando las mujeres hablaban de aspectos relacionados con el proceso de resiliencia, las investigadoras formulaban nuevas preguntas. Por ejemplo, si una de las participantes explicaba que uno de sus primeros pasos fue asistir a un curso sobre escritura y que esto la ayudó mucho a salir adelante, la investigadora preguntaba en qué manera esto le había ayudado. Asimismo, y de acuerdo con la teoría fundamentada, a medida que se analizaban los datos, se incorporaron nuevos aspectos a la entrevista. Por ejemplo, las mujeres hablaron sobre la importancia que la sociedad española otorga a la familia y sobre cómo la responsabilidad recae en la víctima y cómo esto influyó de forma negativa en su proceso de resiliencia. Por lo tanto, si en las entrevistas siguientes las mujeres no hablaban sobre este tema de forma espontánea, se les preguntaba acerca de ello.

7.2.4. Estrategia de análisis de datos

En primer lugar, se procedió a transcribir todas las entrevistas empleando el programa Transana 2.40 (Fassnacht y Woods, 2009). Los datos de las entrevistas se analizaron en base a los tres niveles de análisis de datos de Strauss y Corbin (1998): codificación abierta, axial y selectiva. Como primer paso y después de haber transcrito cada entrevista, se empleó la codificación abierta. Para ello, se clasificaron las expresiones por sus unidades de significado para asignarles conceptos o códigos. La codificación abierta se ha aplicado en diversos grados de detalle, empleándose en ocasiones el análisis de línea por línea, oración por oración o párrafo por párrafo. Tal y como aconseja Flick (2014), el análisis de línea por línea se ha utilizado en aquellos pasajes particularmente instructivos o por el contrario, confusos. Por ejemplo, Ana

(grupo no recuperadas) expresó: “Sobre todo he empezado a estar mejor cuando he empezado a entender el por qué ha ocurrido el maltrato. Es como cuando tienes un puzle y tienes todas las piezas. Lo he empezado a encajar todo, lo he entendido”. Los códigos que se derivan de estos datos son: ‘explorar las causas’; ‘comprender las causas’; ‘explicación multicausal’; y, ‘relacionar las causas entre sí’. Estos códigos se categorizaron agrupándolos en torno a fenómenos descubiertos en los datos que son particularmente relevantes para la pregunta de investigación.

La recogida de datos y los análisis de los datos se alternaron en constante comparación con lo que la teoría emergía inductivamente de los datos y era comparada deductivamente con nuevos datos para aclarar y perfeccionar el desarrollo de los marcos conceptuales. El enfoque inicial fue tan atóxico como fue posible, ya que se llevó a cabo la revisión de la literatura en profundidad únicamente cuando se habían analizado las primeras entrevistas y la teoría había comenzado a surgir. Durante la última fase del análisis, la literatura se convirtió en una fuente de datos, ya que se comparaba constantemente con la teoría que iba emergiendo.

El siguiente paso fue depurar y diferenciar las categorías derivadas de la codificación abierta. De entre todas las categorías originadas, se seleccionaron las más prometedoras para una elaboración adicional. Se utilizó la codificación axial para identificar patrones de relaciones entre las categorías. Para formular estas relaciones, se empleó el paradigma de codificación propuesto por Strauss y Corbin (1998) de condiciones, contexto, estrategias (acción/interacción) y consecuencias, en el que las subcategorías están relacionadas con una categoría. Además, se verificaron las relaciones desarrolladas y las categorías una y otra vez frente al texto y los datos.

El último paso se inició una vez que todas las entrevistas estuvieron completadas. Empleando la codificación selectiva, se asignó una categoría central bajo la cual se englobaron todas las categorías. En el proceso de identificar la categoría central, se intentó descubrir qué había sucedido en la vida de las mujeres una vez que habían abandonado la relación de maltrato y cuál había sido el proceso que habían seguido para lograr una adaptación positiva en el contexto de una adversidad significativa. Una vez que el fenómeno central se había seleccionado, las categorías y subcategorías se unieron

para desarrollar una teoría coherente. Una vez que la teoría estuvo formulada, se comprobó de nuevo frente a los datos.

Finalmente, con el objetivo de asegurar la integridad y validez de los datos, además de emplear el método comparativo descrito arriba, también se empleó la examinación por pares de los análisis. Para ello, a lo largo de todo el proceso de codificación, se llevaron a cabo debates dentro del equipo de investigación. Los códigos y la teoría emergentes fueron ampliamente discutidos y refinados en las reuniones de equipo. Así, desde el inicio de la codificación hasta el desarrollo de la teoría fundamentada, se analizaron los datos de forma colaborativa.

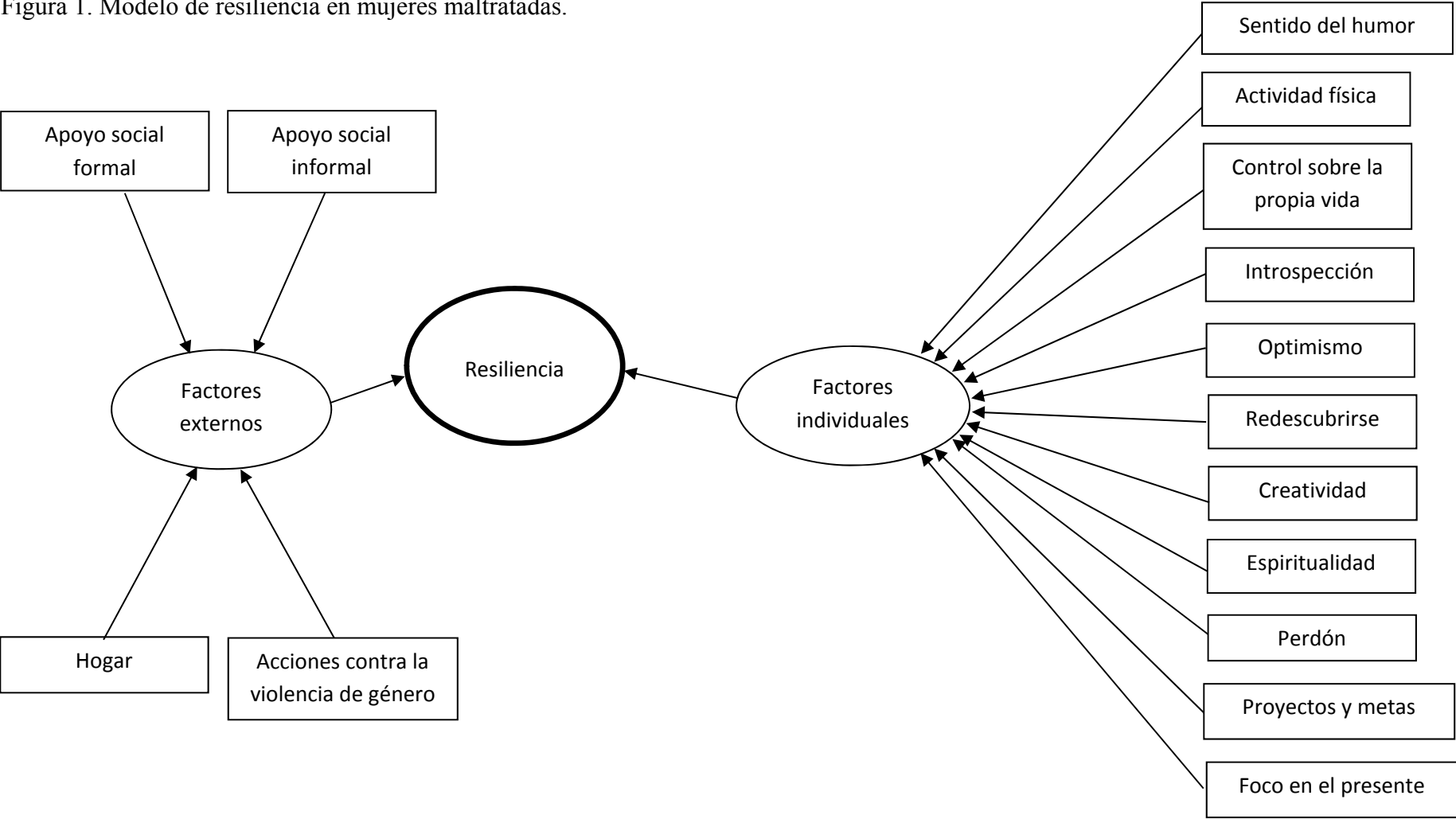
7.3.-RESULTADOS

En la Figura 1 se presenta el modelo de resiliencia en mujeres maltratadas generado a través de la teoría fundamentada. Este modelo es general y sirve tanto para las mujeres recuperadas como no recuperadas. Los factores que las mujeres emplean en el proceso de resiliencia han sido categorizados como individuales y externos.

Tal y como se refleja en las entrevistas, la respuesta resiliente al maltrato en la pareja es un proceso dinámico que ocurre a lo largo del tiempo y que incluye diferentes factores de resiliencia que pueden ser internos o externos. Estas ideas se ven reflejadas en diferentes momentos de las entrevistas. Por ejemplo, Ana (grupo no recuperadas) indica que la resiliencia es un proceso: “Ha sido un proceso enriquecedor”, María (grupo recuperadas) explica que “Es una cuestión que se va haciendo poco a poco” y Julia (grupo no recuperadas) hace alusión a que actúan distintos factores en el proceso de resiliencia: “Han sido un cúmulo de cosas”.

Asimismo, es necesario mencionar que en muchas entrevistas las mujeres describen un momento importante dentro del proceso de resiliencia que podría considerarse como un punto de partida. A este aspecto se le ha denominado punto de

Figura 1. Modelo de resiliencia en mujeres maltratadas.



inflexión, debido a que se caracteriza por ser un momento en el que las mujeres experimentan un cambio importante respecto a la relación abusiva y un impulso de salir de la misma. Un buen ejemplo de ello es el de Clara (grupo recuperadas): “Sentí un arrebato de fortaleza repentino, una gran determinación de salir de la relación. Me sentía fuerte y conseguí separarme y encontrar un trabajo”. El punto de inflexión no se ha incluido dentro de los factores de resiliencia, puesto que no es una característica que las mujeres tengan o desarrollen y permanezca con ellas durante el proceso de resiliencia, sino que más bien es un momento puntual que las ayuda a romper con la relación de maltrato y que después desaparece para dejar lugar al uso y desarrollo de los factores de resiliencia. Por otro lado, el punto de inflexión no ha sido descrito por todas las mujeres, a pesar de que todas ellas han abandonado la relación de maltrato. Esto podría estar indicando que en algunos casos puede ser un proceso inconsciente y sutil, mientras que en otros, sucede de forma más explícita y por ello, las mujeres lo describen y explican como importante en el proceso de resiliencia.

Además, la resiliencia es un proceso complejo porque los factores están interrelacionados, y un factor puede llevar al desarrollo de otro factor y los factores se influyen entre sí mutuamente. En este sentido, Esperanza (grupo recuperadas) manifiesta que mediante la creatividad, en este caso la escritura, pudo aumentar su capacidad de introspección: “Me encanta la escritura y el escribir me ha permitido aumentar el conocimiento que tenía de mi misma”. Sin embargo, es importante destacar que no todas las mujeres emplean los mismos factores de resiliencia y que las interacciones entre los factores varían de una mujer a otra. Por ello es muy complicado establecer patrones fijos de interacciones entre los distintos factores. Más aun, con el fin de conceptualizar la resiliencia como un proceso inmerso en un contexto cultural determinado, se describen a continuación aquellos aspectos del contexto social que las mujeres refieren que han interferido en su proceso de resiliencia y, seguidamente, se describen los factores individuales y externos, así como sus dinámicas e interrelaciones.

7.3.1. La influencia del contexto social en el proceso de resiliencia

A lo largo de las entrevistas, las mujeres resaltaron la importancia de ciertos aspectos culturales que les han dificultado el proceso de resiliencia. Si bien estos

aspectos no abarcan todas las características de la cultura española, estos fueron los rasgos que las participantes describieron como relevantes.

En primer lugar, la importancia de la familia en la cultura española ha quedado patente a lo largo de las entrevistas. Por ejemplo, Sofía (grupo no recuperadas) afirma que en España: “La gente considera a la familia como la suma del padre, la madre y el hijo. Y esto me ha dificultado el proceso.”

Por otro lado, en la cultura española la víctima sigue considerándose como la culpable del maltrato sufrido, puesto que el foco se pone en la mujer. En este sentido, Sofía (grupo no recuperadas) explica: “Cuando acudes a los servicios para víctimas, eres tratada como si estuvieras enferma, como si tuvieras alguna discapacidad. Así es como yo me sentía.” De forma mucho más clara, Julia (grupo no recuperadas) declaró: “La sociedad te señala a ti como a la culpable”.

Además, otro tema recurrente durante las entrevistas es la falta de respuesta que la sociedad tiene al maltrato contra las mujeres. Las participantes del estudio apuntan a que esta falta de respuesta se debe a que la sociedad no sabe cómo reaccionar cuando se encuentra con una situación en la que una mujer está siendo maltratada. Por ejemplo, Lorena (grupo recuperadas) afirma que:

Yo creo que la sociedad es más consciente sobre el problema de la violencia contra las mujeres, pero la sociedad no actúa. Cuando una mujer dice que está sufriendo abuso, quizá necesita que la acompañen a la policía, pero este paso no se da, incluso en los amigos de la mujer.

De forma similar, Alicia (grupo recuperadas) expresa lo siguiente: “Una amiga que vivía con nosotros me dijo que ella oía cuando yo estaba siendo maltratada, pero que era muy duro para ella intervenir”.

Finalmente, otro tema recurrente en las entrevistas fue el nivel de conciencia de la sociedad española sobre la violencia contra las mujeres. Diez de las mujeres entrevistadas afirmaron que la sociedad se está haciendo cada vez más consciente y sensible hacia este problema, pero que todavía hay un largo recorrido por hacer. En este

sentido, Yani (grupo recuperadas) dice que “la sociedad está más concienciada a cerca del problema. Todavía queda mucho por hacer, pero la gente es más consciente.” En la historia de Marta (grupo recuperadas) esta toma de conciencia de la sociedad se describe como importante para las mujeres que sufren violencia de género:

Parece que la gente es cada vez más consciente, muy poco a poco. Pero, se puede notar. Esto ayuda, porque si las cosas hubieran seguido como antes, ninguna de nosotras habría presentado una denuncia, ninguna de nosotras habría dejado la relación. Viendo que la sociedad te apoya, tú no tienes que aguantar la violencia, no tiene por qué ser así.

7.3.2. Factores de resiliencia: descripción, dinámicas y relaciones entre ellos

7.3.2.1. Recursos individuales asociados a la resiliencia

7.3.2.1.1. Actividad física. Las mujeres entrevistadas describieron la actividad física como un factor que las ayudó a conocer su cuerpo o que las ponía en contacto con el mismo y de esta manera contribuía a desarrollar sentimientos de bienestar. Algunas de las actividades mencionadas por las mujeres fueron andar, yoga, correr, esquiar, andar en bici y bailar.

Marta (grupo recuperadas) explica de la siguiente manera la importancia que tuvo la actividad física en su proceso de resiliencia: “Yo empecé en el gimnasio a hacer deporte... y al final me quedé con la danza del vientre. (...) ir todos los días y evolucionar te ayuda en tu autoestima, porque al final está todo relacionado.” En Adela también se puede apreciar que la actividad física es un importante factor de resiliencia: “Me gusta correr porque cuando corro me siento como desahogada. Me gusta mucho hacer deporte, me siento tranquila.”

7.3.2.1.2. Redescubrirse. Este factor de resiliencia es la capacidad de volver a encontrarse con una misma y saber qué es lo que quiero y cuáles son mis habilidades. Es descrito por las mujeres como un proceso bonito y agradable. Esperanza (grupo recuperadas) describe ese sentimiento de reencuentro con las siguientes palabras: “Yo quería romper con todo. A partir de ese año para mí es mi fecha de nacimiento, no cuando nació: una forma de reencontrarme.”

Marta (grupo recuperadas) va más allá y explica que en su caso el proceso implicó cambios en su persona:

Después de 16 años que duró la relación yo ni me acordaba de cómo era (...) Es que tú renaces, y al final tú ya no eres la persona con la que él [la ex pareja] estaba, porque luego ya eres diferente, no te comportas igual, no hablas igual, eres mucho más feliz. La verdad es que yo me cree otra Marta.

Además, este factor está influenciado por otros factores de resiliencia individuales que les ayudan a descubrir nuevas facetas de sí mismas. Este es el caso de Irene (grupo no recuperadas) quien en su entrevista explicó que “la actividad física le permitió darse cuenta de que era una deportista nata”.

7.3.2.1.3. Control sobre la propia vida. Las mujeres definen el control sobre la propia vida como un sentimiento de libertad o ser dueñas de sus propias vidas. Además, este factor está relacionado con la independencia económica y por extensión con el trabajo, ya que es otra forma de sentirse independientes. Esther (grupo recuperadas) lo expresa de la siguiente manera:

Abrir el armario y decidir qué me voy a poner hoy (...) lo que me dé la gana. Salir a la calle y si me apetece me compro un pantalón, pero el que me guste a mí, no a él. Estas son el tipo de cosas que te llevan a decir, “Soy la dueña de mi vida y nadie me va a decir que no me vista de la forma que yo quiero”.

Otra de las mujeres entrevistadas, María (grupo recuperadas), explica la cualidad dinámica de este factor, ya que en un principio debido a las secuelas de la violencia no es posible mostrar este factor: “El control es una cosa que llega, pero te lleva mucho tiempo”.

7.3.2.1.4. Creatividad. Las mujeres de la muestra desarrollan su creatividad de diversas formas, por ejemplo a través de la escritura, el dibujo, el teatro y la artesanía. Muchas de las participantes emplean la creatividad como medio para volcar sus emociones. Laura (grupo no recuperadas) lo explica de la siguiente manera: “Siento una liberación cuando dibujo (...) Me centro tanto en ello que no pienso en nada más.” Esperanza (grupo recuperadas), por su parte, desarrolla la creatividad a través de la escritura: “En la escritura desbordo pensamientos, emociones, momentos, alegrías, tristezas.”

En diversas entrevistas este factor ha sido relacionado con la capacidad de introspección, permitiendo aumentar esta capacidad introspectiva a través de actividades creativas. Tal y como se ha comentado anteriormente este es el caso de Esperanza (grupo recuperadas). De igual modo para Clara (grupo recuperadas) la creatividad la ayudaba a movilizar el factor de introspección: “Me iba a andar durante mucho tiempo y cuando me apetecía, me sentaba y escribía cómo me sentía. Había veces que lloraba mucho. Incluso dibujaba, sobretodo árboles y pájaros volando. Y estos dibujos y escritos me permitían explorarme internamente”.

7.3.2.1.5. Espiritualidad. Este factor puede estar vinculado a una religión concreta o no, sin embargo en la mayoría de los casos las mujeres no se identifican con una religión. Por ejemplo, María (grupo recuperadas) expresa que: “Cuando he vivido situaciones límites, me he aferrado a mis creencias en Dios. Yo he sentido su presencia. A veces, siento que soy una de sus preferidas.”

Cabe destacar que algunas de las mujeres llegan a la espiritualidad, a través de la creatividad. Por ejemplo, Laura (grupo no recuperadas) pinta mándalas de forma creativa. Para Laura los mándalas son representaciones simbólicas espirituales, y tal y como ella misma explica: “Cuando pintas mándalas te puedes evadir y llegar a otro punto espiritual”. De forma similar, Clara (grupo recuperadas) expresa que: “pintar

cuadros le ha permitido pasar del plano más material y físico a un plano más energético y espiritual.”

7.3.2.1.6. Perdón. El perdón es descrito por las mujeres como un aspecto complejo y difícil de alcanzar dentro del proceso de resiliencia. Además, por un lado implica perdonar al maltratador y por otro, el que las mujeres se perdonen a sí mismas. Al igual que sucede con otros factores, alcanzar el perdón implica un proceso. En este sentido, Esperanza (grupo recuperadas) indica que:

El perdón es importante, si no perdonas vas a vivir con rabia y odio toda la vida. Yo he pasado por distintas fases: primero el dolor y la impotencia, el miedo también cuando llegan las amenazas. Y luego pasas al odio, un odio total. Al final, llega el perdón, tiene que llegar porque te permite crecer como persona.

En cuanto al perdón a sí mismas, Aurora (grupo recuperadas) expresa lo siguiente: “Lo más duro es perdonarte a ti misma. Cuando sales de la relación empiezas a ver las cosas con claridad y todo lo que has permitido que él te hiciera a ti y a tus hijos. He sentido mucha culpa porque mis hijos han sufrido mucho con esta situación y todavía me sigo culpando.”

Por otro lado, el perdón está asociado a la espiritualidad, ya que todas las mujeres que habían perdonado al maltratador habían desarrollado también el factor de espiritualidad. No habiendo ninguna mujer que hubiese perdonado al maltratador sin haber desarrollado el factor de espiritualidad. Por lo tanto, parece que la espiritualidad es un paso previo al perdón. Al mismo tiempo, algunas de las mujeres que tienen el factor de espiritualidad, no han alcanzado ese perdón. Esto puede estar indicando nuevamente que en el proceso es necesario que primero se desarrolle la espiritualidad y después el perdón. Por ejemplo Clara (grupo recuperadas), ha desarrollado su espiritualidad, pero no ha perdonado al maltratador:

Tú sigues adelante con tu vida y un día te crees que le has perdonado. Pero después otro día sientes que vuelve a nacer dentro de ti el odio hacia él y te das cuenta de que no le has perdonado. Es alguien que te ha hecho mucho

daño, entonces el perdonarle me parece muy difícil. Yo creo que estoy en el proceso de perdonarle, estoy trabajando en eso.

7.3.2.1.7. Foco en el presente. Este factor va cambiando a lo largo del proceso de resiliencia, ya que en un primer momento tras salir de la relación abusiva algunas de las mujeres explican que solo tratan de salir adelante en el día a día y se centran en vivir el presente. Esto se puede apreciar en Marta (grupo recuperadas) quien explica que: “al principio cada día luchabas para salir adelante (...) Tenía que pagar yo todo porque él no pagaba nada, entonces en ese momento no podía disfrutar del día a día”. Muy posiblemente, esto se debe a que tras salir de la relación abusiva, las mujeres pierden recursos materiales importantes y tienen que afrontar nuevas situaciones.

Sin embargo, cuando las mujeres se encuentran en un punto más avanzado del proceso de resiliencia, este factor adquiere otro significado y las mujeres entrevistadas describen este factor como la habilidad de saber vivir y disfrutar el día a día. Las mujeres explican que el haber pasado por la relación abusiva y el haber vivido con el miedo a morir les ha enseñado a disfrutar del presente. María (grupo recuperadas) lo expresa mediante las siguientes palabras: “Ayer ya fue y mañana no existe, el presente es hoy. Yo tengo que aprender a vivir hoy, disfrutar hoy porque tengo muchas cosas.” Por último, este factor no está interrelacionado con ningún otro factor en ninguna de las entrevistas realizadas.

7.3.2.1.8. Sentido del humor. Las participantes conceptualizan el sentido del humor como la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. El sentido del humor como factor de resiliencia se puede observar en Ana (grupo recuperadas), quien destaca el empleo de este factor en el marco de la terapia grupal:

Lo mismo que llorábamos, pues también nos hemos reído. Ósea yo tengo sentido del humor y yo al final termino haciendo risas de esas cosas, porque si a mí me ayuda y yo soy de las que me caigo y la primera que me río soy yo.

Al igual que ocurre con otros factores, el sentido del humor es un factor que se desarrolla con el tiempo. En este sentido, Julia (grupo no recuperadas) dice que: “El sentido del humor va apareciendo poco a poco.”

7.3.2.1.9. Introspección. Las participantes definen este factor como saber examinarse internamente, plantearse preguntas difíciles y darse respuestas honestas. Sin embargo, también expresan la dificultad que conlleva desarrollar esta cualidad. Además, en muchas de las mujeres el trabajo de introspección incluye que las mujeres se remontan a aspectos de la infancia. Este es el caso de Esther (grupo recuperadas): “Yo hice una introspección hasta cuando era pequeña. Yo sé dónde está el origen del maltrato y es en la relación que yo he tenido con mi madre desde siempre.”

Por otro lado, la introspección también incluye la comprensión de por qué ha sucedido la violencia, un claro ejemplo de esto se puede apreciar en el relato de Julia (grupo no recuperadas): “Durante la relación de maltrato vas cediendo frente al maltratador, va quitándote ideas. No hay diálogos, no hay libertad de que tú puedas dar tú opinión. Entonces, entras en un círculo vicioso.”

La principal actividad que ayudaba a las mujeres a explorarse internamente fue la terapia, no obstante, aparecieron otras dos actividades que las ayudaron en esta tarea: la lectura de libros sobre autoconocimiento y/o metafísica y ver programas de televisión que las inspiraban.

Este factor es de suma importancia dentro del proceso, debido a que permite a las mujeres darse cuenta de que sus identidades han sido fragmentadas en la relación abusiva, lo que da lugar a un proceso de integración que les permite redescubrirse. De esta forma en algunas de las mujeres el factor de introspección promueve la aparición del factor redescubrirse. Sin embargo, no es así en todos los casos. Por ejemplo, en Julia (grupo no recuperadas) aparece el factor de redescubrirse sin que haya tenido lugar un proceso de introspección. Esto se debe probablemente a que Julia ha logrado llevar a cabo ese proceso de integración que le ha permitido redescubrirse a través del factor control sobre la propia vida:

Gracias a tener el control sobre mi vida he podido ir tomando decisiones y esto me ha permitido saber quién soy y hacia donde quiero dirigirme en la vida. He vuelto a contactar conmigo misma.

La relación abusiva en la que se vio envuelta Julia implicó un fuerte control ejercido por su ex pareja sobre ella y su vida. Muy posiblemente esto explique por qué para esta mujer el redescubrirse ocurrió a través del factor control sobre su propia vida, en lugar de hacerlo a través de introspección. Por el contrario, Irene (grupo no recuperadas) ha llevado a cabo un duro proceso de introspección sin que esto haya promovido el factor de redescubrirse.

7.3.2.1.10. Optimismo. Para las mujeres el optimismo es la capacidad de encontrar el lado positivo de las situaciones y la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables. Esta tendencia, la explica Ana (grupo recuperadas) de forma muy clara en la siguiente frase: “Yo soy optimista, entonces yo siempre pienso que cuando una cosa muy mala te pasa, alguna buena tiene que venir.”

Al igual que sucede con otros factores de resiliencia, el optimismo es una habilidad que se va desarrollando y que aunque en un primer momento tras la ruptura de la relación abusiva las mujeres no tengan este factor son capaces de desarrollarlo. Por ejemplo, este es el caso de Cristina (grupo no recuperadas):

Al principio no eres optimista y tienes que programarte para ser positiva, pero de repente un día te das cuenta de que te sale solo y de que eres una persona optimista.

En algunas de las mujeres el apoyo social informal, más concretamente las amistades y la familia, llevan a que las mujeres desarrollen una visión más optimista de la vida. Esther (grupo recuperadas) explica que:

Hubo una persona que para mí que fue fundamental. Cuando me conoció yo estaba hundida y me enseñó muchas cosas. Sobre todo a ser optimista,

por ejemplo si me caigo, igual es porque más adelante me va a pillar un camión y me tenía que caer en ese momento.

En el caso de Adriana (grupo recuperadas), fue su hija quien le ayudo a desarrollar el factor optimismo: “Mi hija me ha contagiado el ver el lado bueno de las cosas, ella me ha enseñado.”

7.3.2.1.11. Proyectos y metas. A pesar de que las mujeres resaltan la importancia de vivir el presente, el tener metas y sueños también aparece como un factor importante. En su discurso María (grupo recuperadas) habla sobre la importancia que tiene para ella tener un proyecto: “Lo importante es también tener un proyecto porque es la esencia de la vida (...) yo me veo como una persona que tiene que hacer cosas todavía.”

Sin embargo, y de forma similar a lo que ocurre con el factor de foco en el presente, es necesario haber solucionado previamente algunos aspectos con sus ex parejas (como la venta de la casa, los juicios, etc.). Por ejemplo, Marta (grupo recuperadas) expresa lo siguiente: “Primero solucionar lo que tienes con él, esto es primordial para luego poder marcarte objetivos.”

7.3.2.2. Recursos externos asociados a la resiliencia

7.3.2.2.1. Hogar. El papel del hogar es descrito por las mujeres como algo que va más allá de lo material, ya que les ha permitido sentirse seguras y libres de la violencia. Las palabras de Esther (grupo recuperadas) ejemplifican muy bien este factor: “En mi casa no me iba a pasar nada, era como estar en un bunker seguro. No tenía miedo de que me pasara nada malo”.

Además el tener un hogar propio ha ayudado a las mujeres a desarrollar el factor de control sobre sus propias vidas. En este sentido Esther (grupo recuperadas) afirma que “Poder estar en tu propia casa y ponerte los calcetines por encima del pijama cuando quieras y que nadie te diga nada. Con hechos así te das cuenta de que eres la dueña de tu vida y de que tu controlas tu vida”.

7.3.2.2.2. Apoyo social informal. Respecto al apoyo social informal, aparecen dos grupos importantes: por un lado la familia y por otro, las amistades. Además, este apoyo puede ser de tipo emocional o instrumental. En cuanto al apoyo emocional recibido de la familia, Piscis (grupo recuperadas) expresa lo siguiente: “Mis hermanas no han hecho preguntas, han estado conmigo a muerte, me han dado mucho cariño.” Las amistades también son descritas por las mujeres como una gran fuente de apoyo. Cabe destacar que este factor está presente en todas las mujeres entrevistadas: “El apoyo más importante el de una amiga, ha sido como una hermana. Las amigas ayudan más que un familiar allegado” (Marina, grupo no recuperadas).

Además, el apoyo social informal tiene un papel importante dentro del proceso de resiliencia, ya que ayuda a promover otros factores. Este es el caso de María (grupo recuperadas), quien gracias al apoyo de su hija comenzó a hacer aeróbic, movilizand así el factor de actividad física. Cabe destacar también, que en su relato se aprecia como el apoyo social informal actúa como un trampolín que es necesario en un primer momento, pero que después no lo es:

Empecé a hacer aeróbic con mi hija en el gimnasio. Ella fue un año y después dijo que no iba a seguir y yo decidí seguir. Me costó porque era enfrentarme sola y con perseverancia lo conseguí.

7.3.2.2.3. Apoyo social formal. En lo que se refiere al apoyo social formal, todas las mujeres valoran de forma muy positiva la terapia grupal. Asimismo, algunas de ellas ponen el acento en los servicios ofrecidos por la policía, los servicios de salud mental y los aspectos jurídicos. En este sentido, destaca el caso de Adriana (grupo recuperadas), quien relata la ayuda recibida por parte de un policía:

Me dijo venga señora siéntese usted aquí, mire tengo tres hijos y yo no me puedo ir a mi casa con tres hijos y que a usted la ocurra algo. ¿No se da cuenta de que si no le denuncia le está dando la razón?

Merece una mención especial la terapia grupal como fuente de apoyo social formal, ya que todas las mujeres que la han recibido así lo manifiestan. Irene (grupo no

recuperadas) por ejemplo, le da valor a la terapia grupal ya que es un espacio en el que se pueden contar las experiencias personales sin sentirse juzgada:

No tienes que contarles nada porque ya lo saben y te sientes como más liberada. Estás ahí como en una especie de grupo y si lo cuentas bien y si no, no pasa nada.

Además, el apoyo social formal está interrelacionado con otros dos factores. Por un lado, el apoyo social formal, especialmente la terapia grupal, está relacionada con el proceso de introspección. Tal y como relatan las propias mujeres, este hecho se debe a que se da la identificación entre las participantes de la terapia grupal. Lorena (grupo recuperadas) explica cómo mediante la terapia grupal pudo llegar a la introspección: “Y fue importante tener la posibilidad de conocerme más mediante la terapia de grupo.”

El apoyo social formal puede también llevar al apoyo social informal, puesto que en algunos casos las mujeres que participan en el mismo grupo de terapia acaban estableciendo relaciones de amistad. En el relato de Clara (grupo recuperadas) queda reflejada esta relación:

A raíz de la terapia he hecho nuevas amigas. Estas amigas han aparecido en un momento muy especial. Además, hemos vivido lo mismo, y entonces, es una amistad muy fuerte aunque sea reciente.

De igual modo, María (grupo recuperadas) explica que: “Después de la terapia grupal nos íbamos a tomar un café todas juntas, esto nos permitió iniciar una relación de amistad”.

7.3.2.2.4. Acciones contra la violencia de género. Este factor de resiliencia incluye diversas actividades como las campañas contra la violencia de género, manifestaciones contra este tipo de agresiones y reportajes o testimonios de víctimas. Para algunas de las mujeres estas acciones fueron importantes para ayudarlas a concienciarse del maltrato que estaban sufriendo y darse cuenta de que hay otras mujeres en su misma situación. Leire (grupo no recuperadas) explica esto de la siguiente manera:

Cuando había alguna mujer que hablaba de violencia de género en la televisión, intentaba prestar atención para que esa información tuviera una influencia en mí. Me ayudaba a darme cuenta de que esa misma situación la estaba viviendo yo. Recuerdo una campaña que decía: no consientas que te hagan de menos o no consientas que te desvalore. Y yo pensaba que eso era lo que me estaba haciendo mi pareja.

Aurora (grupo no recuperadas) también expresa que para ella fueron importantes las campañas contra la violencia de género: “Cuando en la televisión aparecían testimonios de otras mujeres que habían sufrido maltrato pensaba que si esa mujer había conseguido salir, yo también podía hacerlo.”

No obstante, para algunas de las mujeres este factor no fue beneficioso en su proceso de resiliencia, ya que lo percibían como una contradicción entre los mensajes que la sociedad envía sobre el maltrato y lo que se expone en las campañas contra la violencia de género. En este sentido, Irene (grupo no recuperadas) expresa que: “A mí no me ayudaron las campañas, porque no me las creía. Por un lado, la sociedad te presiona para que mantengas unida la familia, porque la familia es más importante que otras cosas en nuestra sociedad, y por otro lado, el mensaje que te envían las campañas es que rompas esa familia.”

Por lo tanto, las acciones contra la violencia de género pueden tener un efecto positivo en el proceso de resiliencia de las mujeres o por el contrario, puede actuar dificultando el proceso a las mujeres. Este factor además, tal y como queda patente en la entrevista a Irene, está relacionado con distintos aspectos de la cultura española.

7.3.3. Comparación entre los dos grupos

En lo que respecta a la comparación entre el grupo de mujeres recuperadas y no recuperadas, cabe destacar que a pesar de que todas las mujeres emplean factores protectores, las mujeres no recuperadas han empleado un menor número de factores individuales. Por ejemplo, el promedio de factores individuales mencionados en el grupo de mujeres recuperadas es de 6.7, mientras que en el otro grupo el promedio de estos factores es de 4.5. Sin embargo, en lo que respecta a los factores externos, no

emergieron diferencias entre los dos grupos. También es importante resaltar que en el grupo de mujeres no recuperadas se puede apreciar que existe una menor interacción entre los factores de resiliencia, tanto individuales como externos. Específicamente, en el grupo de mujeres recuperadas, la media fue de 4.3, mientras que en el grupo de no recuperadas, la media fue 1.5. Además, en tres de las mujeres del grupo de no recuperadas no se observó ninguna interrelación entre factores.

En la Tabla 2 se presenta la comparación entre el grupo de mujeres recuperadas y no recuperadas en cuanto a la presencia de factores de resiliencia individuales y externos.

Tabla 2. Comparación entre el grupo de mujeres recuperadas y no recuperadas.

FACTORES INDIVIDUALES	
Mujeres recuperadas	Mujeres no recuperadas
Actividad física (9/12)	Actividad física (2/10)
Introspección (8/12)	Introspección (5/10)
Optimismo (8/12)	Optimismo (4/10)
Redescubrirse (8/12)	Redescubrirse (5/10)
Creatividad (5/12)	Creatividad (2/10)
Espiritualidad (6/12)	Espiritualidad(3/10)
Perdón (5/12)	Perdón (1/10)
Foco en el presente (7/12)	Foco en el presente (4/10)
Sentido del humor (8/12)	Sentido del humor (6/10)
Proyectos y metas (5/12)	Proyectos y metas (3/10)
Control sobre la propia vida (8/12)	Control sobre la propia vida (7/10)
FACTORES EXTERNOS	
Mujeres recuperadas	Mujeres no recuperadas
Apoyo social informal (12/12)	Apoyo social informal (10/10)
Apoyo social formal (12/12)	Apoyo social formal (10/10)
Hogar (5/12)	Hogar (3/10)
Acciones contra la violencia de género (4/12)	Acciones contra la violencia de género (2/10)

Tal y como se aprecia en la Tabla 2, las mayores diferencias entre los dos grupos se encuentran en el factor de actividad física, siendo mucho mayor la presencia de este

factor en el grupo de mujeres recuperadas. En cuanto a las características sociodemográficas, la situación laboral parece jugar un papel importante, puesto que el número de mujeres en paro es mayor en el grupo de no recuperadas. Además, parece más importante el hecho de tener trabajo que las condiciones laborales, ya que en el grupo de mujeres recuperadas, cuatro de ellas no disponen de un contrato laboral. Por otro lado, atendiendo a las características de la relación abusiva (duración de la relación, edad que tenían cuando comenzaron la relación, situación civil con el maltratador, etc.), no se aprecian diferencias entre los dos grupos. No obstante, existe una importante diferencia entre los dos grupos en cuanto al tiempo transcurrido desde que abandonaron la relación de maltrato, habiendo transcurrido más tiempo en el grupo de mujeres recuperadas.

Por último, las mujeres no recuperadas en sus historias hacen referencia a que ellas no han alcanzado aún un determinado punto en su proceso de recuperación, o que están trabajando en muchos aspectos en el momento de la entrevista. Este tipo de verbalizaciones no surgieron en el grupo de mujeres recuperadas. Por ejemplo, al preguntarle a Irene (grupo no recuperadas) sobre el factor de redescubrirse, ella explicó que: “Yo creo que todavía no estoy en esa fase”.

CAPÍTULO VIII

ESTUDIO EMPÍRICO II

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE FACTORES DE RESILIENCIA ANTE LA ADVERSIDAD EN POBLACIÓN GENERAL

8.1.-OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Este estudio tuvo como objetivo desarrollar un instrumento para evaluar la resiliencia ante la adversidad en población española: el Inventario de Factores de Resiliencia ante la Adversidad (IFRA). El último fin de la creación de este inventario fue poder conocer su estructura factorial, para posteriormente validarlo en una muestra de mujeres víctimas de malos tratos. Asimismo, mediante este estudio se pretendió estudiar la asociación del IFRA con síntomas de depresión y estrés postraumático y autoestima. Por último, se evaluaron también, posibles diferencias de género en las puntuaciones de resiliencia.

Se plantean asimismo las siguientes hipótesis en concordancia con los objetivos propuestos:

1. La validación del Inventario de Factores de Resiliencia en población general que haya vivido diversos tipos de adversidades manifestará una estructura factorial compuesta por 14 factores (proyectos y metas, creatividad, optimismo, perdón, independencia, sentido del humor, espiritualidad, actividad física, centrarse en el presente, introspección, redescubrirse, apoyo social informal, apoyo social formal y punto de inflexión), los cuales se derivan de los resultados del estudio cualitativo.
2. Los síntomas de depresión y TEPT se asociarán de forma negativa y significativa con la puntuación total en resiliencia y con los factores de resiliencia. Por el contrario, la puntuación de autoestima se asociará de forma positiva y significativa con la puntuación total en resiliencia y los factores de resiliencia.
3. En cuanto a las diferencias de género, los resultados de estudios previos son contradictorios, ya que mientras que algunas investigaciones han encontrado que las mujeres muestran más resiliencia (Morales, 2008), otras han hallado lo contrario (Bonanno et al., 2007). Por este motivo, la hipótesis planteada ha sido que se encontrarán diferencias entre hombres y mujeres en los distintos factores de resiliencia, más que en la puntuación total obtenida en el IFRA.

8.2. MÉTODO

8.2.1. Desarrollo del inventario

La estructura y el contenido del inventario surgieron del primer estudio empírico presentado previamente. De los 15 factores de resiliencia que emergieron en las entrevistas, para la creación del IFRA únicamente se emplearon 13, debido a que los dos factores eliminados estaban relacionados de forma específica con la violencia contra las mujeres. Los dos factores eliminados fueron el hogar y las acciones contra la violencia de género. Una de las particularidades de la violencia de género es que el abuso ocurre dentro del hogar, por este motivo para las mujeres del primer estudio este factor fue importante en el proceso de resiliencia, por ello se considera que este es un factor específico del maltrato en el hogar y se eliminó del IFRA. El factor de las acciones contra la violencia de género se eliminó porque únicamente puede aplicarse a mujeres que hayan vivido violencia en el marco de una relación de pareja. Además, el factor control sobre la propia vida se reformuló con el nombre de independencia. De este modo los factores de resiliencia en los que se basa el IFRA son los siguientes: proyectos y metas, creatividad, optimismo, perdón, independencia, sentido del humor, espiritualidad, actividad física, centrarse en el presente, introspección, redescubrirse, apoyo social informal y apoyo social formal. Cada uno de estos factores está representado en el IFRA con cinco ítems. Por otro lado, en el inventario desarrollado se incluyó el punto de inflexión, que fue un aspecto que emergió durante las entrevistas. El punto de inflexión fue definido por las mujeres del primer estudio como la determinación de salir adelante y superar las dificultades. El punto de inflexión es una característica que también puede aparecer frente a otras adversidades, por este motivo se incluyeron cinco ítems que hicieran referencia a este aspecto. De este modo, el inventario está compuesto por 70 ítems.

Para elaborar los ítems, *per se*, se emplearon expresiones y frases empleadas por las mujeres en las entrevistas del primer estudio. Por ejemplo, en el factor denominado punto de inflexión la expresión utilizada por algunas de las mujeres fue: “Puedo experimentar en un momento dado la sensación de que soy capaz de salir de la relación violenta.” Con el fin de adaptar estas expresiones y poder incluirlas en el IFRA, en los ítems que contenían la expresión “el maltrato sufrido, relación violenta, etc.” se

sustituyó por la expresión “esa situación o esa situación negativa”. De esta forma el ítem quedaría de la siguiente manera: “Puedo experimentar en un momento dado la sensación de que soy capaz de salir de esa situación.”

Además, se llevó a cabo una revisión de la literatura en la que se verificó que los factores de los que se componía el IFRA aparecían en la literatura sobre resiliencia en población general y ante diversos tipos de adversidades (ej., Bickley-Green y Phillips, 2003; Haglund et al., 2007; Joseph y Linley, 2006; Kim y Esquivel, 2011; Worthington y Scherera, 2004).

A la persona se le pide que piense en una adversidad y que responda a cada ítem del inventario utilizando dos escalas de respuesta distintas. En primer lugar, empleando el siguiente formato de respuesta debe indicar en qué medida describe cada uno de los ítems lo que hizo ante la adversidad: 0 (*no me describe en absoluto*), 1 (*me describe un poco*), 2 (*me describe bastante*) y 3 (*me describe completamente*). En segundo lugar, siempre y cuando no haya marcado la opción “*No me describe en absoluto*”, debe indicar si considera que tener dicho factor ha sido: 0 (*neutro*), 1 (*beneficioso*) o 2 (*muy beneficioso*) en la superación de la adversidad. En el caso de que un ítem no describa en absoluto a una persona, se le pide que no conteste a la pregunta de si ese factor es neutro, beneficioso o muy beneficioso.

Mediante dicho sistema de respuesta el IFRA permite obtener dos indicadores globales: si la persona posee o ha desarrollado determinados factores de resiliencia y si la persona percibe que dichos factores le han ayudado a superar la adversidad. Asimismo, el inventario permite obtener la puntuación individual para cada factor. Por último, el IFRA incluye una pregunta abierta en la que la persona debe explicar en base a qué situación adversa ha contestado al inventario. El inventario completo está incluido en el Anexo A.

8.2.2. Participantes

Participaron un total de 580 personas (76.8% mujeres y 23.2% hombres). La muestra se obtuvo mediante la distribución de cuestionarios a una muestra de conveniencia de Vizcaya, en los años 2013 y 2014. En concreto, la muestra se obtuvo a

través de 16 clases de la Universidad de Deusto (536 personas), si bien una pequeña parte se recogió a través de las redes sociales (44 personas). Las edades oscilaron entre 18 y 54 años, con una edad media de 21,38 ($DT = 4.47$). Respecto al nivel educativo, un 99.3% de la muestra poseía estudios medios o superiores y un 0.7% tenía estudios básicos. En cuanto al país de origen, un 96.8% procedían de España y un 3.2% procedían de otros países.

Asimismo, de toda la muestra de la comunidad se seleccionó una submuestra de conveniencia de 187 personas (81.6% mujeres y 18.4% hombres) a la que se aplicaron medidas de TEPT, depresión y autoestima. Todas las personas pertenecientes a la submuestra eran estudiantes de la Universidad de Deusto. La edad media de esta submuestra fue 20.26 años ($DT = 1.57$). Siendo un 98.4% de origen español y un 1.6% procedentes de otros países.

8.2.3. Instrumentos

El cuestionario que se elaboró para llevar a cabo este estudio incluye las siguientes medidas, además del IFRA (ver Anexo A): Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965), Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997a) y la Subescala de Depresión del Listado de Síntomas (SCL-90; Derogatis, 1983).

8.2.3.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965; versión española de Echeburúa y Corral, 1988)

Este instrumento tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Esta escala consta de 10 ítems, estructurados en una escala tipo Likert, con cuatro categorías de respuesta que oscilan desde 1 (*muy de acuerdo*) a 4 (*muy en desacuerdo*). La puntuación total varía entre 10 y 40, con una puntuación mayor cuanto mayor es el nivel de autoestima. El punto de corte en la población adulta, según el estudio de Ward (1977), es de 29. Igualmente, se han especificado puntos de corte para determinar las puntuaciones que representan una alta, media y baja autoestima (Burns, 1993). Así, las puntuaciones iguales o inferiores a 25

representan una baja autoestima, puntuaciones entre 26 y 29 representan una autoestima media y puntuaciones iguales o superiores a 30 representan niveles altos de autoestima.

Esta Escala de Autoestima es un instrumento ampliamente validado en múltiples investigaciones psicológicas (Curbow y Somerfield, 1991; Kernis, Grannemann y Mathis, 1991; Roberts y Monroe, 1992), encontrando que tiene un nivel de fiabilidad de .93 (Rosenberg, 1965) y una consistencia interna que varía de .76 a .87 (Curbow y Somerfield, 1991). Crandall (1973) ha expuesto pruebas favorables sobre las características psicométricas y la validez estructural de esta escala, encontrando un coeficiente alfa de .83. Los estudios de análisis de las propiedades psicométricas en nuestro país han encontrado un coeficiente alfa de .83 (Pastor, Navarro, Tomás y Oliver, 1997) y de .81 (Arinero, Crespo, López, Martínez y Gómez, 2004). El coeficiente alpha en este estudio fue .87.

8.2.3.2. *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997a)*

Esta escala consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) para el Trastorno de Estrés Postraumático, y sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Cinco ítems hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, siete a los de evitación y cinco a los de aumento de la activación. Está estructurada en un formato de respuesta tipo Likert de 0 (*nada*) a 3 (*cinco o más veces por semana*) según la frecuencia e intensidad de los síntomas. El rango es de 0 a 51 en la escala global.

Este instrumento cuenta además con una subescala complementaria de Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad, que se compone de 13 ítems con una escala de tipo Likert de la misma estructura (rango: 0-39) y que puede ayudar a diferenciar entre distintos tipos de víctimas y a orientar al terapeuta en la elección de estrategias terapéuticas. Para este estudio no se empleó la subescala de Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad.

Se requiere la presencia de al menos un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos en activación para cumplir el criterio diagnóstico de TEPT. En cuanto a

la gravedad, el punto de corte propuesto para la escala global es de 15. En relación con las subescalas parciales, el punto de corte para la reexperimentación son 5 puntos, para la evitación 6 puntos y para el aumento de la activación 4 puntos (Echeburúa y Corral, 1998). Echeburúa et al. (1997a) encontraron un coeficiente de fiabilidad test-retest de .89 y un coeficiente alfa de Cronbach de .92. En el presente estudio, los coeficientes alpha encontrados han sido de .83, .78 y .74 para las subescalas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, respectivamente.

8.2.3.3. Subescala de Depresión del Listado de Síntomas (The Brief Symptom Inventory, SCL-90; Derogatis, 1983)

La SCL-90 fue diseñada tanto para uso clínico como para investigación (Derogatis, Lipman y Covi, 1973) y es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación multidimensional. Está compuesta por 90 reactivos que se califican en una escala tipo Likert de 0 (*nada*) a 4 (*mucho*). Además de las nueve subescalas, hay siete reactivos extra que contribuyen a la construcción de las puntuaciones globales y que evalúan las alteraciones del apetito y del sueño.

Para este estudio únicamente se empleó la subescala de depresión. Según Derogatis (1983), las nueve dimensiones de este instrumento poseen una fiabilidad test-retest y una consistencia interna muy buenas (de .68 a .91 para todas las subescalas), así como una elevada validez convergente y discriminante con las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway y McKinley, 1942) de .30 a .72, situándose la mayoría por encima de .50 (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). El alpha de Cronbach en este estudio ha sido .91.

8.2.4. Procedimiento

La doctoranda presentó al alumnado la investigación solicitando la colaboración para un estudio sobre los factores que ayudan a las personas a superar situaciones adversas. Tras la lectura del consentimiento informado, quienes desearon participar contestaron el cuadernillo con los distintos instrumentos dentro del aula. El tiempo promedio para responder el cuestionario fue de 40 minutos. La distribución se realizó

tanto en mano, como por correo y vía internet. Asimismo, la recogida de los cuestionarios se llevó a cabo a través de estos mismos medios.

8.2.5. Análisis de datos

Para el análisis factorial confirmatorio se empleó LISREL 8.8 (Jöreskog y Sörbom, 2006), obteniéndose los parámetros a través del método *Weighted Least Squares (WLS)*. Se eligió este método por ser más adecuado en aquellos casos en los que las variables no siguen una distribución normal, tal y como sucede en algunos de los ítems de este instrumento. Como la obtención de la matriz asintótica requiere la ausencia de casos con valores perdidos, previamente se imputaron los valores perdidos mediante el programa estadístico PASW 18 y con el EM algoritmo. Siguiendo las recomendaciones de varios autores (Hu y Bentler, 1999) se utilizó el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de ajuste no normativo (NNFI) y la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA) para evaluar la bondad de ajuste. En general, valores del CFI y NNFI de .90 o superiores reflejan un buen ajuste. Asimismo, valores del RMSEA menores que .06 indican un excelente ajuste, mientras que valores entre .06 y .08 corresponden a un ajuste moderado.

Asimismo, se realizó un análisis de los ítems y se estudió la validez convergente obteniendo la relación entre los factores de resiliencia ante la adversidad y sintomatología depresiva y de estrés postraumático y autoestima. Finalmente, se evaluaron las diferencias de género en las variables del estudio y se evaluó el beneficio percibido para cada uno de los factores. Estos análisis se realizaron a través del programa estadístico PASW 18.

8.3.-RESULTADOS

8.3.1. Contexto de las respuestas

El 85% de la muestra contestó en relación a conflictos interpersonales. El resto de adversidades que contextualizaron las respuestas fueron, fundamentalmente, muerte de personas cercanas, víctimas de sucesos traumáticos y problemas de alimentación.

8.3.2. Fiabilidad y estructura factorial del IFRA

En primer lugar, se probó un modelo oblicuo consistente en los 14 factores hipotéticos. El modelo presentó un ajuste bueno de los datos, χ^2 (2254, $n = 580$) = 4349.19, RMSEA = .040 [90% Intervalo de confianza: .038 -.042], CFI = .95, NNFI = .94. Se probaron dos modelos factoriales alternativos, uno consistente en un solo factor y otro consistente con la hipótesis de que la estructura del IFRA podía estar representada por un modelo jerárquico en el que 14 factores de primer orden estarían explicados, a su vez, por un factor de segundo orden denominado resiliencia. El modelo de una dimensión mostró indicadores considerablemente peores, χ^2 (2345, $n = 580$) = 5960.24, RMSEA = .052 (.50 -.53), CFI = .91, NNFI = .90. El modelo jerárquico exhibió indicadores de ajuste adecuados, χ^2 (2331, $n = 580$) = 4771.20, RMSEA = .043 (.041 -.044), CFI = .94, NNFI = .93. El modelo jerárquico implicó un aumento de χ^2 estadísticamente significativo, χ^2 (77, $n = 580$) = 422, $p < .001$. Sin embargo, el cambio en CFI fue inferior a .01 y siguiendo el criterio de Little (2013) este es un cambio aceptable. Por este motivo, y dado que se trata de un modelo más parsimonioso, se optó por el modelo jerárquico. Las cargas factoriales de segundo orden oscilaron entre .63 y 1.00.

En la Tabla 3 se presentan las cargas factoriales de los ítems en cada uno de los factores obtenidos a través del análisis factorial confirmatorio y la consistencia interna de los factores. Todas las cargas factoriales de los ítems fueron estadísticamente diferentes a cero y adecuadas. Los coeficientes alfa oscilaron entre .63 (para perdón) y .90. Estos análisis hacen referencia al modelo jerárquico.

Tabla 3. Análisis factorial confirmatorio y alfa de Cronbach

Variables	Peso
Proyectos y metas. Alfa de Cronbach .66.	
IFRA 1 Tengo proyectos, metas y/o sueños.	.75
IFRA 15 Sé lo que quiero conseguir en la vida.	.90

IFRA 31	Suelo tener muchos planes y proyectos entre manos.	.91
IFRA 48	Tengo otras personas a quienes cuidar (por ejemplo, mis hijos/as).	.52
IFRA 59	Tengo claros algunos de los objetivos que me gustaría cumplir en mi vida.	.97
Creatividad. Alfa de Cronbach .73.		
IFRA 2	Desarrollo mi parte creativa a través de la escritura, el teatro, la danza, la pintura...	.77
IFRA 21	Me gusta hacer cosas que me permiten desarrollar mi imaginación.	.88
IFRA 30	Considero que puedo describirme como una persona creativa.	.93
IFRA 42	Disfruto haciendo cosas originales a través de la artesanía, la cocina, el baile...	.76
IFRA 58	En los últimos meses he demostrado que soy una persona creativa.	.94
Optimismo. Alfa de Cronbach .80.		
IFRA 3	A menudo pienso en las cosas buenas de la vida.	.90
IFRA 16	Valoro las pequeñas gratificaciones de la vida.	.90
IFRA 32	Tengo facilidad para encontrar el lado positivo en una situación negativa.	.88
IFRA 44	Creo que las cosas me van a ir bien.	.97
IFRA 60	Afronto la vida con optimismo.	.95
Perdón. Alfa de Cronbach .64.		
IFRA 4	Me perdono a mí mismo/a por haber sufrido esa situación negativa.	.80
IFRA 25	He sido capaz de aceptar esa situación negativa que he sufrido, sin castigarme por ello y he pasado página.	.94
IFRA 34	Siento compasión por la/s persona/s que me hicieron daño en esa situación negativa.	.73
IFRA 49	No guardo rencor ni rabia hacia la/s persona/s que me hicieron daño en esa situación negativa.	.76
IFRA 57	Soy capaz de perdonar a la/s persona/s que me hicieron daño en esa situación negativa.	.91
Independencia. Alfa de Cronbach .85.		
IFRA 5	Siento que controlo mi propia vida.	.90
IFRA 17	Yo elijo qué decisiones tomo en mi vida.	.90
IFRA 28	Me siento libre para hacer lo que yo quiero.	.87
IFRA 45	Me siento libre para decidir cómo arreglarme.	.79
IFRA 63	Siento que soy el/la dueño/a de mi vida.	.95
Sentido del humor. Alfa de Cronbach .79.		
IFRA 6	A pesar de las dificultades, tengo la capacidad de reírme.	.82
IFRA 22	El sentido del humor me permite relativizar mis problemas.	.89
IFRA 29	Soy una persona alegre que sonrío con frecuencia.	.96
IFRA 46	La gente que me conoce me considera una persona con buen humor y a la que le gusta reírse.	.83
IFRA 64	Soy capaz de reírme incluso cuando algo va mal (por ejemplo, contratiempos cotidianos).	.87
Espiritualidad. Alfa de Cronbach .68.		
IFRA 7	Creo que existe algo superior que me protege.	.85
IFRA 33	Practico actividades que me permiten llegar a un estado mental de reflexión.	.87
IFRA 41	Creo que existe algo superior que es justo, bueno y ayuda a las personas que lo necesitan.	.85
IFRA 47	Suelo realizar actividades que me ayudan a liberar la mente y/o relajarme.	.92
IFRA 61	En ocasiones me siento en conexión con el universo y siento que formo parte de él.	.81

Actividad física. Alfa de Cronbach .91.	
IFRA 8 Practico algún deporte o actividad física.	.90
IFRA 18 Practico actividades que me ponen en contacto con mi cuerpo (por ejemplo, caminar, bailar, practicar deporte, etc.).	.94
IFRA 35 A través de la actividad física he aprendido a conocer mi cuerpo.	.98
IFRA 50 La actividad física es una parte importante en mi vida.	.97
IFRA 62 Me gustan las actividades que ponen mi cuerpo en movimiento.	.91
Centrarse en el presente. Alfa de Cronbach .74.	
IFRA 9 Tengo como lema “yo vivo el presente”.	.88
IFRA 19 Le doy más importancia al presente que al futuro.	.84
IFRA 36 Trato de disfrutar de las cosas buenas que me están pasando ahora.	.89
IFRA 51 Me centro en el presente, dejando más de lado el pasado y el futuro.	.92
IFRA 65 Vivo el día a día.	.90
Introspección. Alfa de Cronbach .67.	
IFRA 10 Tengo la capacidad de analizarme a mí mismo/a para saber por qué ha tenido lugar esa situación negativa.	.81
IFRA 20 Estoy llevando a cabo un trabajo de autoanálisis para llegar a conocerme mejor.	.62
IFRA 38 He aumentado el conocimiento que tengo sobre mí mismo/a.	.95
IFRA 54 Aprendo de las dificultades pasadas y las utilizo para afrontar nuevas dificultades.	.93
IFRA 66 El conocerme mejor a mí mismo/a me ha permitido crecer como persona.	.98
Redescubrirse. Alfa de Cronbach .76.	
IFRA 12 Soy capaz de llevar a cabo el proceso de volver a reencontrarme conmigo mismo/a.	.94
IFRA 23 Siento que he vuelto a contactar conmigo mismo/a.	.95
IFRA 39 He vuelto a renacer después de esa situación negativa.	.90
IFRA 53 He vuelto a encontrarme conmigo mismo/a, recordando cómo era yo antes de haber sufrido esa situación negativa.	.92
IFRA 69 Sé cómo soy, lo que quiero y cuáles son mis habilidades.	.94
Punto de inflexión. Alfa de Cronbach .76.	
IFRA 11 Siento un arrebató de fortaleza que me impulsa a salir adelante.	1.00
IFRA 24 Me sucedió una experiencia clave que me impulsó a salir de esa situación negativa.	.85
IFRA 37 Tengo de pronto una determinación muy fuerte de superar esa situación negativa.	.87
IFRA 52 He tenido alguna experiencia que me ha hecho tomar la decisión de salir adelante.	.94
IFRA 67 Puedo experimentar en un momento dado la sensación de que soy capaz de salir de esta situación.	.96
Apoyo social informal. Alfa de Cronbach .74.	
IFRA 13 Tengo relaciones de confianza con algunas de las personas de mi entorno.	.93
IFRA 26 Puedo apoyarme en mi familia y/o amigos cuando tengo dificultades.	.76
IFRA 40 Cuento con personas a las que puedo llamar cuando me siento mal.	.82
IFRA 55 Siento que cuento con el apoyo incondicional de algunas personas de mi entorno.	.82
IFRA 70 Tengo a mi lado a una persona especial con la que me siento muy vinculado/a y cuya ayuda ha sido imprescindible para mí.	.53
Apoyo social formal. Alfa de Cronbach .73.	
IFRA 14 He contado con la ayuda de diversos profesionales (psicólogos/as, policía,	.81

	servicios sociales, etc.).	
IFRA 27	He recibido ayudas de tipo económico o ayudas materiales (ayudas para la vivienda, servicios de guardería, etc.).	.42
IFRA 43	He recibido una terapia psicológica que me ha ayudado a recuperarme.	.86
IFRA 56	He recibido la ayuda necesaria por parte de la policía y los servicios judiciales.	.73
IFRA 68	Siento que los distintos profesionales que me han atendido no me han juzgado.	.82

8.3.3. Correlaciones entre el IFRA y las escalas de síntomas de TEPT y depresión y la escala de autoestima

Tal y como puede observarse en la Tabla 4, se obtuvieron los coeficientes de correlación entre las puntuaciones del IFRA y los síntomas de TEPT y depresión y la escala de autoestima.

Tabla 4. Correlaciones entre la puntuación total y los factores del IFRA y la sintomatología psicológica y la escala de autoestima ($N=187$).

	Depresión	Estrés postraumático	Autoestima
Total IFRA	-.08	-.11	.29**
Proyectos y metas	-.04	-.01	.33**
Creatividad	.02	.05	.10
Optimismo	-.37**	-.31**	.53**
Perdón	-.04	-.05	.17
Independencia	-.22**	-.27**	.41**
Humor	-.24**	-.19**	.31**
Espiritualidad	-.03	-.01	.09
Actividad física	.02	-.12	.14
Foco en el presente	-.14*	-.22**	.23**
Introspección	.02	.09	.16*
Punto de inflexión	.00	.09	.08
Redescubrirse	.04	.04	.15*
Apoyo social informal	-.16*	-.23**	.25**
Apoyo social formal	.15*	.30**	-.25**

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$

En cuanto a la puntuación total de resiliencia, los síntomas de TEPT y depresión no correlacionaron de forma significativa con la puntuación total obtenida en el IFRA. La escala de autoestima, por el contrario, correlacionó de forma positiva y

significativa con la puntuación total en resiliencia. Por otro lado, y atendiendo a los factores del IFRA, los síntomas de depresión correlacionaron de forma negativa y significativa con optimismo, independencia, sentido del humor, foco en el presente y apoyo social informal. Por el contrario, correlacionó de forma positiva con el apoyo social formal. La escala de TEPT correlacionó de forma negativa y significativa con los siguientes factores de resiliencia: optimismo, independencia, humor, foco en el presente y apoyo social informal. Al igual que ocurre con la depresión, existe una correlación positiva con el apoyo social formal. Por último, la autoestima correlacionó de forma positiva y significativa con proyectos y metas, optimismo, independencia, sentido del humor, foco en el presente, introspección, redescubrirse y apoyo social informal. Asimismo, correlacionó de forma negativa con el apoyo social formal.

8.3.4. Diferencias de género en las puntuaciones del IFRA

Se evaluaron las diferencias de género tanto en la puntuación total de resiliencia como en las 14 escalas del IFRA. No hubo diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la puntuación total en resiliencia. Sin embargo en cuanto a los factores de resiliencia, los hombres puntuaron más alto en los siguientes factores: actividad física (2.22 en los hombres y 1.66 en las mujeres; d de Cohen = 0.63), espiritualidad (1.47 en los hombres y 1.20 en las mujeres; d de Cohen = 0.36) y perdón (1.46 en los hombres y 1.24; d de Cohen = 0.29). Las mujeres, en cambio, puntuaron más alto en apoyo social informal (2.60 en las mujeres y 2.47 en los hombres; d de Cohen = 0.25). Según los criterios de Cohen (1988), las diferencias entre mujeres y hombres son medias en actividad física, y pequeñas en espiritualidad, perdón y apoyo social informal.

8.3.5. Beneficio percibido en los factores de resiliencia

Por último, se calculó el valor de beneficio proporcionado por cada factor de resiliencia. La Tabla 5 presenta los resultados obtenidos. Tal y como se observa, los factores percibidos como más beneficiosos fueron el apoyo social informal, sentido del humor, proyectos y metas y optimismo, cuyas medias oscilaron entre 1.61 y 1.80. Los factores que fueron percibidos como menos beneficiosos fueron el apoyo social formal (1.29) y el perdón (1.23).

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas del beneficio percibido en los factores de resiliencia en orden descendente ($N = 580$).

	M	DT
Apoyo social informal	1.81	0.35
Sentido del humor	1.65	0.43
Proyectos y metas	1.63	0.43
Optimismo	1.62	0.41
Independencia	1.58	0.47
Introspección	1.53	0.47
Actividad física	1.52	0.51
Punto de inflexión	1.49	0.47
Redescubrirse	1.45	0.48
Espiritualidad	1.35	0.55
Foco en el presente	1.35	0.48
Creatividad	1.32	0.57
Apoyo social formal	1.29	0.66
Perdón	1.24	0.54

CAPÍTULO IX

ESTUDIO EMPÍRICO III

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PARA EVALUAR RESILIENCIA EN MUJERES QUE HAN VIVIDO VIOLENCIA EN LA PAREJA Y EFECTO MODERADOR DE LA RESILIENCIA EN SÍNTOMAS ASOCIADOS AL MALTRATO

9.1.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Este tercer estudio empírico tuvo dos objetivos principales: por un lado, adaptar y validar el IFRA para poder emplearlo a la hora de evaluar resiliencia en mujeres que han superado una situación de violencia en la pareja (IFRA-VP). Y por otro lado, explorar el efecto moderador que los factores de resiliencia pueden tener en los casos de malos tratos, de cara a amortiguar las consecuencias psicológicas que se derivan de sufrir una relación de maltrato. Se evaluaron en total los 17 factores de resiliencia encontrados en el estudio cualitativo y que a lo largo del presente estudio serán agrupados en un menor número de dimensiones de resiliencia con el fin de facilitar los análisis estadísticos. Los síntomas que se evaluaron son los de depresión y trastorno de estrés postraumático. También se midió la autoestima, por considerarse con frecuencia que ésta refleja un resultado de un proceso resiliente (Filbert y Flynn (2010).

Asimismo, otros objetivos de este estudio fueron los siguientes:

1. Estudiar las asociaciones entre la puntuación total del IFRA-VP y sus factores y las escalas de síntomas de TEPT y depresión y la escala de autoestima.
2. Estudiar las relaciones entre los distintos tipos de violencia sufrida y los síntomas depresivos y de TEPT y la autoestima.
3. Evaluar las diferencias en la puntuación global de resiliencia, así como en la puntuación de cada uno de los factores, entre la muestra de mujeres que han superado el maltrato y las mujeres de la población general del segundo estudio empírico.
4. Explorar el beneficio percibido que los distintos factores de resiliencia tienen para las mujeres participantes del estudio.

De acuerdo a los objetivos descritos previamente, las hipótesis planteadas son las siguientes:

1. Una vez probada la fiabilidad y estructura factorial del IFRA en el estudio empírico II, esperamos encontrar que los 17 factores de los que se compone el IFRA-VP, se agrupan en dimensiones de segundo orden que expliquen los resultados del cuestionario.
2. Se espera confirmar el papel moderador de las dimensiones de resiliencia en la relación entre el maltrato sufrido y los síntomas psicológicos (TEPT y depresión) y la autoestima. Este efecto moderador consistirá en que las dimensiones de resiliencia reducirán el impacto del maltrato en los síntomas de TEPT y depresión y en la autoestima de las mujeres.
3. Se espera que los distintos tipos de maltrato incluidos en el estudio resulten perjudiciales en la salud mental de las mujeres. Así, los tres tipos de maltrato (psicológico, físico y sexual) se asociarán de forma significativa y positiva con los síntomas de estrés postraumático y depresión. De forma contraria, se encontrará una asociación significativa y negativa entre la autoestima y los distintos tipos de violencia.
4. Los factores de resiliencia tendrán un efecto principal en la sintomatología de las mujeres y la autoestima, de manera que cuanto mayor presencia de factores de resiliencia tengan, menor gravedad revestirán sus secuelas psicológicas y más autoestima tendrán. Así, se espera obtener una asociación negativa significativa entre la puntuación total en el IFRA-VP y los factores de resiliencia, y las variables de depresión y estrés postraumático. Asimismo, se espera encontrar una asociación positiva significativa entre la puntuación total en el IFRA-VP y los factores de resiliencia, y las puntuaciones en autoestima.
5. Se espera que las mujeres perciban como elevado el beneficio de los distintos factores de resiliencia, especialmente para los factores de apoyo social informal y formal y las acciones contra la violencia de género.
6. Por último, dado que las participantes de este estudio empírico son mujeres que han vivido una situación de violencia en la pareja, se espera que su puntuación global en resiliencia, así como en los distintos factores de resiliencia sea menor al de la muestra del estudio empírico II, que no se trata de muestra clínica.

9.2.- MÉTODO

9.2.1. Adaptación del instrumento

Partiendo del IFRA, cuya fiabilidad y estructura factorial se probó en el estudio empírico II con unos resultados adecuados, se adaptó el instrumento para que pudiera aplicarse a situaciones específicas de violencia en la pareja (IFRA-VP). Asimismo, para adaptar el instrumento se emplearon los resultados de las entrevistas del estudio cualitativo.

En primer lugar, se añadieron tres factores de resiliencia que emergieron de los resultados del estudio cualitativo y que no se habían incluido en el segundo estudio empírico por ser específicas de la violencia de género. Estos factores fueron las acciones contra la violencia de género, el hogar y el trabajo. A pesar de que el factor de trabajo no fue mencionado por las mujeres en las entrevistas como un factor que las ayudó en su proceso de resiliencia, los resultados del estudio mostraron que este es un factor que diferencia a las mujeres recuperadas y no recuperadas, en el sentido de que entre las mujeres recuperadas un mayor número de ellas estaban trabajando en el momento de la entrevista en comparación con el grupo de no recuperadas. Por este motivo, decidió incluirse dentro del IFRA-VP a través de cinco ítems.

Asimismo, se realizaron diversos cambios en la redacción de los ítems del IFRA-VP. Por un lado, en aquellos ítems del IFRA que contenían la expresión “esa situación o esa situación negativa”, se modificó por la expresión “el maltrato sufrido, relación violenta, etc.” Y por otro lado, puesto que únicamente se iba a aplicar a mujeres todos los ítems fueron redactados en femenino.

De este modo el instrumento consta de los siguientes 17 factores: proyectos y metas, creatividad, optimismo, perdón, control sobre la propia vida, sentido del humor, espiritualidad, actividad física, centrarse en el presente, introspección, redescubrirse, punto de inflexión, trabajo, hogar, acciones contra la violencia de género, apoyo social informal y apoyo social formal. Cada factor está compuesto por cinco ítems, lo que da lugar a un instrumento de 85 ítems.

9.2.2. Participantes

En este estudio participaron 129 mujeres que habían superado una situación de malos tratos en la pareja y que en el momento del estudio habían abandonado al agresor. La muestra fue recogida entre los años 2013 y 2014 y está compuesta por mujeres atendidas en distintos centros especializados para mujeres víctimas de malos tratos y Ayuntamientos que prestan este tipo de servicios, todos ellos ubicados en España. Sin embargo, una pequeña parte de la muestra se recogió a través de la población general, concretamente esta parte de la muestra estuvo compuesta por estudiantes de la Universidad de Deusto que habían participado previamente en otro estudio. El criterio de inclusión se basó en la agresión física sufrida durante el último año y consistió en haber experimentado cuatro o más actos de agresión física leve, dos o más actos de violencia física grave o cualquier combinación de cuatro o más actos de violencia física leve o grave durante el último año de la relación. La definición de lo que se consideró un acto de violencia como leve o grave se basó en la CTS2 (Straus et al., 1996). En la Tabla 6 se presentan los distintos centros y Ayuntamientos que participaron.

Tabla 6. Distribución de la muestra por centros y Ayuntamientos ($N= 129$).

CENTRO /AYUNTAMIENTO	PROVINCIA	NÚMERO Y % DE MUJERES
Centro Gakoa	Vizcaya	16 (12.4%)
Centro Zutitu	Vizcaya	4 (3.1%)
Centro Kemena	Vizcaya	3 (2.3%)
Ayuntamiento de Vitoria	Vitoria	8 (6.2%)
Ayuntamiento de Lugo	Lugo	9(7%)
Ayuntamiento de Arganda del Rey	Madrid	12 (9.2%)
Ayuntamiento de La Rioja	La Rioja	6 (4.7%)
Ayuntamiento de Pamplona	Navarra	20 (15.5%)
Ayuntamiento de Villanueva de la Serena	Badajoz	11 (8.5%)
Ayuntamiento de Figueres	Girona	1 (0.8%)
Ayuntamiento de Castro Urdiales	Cantabria	5 (3.9%)
Ayuntamiento de Odón	Teruel	9 (7%)
Ayuntamiento de San Fernando de Henares	Madrid	4 (3.1%)
Ayuntamiento de Benicarló	Castellón	11 (8.5%)
Universidad de Deusto	Vizcaya	10 (7.8%)

Las participantes tenían edades comprendidas entre 18 y 67 años, siendo la edad media de 41.24, con una desviación típica de 12.63. La mayor parte de las mujeres eran españolas (76%), mientras que el 14% eran latinoamericanas, el 1.7% de Europa Oriental, el 1.7% de Europa del Este, el 0.8% del Sureste Asiático, el 1.7% de África del Norte, el 1.7% de Centroeuropa y el 2.4% procedían de otros países. En lo que respecta al estado de salud, un 75% de las mujeres reportó no tener problemas de salud física, mientras que un 25% expresó tener este tipo de problemas. Entre los problemas de salud física más frecuentemente mencionados cabe destacar el cáncer de mama, linfomas, dermatitis, fibromialgia, artrosis, hipertensión y asma.

En cuanto al nivel de estudios, un 43.8% de la muestra tenía estudios básicos, un 8.3% bachillerato, un 20.7% formación profesional, un 29.4% universitarios y un 0.8% post-universitarios. Aproximadamente la mitad de las mujeres se encontraban trabajando en el momento del estudio (58.8%), frente a un 3.6% que se dedicaban a labores del hogar y un 1.6% que eran pensionistas. Además, un 20.7% de las mujeres se encontraban en paro y un 15.3% eran estudiantes. Las participantes del estudio tenían una media de 1.7 hijas/os, siendo la desviación típica de 1.01.

Respecto a la relación que habían tenido con los agresores, más de la mitad de las mujeres (62.4%) habían estado casadas con el maltratador, un 10.3% había sido pareja de hecho, un 25.6% había mantenido una relación de noviazgo y un 1.7% había mantenido otro tipo de relaciones. En lo que respecta a la duración de la relación, el mínimo fue 7 meses y el máximo 38 años, con una media de 13.56 y desviación típica de 10.57. En cuanto al tiempo transcurrido desde que abandonaron la relación abusiva, el mínimo fue un mes y el máximo 19 años, siendo la media de años transcurridos de 2.71 y la desviación típica 2.88.

El tipo de atención psicológica recibida por las mujeres en cada uno de los centros y Ayuntamientos varió. Así, el 44.2% había recibido terapia psicológica individual, el 5.3% había recibido terapia grupal, el 45.1% había recibido ambos tipos de terapia, el 1.8% no especificó el tipo de terapia recibida y el 3.5% no habían recibido ningún tipo de terapia (este último porcentaje hace referencia a las mujeres procedentes de la Universidad de Deusto).

Por otro lado, el 79.5% de las mujeres manifestó que una vez que habían abandonado la relación abusiva, no habían vuelto a retornar a la misma. Sin embargo, el 20.5% había retornado al menos una vez a la relación. La mayoría de las mujeres que conformaban la muestra no se habían visto envueltas en otras relaciones abusivas (85.6%), sin embargo, un 9.3% había sufrido malos tratos por parte de dos parejas y un 5.1% por más de dos parejas.

En cuanto a las situaciones traumáticas previas que habían experimentado las mujeres de la muestra, un 38.8% había sufrido maltrato infantil, un 16.3% abusos sexuales, un 16.3% muerte de la madre/padre siendo niña o adolescente, un 12.2% había sido testigo de la violencia ejercida de su padre hacia su madre durante la infancia y/o adolescencia, un 12.2% había sufrido dos de las situaciones descritas previamente y finalmente, un 4.1% había sufrido otro tipo de traumas.

9.2.3. Instrumentos

Todas las participantes de la muestra completaron un cuestionario que incluía las siguientes medidas, además del IFRA-VP (ver Anexo B): Escalas Revisadas de Tácticas en Conflictos (CTS2; Straus et al., 1996), Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAPRP; Calvete et al., 2005), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965), Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997a) y la Subescala de Depresión del Listado de Síntomas (SCL-90; Derogatis, 1983).

9.2.3.1. Escalas Revisadas de Tácticas en Conflictos (CTS2; Straus et al., 1996)

El CTS2 mide hasta qué punto las personas utilizan la violencia física o psicológica contra sus parejas, así como en qué medida utilizan la negociación para resolver conflictos. Su fiabilidad y validez han sido refrendadas en numerosos estudios, con todo tipo de muestras y poblaciones, incluyendo muestra española (Buesa y Calvete, 2011; Calvete et al., 2007). El CTS2 se presenta en un formato de pregunta doble, preguntándose por cada conducta dos veces, una como perpetrador/a y

otra como víctima. Para este estudio sólo se emplearon las respuestas referidas a los ítems de victimización.

La muestra contestó las escalas de (a) Agresión física (12 ítems), que se refiere a conductas tales como puñetazos, empujones y palizas; (b) abuso psicológico (8 ítems) en la cual se incluyen actos de violencia verbal y actos de violencia no verbal, como por ejemplo, “mi pareja salió furiosa de la habitación durante una riña”; (c) coerción sexual (7 ítems) la cual se define como la conducta orientada a obligar a la pareja a participar en una actividad sexual no deseada; y (d) lesiones (6 ítems) que mide el daño físico infringido por la pareja, indicado por roturas de huesos, necesidad de asistencia médica o dolor continuado. Las consistencias internas de cada escala encontradas por Straus et al. (1996) son altas: .79, .86, .87 y .95, respectivamente para las cuatro escalas. Para cada escala, las participantes señalan con qué frecuencia su pareja llevó a cabo los diversos comportamientos en los últimos 12 meses, utilizando una escala de respuesta que va desde 1 (*una vez el año pasado*) hasta 6 (*más de 20 veces el año pasado*). Además, el valor 7 significa *nunca el año pasado, pero sí antes* y el 0 significa *nunca ha ocurrido*.

El CTS2 permite la creación de varios indicadores para cada una de las escalas (Straus, 2001), de los cuales en este estudio únicamente se empleó el de frecuencia anual. El coeficiente alpha en este estudio fue .90 para el instrumento general, y .90, .84, .89 y .82 para las escalas de agresión física, abuso psicológico, coerción sexual y lesiones, respectivamente.

9.2.3.2. Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAPRP; Calvete et al., 2005)

Este instrumento consta de 17 ítems basados en conductas que previamente un panel de expertos había consensuado como indicadores de maltrato en el ámbito de las relaciones íntimas de pareja (Saltzman, Fanslow, McMahon y Shelley, 1999). El inventario incluye actos abusivos, que hacen referencia al uso de la restricción y el control sobre la víctima. Las mujeres indican si han sufrido los actos recogidos en el IAPRP a lo largo del último año y en qué medida, usando el mismo formato de respuesta que en el CTS2 (Straus et al., 1996). El IAPRP ha mostrado una adecuada

validez y consistencia interna. En el estudio original el coeficiente alpha fue .99 (Calvete et al., 2005) y en el realizado por Buesa y Calvete (2011) el coeficiente alpha fue .86. En el presente estudio, el coeficiente alpha encontrado ha sido de .75.

9.2.3.3. Escala de Autoestima de Rosenberg (1965; versión española de Echeburúa y Corral, 1988)

Este instrumento ha sido recogido en el anterior estudio empírico, donde se detallan sus características, por lo tanto, en cuanto al presente estudio únicamente cabe destacar que el coeficiente alpha fue .92.

9.2.3.4. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997a)

Puesto que esta escala ha sido previamente explicada en el estudio empírico II, únicamente cabe mencionar que en este estudio el coeficiente alpha fue .93 para el instrumento general y .93, .82 y .84 para las subescalas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, respectivamente.

9.2.3.5. Escala de Síntomas de Derogatis (SCL-90; Derogatis, 1983)

La descripción de este instrumento, así como sus propiedades psicométricas han sido detalladas en el estudio previo, por lo que solo se mencionara que en el presente estudio el alpha de Cronbach ha sido .92.

9.2.4. Procedimiento

Comenzando la descripción del procedimiento, para la realización de esta investigación, en primer lugar, se contactó con diferentes centros y Ayuntamientos de España que ofrecían terapia psicológica a mujeres que hubiesen sufrido malos tratos en la pareja, y se les informaba sobre las características del estudio que se pretendía realizar. Para ello se envió una hoja informativa a cada centro explicando que se trataba de un estudio sobre la resiliencia en mujeres que habían superado la violencia en la pareja.

Una vez conseguida la aprobación por parte de la dirección de los centros y la colaboración de la psicóloga o trabajadora social del mismo, se explicó a las mismas el procedimiento a seguir. En primer lugar, la psicóloga o trabajadora social del centro explicaba a las usuarias del servicio el estudio. En segundo lugar, a aquellas mujeres que aceptaban participar se les entregaba una carta con la explicación del estudio y los datos de la investigadora, así como el cuestionario que debían rellenar. Para la recogida de datos de esta investigación, se elaboró un cuestionario con todas las medidas descritas anteriormente (Anexo B). Se trataba de un cuestionario autoadministrado, por lo que una vez que las mujeres lo contestaban, se lo remitían a la psicóloga o trabajadora del centro, quien posteriormente se lo hacía llegar a la investigadora.

En cuanto a las mujeres que tomaron parte en el estudio y que eran estudiantes de la Universidad de Deusto el procedimiento que se siguió fue diferente al descrito en el párrafo anterior. En este caso, la doctoranda acudió a las aulas universitarias y presentó a las alumnas la investigación solicitando la colaboración para un estudio sobre los factores que ayudan a las personas a superar situaciones adversas. Tras la lectura del consentimiento informado, quienes desearon participar contestaron el cuadernillo con los distintos instrumentos dentro del aula. El tiempo promedio para responder el cuestionario fue de 40 minutos.

Con el fin de salvaguardar el anonimato de las participantes, se les pidió que no incluyeran su nombre y apellidos, únicamente la inicial de su nombre y primer apellido.

9.2.5. Análisis de datos

Debido al gran número de factores de resiliencia incluidos en el IFRA-VP, en primer lugar se procedió a agrupar los factores de resiliencia en dimensiones con el objetivo de simplificar los posteriores análisis de tipo moderacional. Para poder agrupar los factores del IFRA-VP en dimensiones se empleó el análisis factorial exploratorio mediante el paquete estadístico PASW 18.

Una vez que se encontró una solución de tres dimensiones en las que los 17 factores del IFRA-VP se agrupaban de forma coherente con las entrevistas del primer estudio y la teoría, se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio empleando LISREL 8.8 (Jöreskog y Sörbom, 2006), para probar que esta solución en la que los 17 factores se agrupaban a su vez en tres dimensiones era una buena explicación de los datos. Los parámetros se obtuvieron a través del método Máxima Verosimilitud (ML) y los índices que se emplearon para evaluar la bondad del ajuste fueron los mismos que los mencionados en el estudio empírico II, por lo que no se volverán a mencionar en este apartado.

Se realizó también un análisis de los ítems y se estudió la validez convergente obteniendo la relación entre los factores de resiliencia ante la adversidad y la sintomatología depresiva y de estrés postraumático y autoestima.

Asimismo, se estudió la relación entre los distintos tipos de maltrato sufridos y los síntomas depresivos y de TEPT y la autoestima. Se estudió también el beneficio percibido por las mujeres para cada uno de los factores de resiliencia. Por último, se evaluaron las diferencias en la puntuación total de resiliencia, así como en las puntuaciones de los factores, entre la muestra clínica del presente estudio y la muestra del segundo estudio. Cabe destacar que para calcular la puntuación total de todos los instrumentos no se realizó la suma de las puntuaciones de todos los ítems, sino que se calculó la media de los mismos. Estos análisis se realizaron a través del programa estadístico PASW 18.

Para evaluar el papel de las tres dimensiones del IFRA-VP como moderadoras de la relación entre violencia sufrida y los síntomas psicológicos se empleó *path analysis* con LISREL 8.8 (Jöreskog y Sörbom, 2006). Los análisis se realizaron con tres tipos diferentes de violencia: física, psicológica y sexual. No se incluyó en los análisis de moderación el IAPRP (Calvete et al., 2005) debido a que se solapaba en los análisis con la medida correspondiente del CTS2 (Straus et al., 1996). La subescala de lesiones del CTS2 (Straus et al., 1996) tampoco se incluyó en estos análisis a fin de simplificarlos. Por otro lado, los síntomas psicológicos que se tuvieron en cuenta fueron los depresivos y de TEPT. También se incluyó la autoestima. Asimismo, se añadió un *path* que iba desde el tiempo transcurrido desde que las mujeres abandonaron la relación

de maltrato a los síntomas (depresivos y TEPT) y la autoestima con el fin de controlar el efecto del tiempo transcurrido. Los modelos se estimaron mediante el método de mínimos cuadrados ponderados (WLS). Nuevamente, se siguieron las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) para evaluar la bondad del ajuste.

Pese a que se han mencionado los índices de ajuste como criterio para evaluar la bondad de ajuste de los distintos modelos, estudios recientes muestran que no se puede delimitar un punto de corte universal para estos índices, sino que éstos dependen de diferentes aspectos del modelo que se está evaluando (Fan y Sivo, 2007). Por ello, en este estudio, las decisiones tomadas acerca del ajuste de los modelos se basan no solo en los índices de ajuste, sino que también en la coherencia del modelo evaluado con la teoría subyacente.

9.3.- RESULTADOS

9.3.1. Fiabilidad y estructura factorial del IFRA-VP

Tal y como se ha explicado anteriormente, debido al gran número de factores de resiliencia de los que se compone el IFRA-VP, se procedió a agrupar los factores en diversas dimensiones. Con este propósito se empleó el análisis factorial exploratorio. El método de extracción seleccionado fue el de Máxima Verosimilitud (ML) con rotación varimax. Los siguientes factores de resiliencia se eliminaron de este primer análisis debido a que no encajaban adecuadamente en ninguna de las dimensiones: trabajo, acciones contra la violencia de género y apoyo social informal y formal. Una vez eliminados los factores mencionados, la mejor solución encontrada fue una en la que los factores de resiliencia se agrupaban en dos dimensiones. De este modo, el Test de Scree (Cattell, 1966) explicó el 60.90% de la varianza.

Los factores cuya carga factorial fue mayor en la primera dimensión fueron: control sobre la propia vida (.78), redescubrirse (.74), foco en el presente (.72), hogar (.63), punto de inflexión (.63), introspección (.62) y perdón (.44). Debido al contenido de cada uno de los factores, esta dimensión decidió denominarse *autoconocimiento y control*. Por otro lado, la segunda dimensión se designó con el nombre de

espiritualidad y desarrollo personal, ya que los factores que se incluían dentro de la misma eran creatividad (.81), proyectos y metas (.70), espiritualidad (.70), optimismo (.63), sentido del humor (.58) y actividad física (.56).

Una vez realizado este primer paso, se procedió a llevar a cabo el análisis factorial confirmatorio. Para realizar este análisis, el factor de resiliencia llamado trabajo se incluyó en la dimensión autoconocimiento y control, ya que se consideró que el contenido de este factor era adecuado para dicha dimensión. Por otro lado, se creó una nueva dimensión con los tres factores que quedaron fuera del análisis factorial exploratorio (apoyo social informal y formal y acciones contra la violencia de género). A esta nueva dimensión se la designó con el nombre de *apoyo externo*, puesto que estos tres factores de resiliencia no son cultivados por las mujeres, sino que tal y como su nombre indica provienen de fuentes externas a las mismas.

Este modelo propuesto para el análisis factorial confirmatorio mostró un ajuste excelente de los datos, $\chi^2 (116, N = 129) = 191.46$, RMSEA = .05 (.02 -.07), CFI = .99, NNFI = .99. Las cargas factoriales de segundo orden oscilaron entre .27 (para perdón) y .83. En la Tabla 7 se presentan las cargas factoriales de los factores en cada una de las dimensiones obtenidas a través del análisis factorial confirmatorio y la consistencia interna de las dimensiones. Todas las cargas factoriales de las dimensiones fueron estadísticamente diferentes a cero y adecuadas. Los coeficientes alfa oscilaron entre .63 (para apoyo externo) y .90.

Tabla 7. Análisis factorial confirmatorio y alfa de Cronbach

Variables	Peso
Control y autoconocimiento. Alfa de Cronbach .90.	
Control sobre la propia vida	.75
Redescubrirse	.83
Foco en el presente	.72
Hogar	.57
Punto de inflexión	.63
Introspección	.71
Perdón	.27
Trabajo	.56
Espiritualidad y desarrollo personal. Alfa de Cronbach .89.	
Creatividad	.65
Proyectos y metas	.64

Espiritualidad	.64
Optimismo	.74
Sentido del humor	.62
Actividad física	.59
Apoyo externo. Alfa de Cronbach .62.	
Acciones contra la violencia de género	.56
Apoyo social formal	.47
Apoyo social informal	.46

9.3.2. Relación entre las puntuaciones del IFRA-VP y la sintomatología y autoestima

Para estudiar la relación entre la resiliencia y los síntomas y la autoestima se obtuvieron las correlaciones entre los síntomas de estrés postraumático y depresión y la autoestima y la puntuación total en el IFRA-VP, la puntuación en cada una de las tres dimensiones de resiliencia y en los 17 factores que lo componen. La Tabla 8 muestra estas correlaciones así como las medias y desviaciones típicas.

Tabla 8. Correlaciones entre la puntuación total, dimensiones de resiliencia y los factores del IFRA-VP y la sintomatología psicológica y la escala de autoestima ($N = 129$).

	Depresión	TEPT	Autoestima	Media	<i>DT</i>
Total IFRA-VP	-.517**	-.462**	.698**	1.76	0.61
D. control y autoconocimiento	-.547**	-.515**	.674**	1.76	0.67
D. espiritualidad y desarrollo personal	-.476**	-.393**	.686**	1.69	0.70
D. apoyo externo	-.261**	-.235*	.433**	1.87	0.64
Proyectos y metas	-.468**	-.366**	.655**	2.02	0.74
Creatividad	-.292**	-.229*	.442**	1.45	0.91
Optimismo	-.528**	-.484**	.734**	1.87	0.86
Perdón	-.348**	-.308**	.262**	1.25	0.68
Control sobre la vida	-.510**	-.481**	.683**	1.91	0.89
Sentido del humor	-.459**	-.460**	.606**	1.96	0.83
Espiritualidad	-.270**	-.177	.477**	1.49	0.90
Actividad física	-.333**	-.224*	.467**	1.36	0.99
Foco en el presente	-.485**	-.446**	.545**	1.72	0.89
Introspección	-.384**	-.348**	.584**	1.84	0.82
Punto de inflexión	-.348**	-.323**	.580**	2.07	0.78
Redescubrirse	-.492**	-.459**	.694**	1.88	0.89

Trabajo	-.450**	-.435**	.373**	1.67	1.30
Hogar	-.321**	-.332**	.433**	1.76	0.94
Acciones contra la VG	-.159	-.160	.336**	1.57	0.94
Apoyo social informal	-.204*	-.174	.313**	2.08	0.89
Apoyo social formal	-.249**	-.216*	.355**	1.96	0.71

Nota. TEPT= Trastorno de estrés postraumático; D.= Dimensión; VG= Violencia de género. * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Tal y como puede apreciarse en la Tabla 8, la puntuación total obtenida en el IFRA-VP se asocia de forma significativa y negativa con los síntomas depresivos y de TEPT, al mismo tiempo que correlaciona de forma significativa y positiva con la autoestima. En los tres casos estas correlaciones son moderadas. Lo mismo ocurre con las tres dimensiones de resiliencia del IFRA-VP. En este caso, las correlaciones son moderadas para las correlaciones entre las tres dimensiones de resiliencia y los síntomas y la autoestima, excepto para la dimensión apoyo externo cuya correlación es baja con los síntomas de depresión y TEPT. Llama la atención que los coeficientes de correlación entre los factores de resiliencia y los síntomas y autoestima son muy superiores a los obtenidos en la muestra de la comunidad.

Atendiendo de forma concreta a los factores de resiliencia, la mayoría de ellos correlacionan de forma significativa y negativa con los síntomas y de forma significativa y positiva con la autoestima. Esto es así para todos los factores excepto para la espiritualidad que no correlaciona de forma significativa con el estrés postraumático, las acciones contra la violencia de género que no se asocian de forma significativa con la depresión y el TEPT y el apoyo social informal que no correlacionan significativamente con TEPT.

Por otro lado, el factor de resiliencia que más altamente se asocia con los dos síntomas y la autoestima es el optimismo, seguido del factor control sobre la propia vida. Los factores que menos correlacionan con depresión, estrés postraumático y autoestima son respectivamente los siguientes: apoyo social informal, apoyo social formal y perdón.

9.3.3. Relación entre los distintos tipos de maltrato sufridos y los síntomas depresivos y de TEPT y la autoestima

Con el objetivo de determinar la relación existente entre los cuatro tipos de maltrato evaluados en el presente estudio (maltrato psicológico, físico y sexual del CTS2 y el abuso psicológico del IAPRP) y la sintomatología psicológica (depresión y TEPT) y la autoestima, se obtuvieron las correlaciones entre todas las variables que se han mencionado. En la Tabla 9 se presentan los resultados de las correlaciones mencionadas, junto con las medias y las desviaciones típicas.

Como puede observarse en la Tabla 9, la depresión se asoció de forma significativa con las dos medidas de maltrato psicológico empleadas y con el maltrato sexual, con coeficientes de correlación bajos. El trastorno de estrés postraumático, a su vez, correlacionó de forma significativa con las dos medidas de maltrato psicológico empleadas y con el maltrato sexual. Estas correlaciones fueron bajas. Por último, la autoestima se asoció de forma significativa y negativa con el maltrato físico, con un coeficiente de correlación bajo. Por otro lado, la violencia física no se asoció de forma significativa y positiva con los síntomas de estrés postraumático y depresión. Asimismo, la violencia psicológica y sexual no se asociaron de forma significativa y negativa con la autoestima.

Tabla 9. Correlaciones entre los tipos de maltrato sufrido y la sintomatología psicológica (N=129).

	1	2	3	4	5	6	7	Media	DT
1. Depresión	1							2.08	1.10
2. TEPT	.686**	1						1.19	0.73
3. Autoestima	-.584**	-.601**	1					1.84	0.72
4. Maltrato psicológico. CTS2	.201*	.258**	-.126	1				2.58	1.22
5. Maltrato físico. CTS2	.143	.166	-.189*	.307**	1			1.17	0.90
6. Maltrato sexual. CTS2	.203*	.265**	-.148	.220*	.351**	1		0.87	1.02
7. Abuso psicológico. IAPRP	.276**	.307**	-.142	.708**	.309**	.341**	1	2.28	1.30

Nota. TEPT= Trastorno de estrés postraumático; CTS= Conflict Tactics Scale; IAPRP= Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja. * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

9.3.4. Las dimensiones de resiliencia del IFRA-VP como moderadoras del impacto del maltrato en los síntomas y autoestima

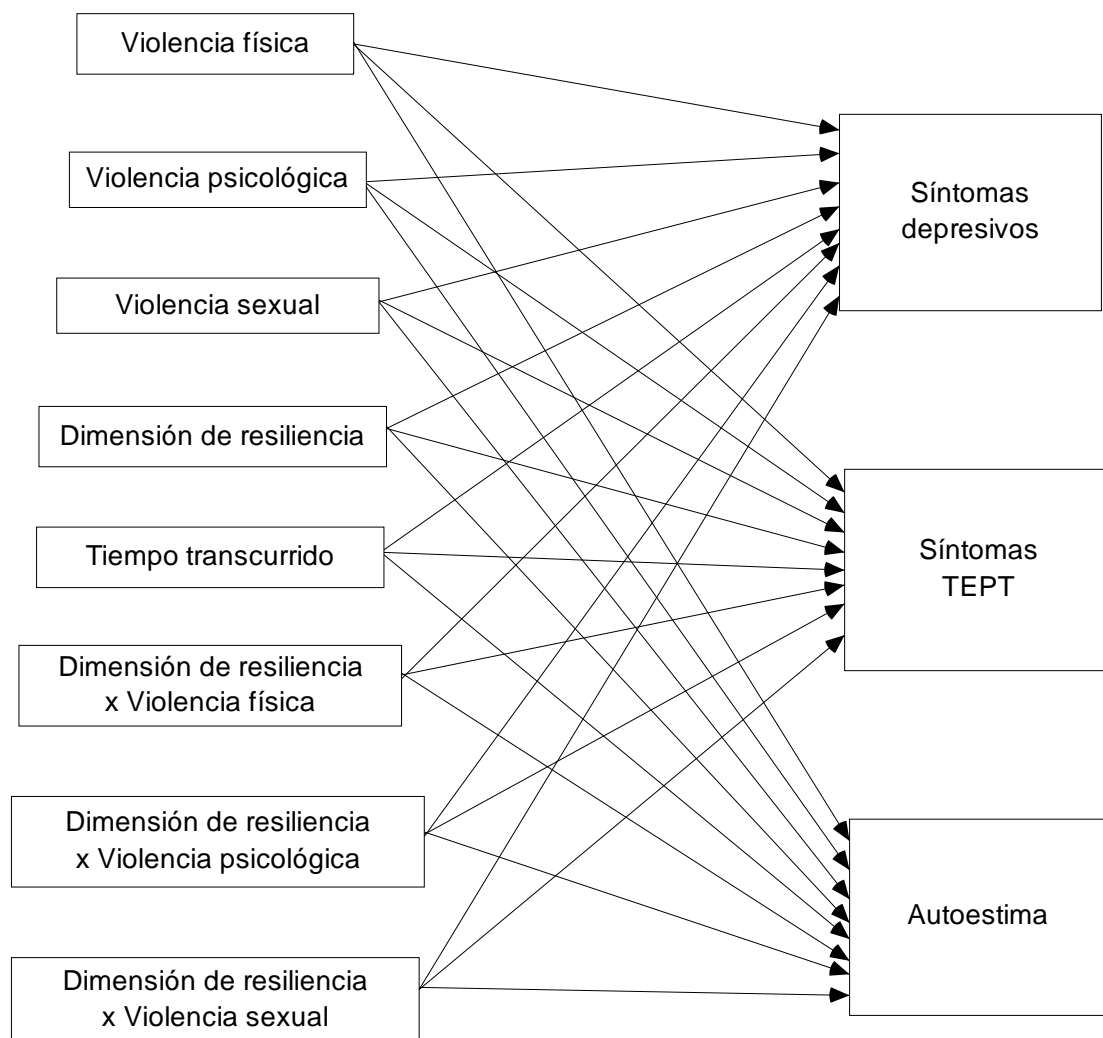
En este apartado se estudió el posible papel moderador por parte de las dimensiones de resiliencia en la relación entre los distintos tipos de maltrato sufridos por las mujeres y los síntomas psicológicos y la autoestima. Asimismo, se incluyó el tiempo transcurrido desde que las mujeres abandonaron la relación de maltrato para evaluar el efecto del mismo en los síntomas (depresivos y TEPT) y la autoestima. Los análisis se realizaron de forma separada para cada una de las dimensiones de resiliencia. Puesto que hay tres dimensiones de resiliencia, se pusieron a prueba tres modelos diferentes.

Tal y como se ha explicado en la sección de estrategia de análisis de datos, para evaluar las moderaciones mencionadas se hizo uso del *path analysis* con LISREL 8.8. (Jöreskog y Sörbom, 2006). Los análisis se realizaron con tres tipos diferentes de violencia (física, psicológica y sexual). Asimismo, los síntomas psicológicos que se tuvieron en cuenta en los análisis fueron los depresivos y de TEPT, así como la autoestima. También se incorporó un *path* que iba desde el tiempo transcurrido desde que las mujeres abandonaron la relación de maltrato a los síntomas (depresivos y TEPT) y la autoestima. Los tres modelos se estimaron empleando el método de mínimos cuadrados ponderados (WLS). Siguiendo las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) para modelos obtenidos con muestras pequeñas ($N < 250$), la bondad del ajuste se evaluó con el índice de ajuste comparativo (CFI; valores de .90 o mayores indican que el modelo se ajusta bien a los datos) y la media cuadrática del error tipificada (SRMR; valores de .08 o menos indican un buen ajuste). Por otro lado, para cada uno de los modelos se indican las correlaciones múltiples cuadradas (R^2) de los síntomas depresivos y de estrés postraumático y la autoestima, lo que permite conocer el porcentaje que el modelo explica de cada una de estas variables.

Se estimó un modelo diferente para cada dimensión de resiliencia (control y autoconocimiento, espiritualidad y desarrollo personal y apoyo externo). Cada uno de los modelos incluyó coeficientes desde las puntuaciones de los tres tipos de violencia (física, psicológica y sexual), la dimensión de resiliencia y el tiempo transcurrido desde que las mujeres abandonaron la relación de maltrato a los síntomas de depresión y

TEPT y la puntuación en autoestima. El modelo incluyó además coeficientes entre los términos de interacción entre resiliencia y los tres tipos de violencia (e.g., espiritualidad y desarrollo personal x violencia psicológica, espiritualidad y desarrollo personal x violencia física, espiritualidad y desarrollo personal x violencia sexual) y los síntomas y la autoestima (véase Figura 2 para un modelo general).

Figura 2. Modelo general en el que la dimensión de resiliencia actúa como moderadora del impacto de la violencia en los síntomas psicológicos, la autoestima y el tiempo incluyendo todas las interacciones y *path analysis*.



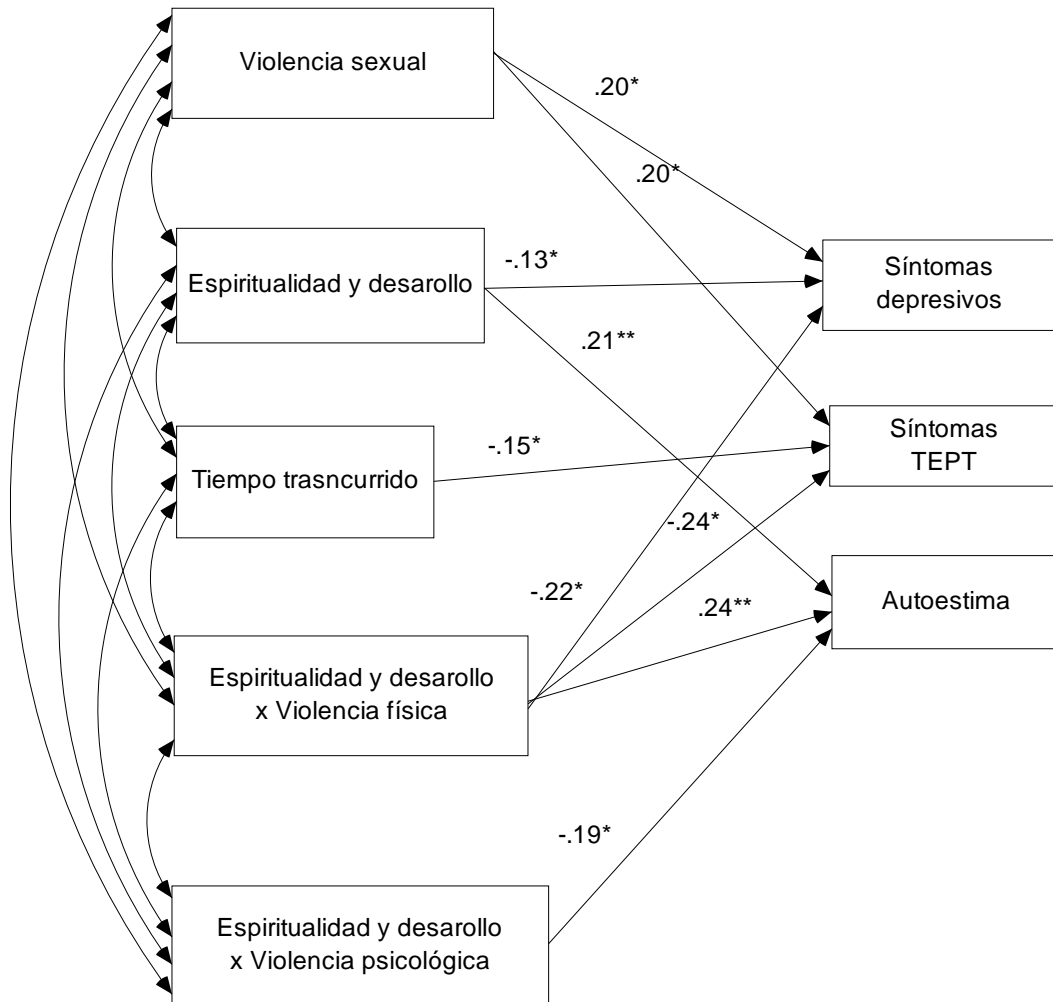
Asimismo, se han representado mediante figuras las interacciones que fueron significativas en cada uno de los modelos. En consistencia con los procedimientos

señalados por Aiken y West (1991), se emplearon los valores bajos (una desviación típica por debajo de la media) y altos (una desviación típica por encima de la media). Este mismo procedimiento se empleó para todas las interacciones significativas.

9.3.4.1. La dimensión de resiliencia espiritualidad y desarrollo personal como moderadora del impacto del maltrato en los síntomas y autoestima

El primer modelo de *path analysis* que se puso a prueba evaluó el papel moderador de la dimensión espiritualidad y desarrollo personal en la relación entre la violencia que habían sufrido las mujeres y los síntomas psicológicos y la autoestima. Es importante señalar que este modelo fue recalculado con los coeficientes que fueron estadísticamente significativos. El modelo mostró un ajuste excelente, $\chi^2 (27, N=129)= 33.49$, CFI= 0.98, SRMR= .074. Para este modelo las correlaciones múltiples cuadradas fueron .18 para la depresión, .20 para el TEPT y .21 para la autoestima. La Figura 3 muestra los parámetros principales del modelo.

Figura 3. La dimensión de resiliencia espiritualidad y desarrollo personal como moderadora del impacto de la violencia en los síntomas psicológicos, la autoestima y el tiempo. Nota: Los valores representados son los coeficientes estandarizados. * $p < .05$, ** $p < .001$.



Tal y como queda patente en la Figura 3, la violencia sexual se asocia significativamente a más síntomas depresivos y de TEPT. La dimensión de espiritualidad y desarrollo personal se asocia a menos síntomas de depresión y una mayor autoestima. A su vez, el tiempo transcurrido desde el abandono de la relación abusiva se asocia con menos síntomas de estrés postraumático. La interacción de la dimensión espiritualidad y desarrollo personal x violencia física estuvo significativamente asociada con los síntomas depresivos, de estrés postraumático y la autoestima. Las Figuras 4, 5 y 6 muestran estas interacciones. Dado que las variables de violencia y de resiliencia se transformaron previamente a puntuaciones Z siguiendo las recomendaciones estándar para estudios de moderación (Calvete, 2007), para las

figuras se representaron los valores para niveles bajos (1 DT debajo de la media), moderados (Media) y altos (1 DT por encima de la media) de violencia y del factor de resiliencia. Por otro lado, la interacción de la dimensión espiritualidad y desarrollo personal x violencia psicológica estuvo significativamente asociada con la autoestima. Esta interacción se representa en la Figura 7. Por último, los resultados no fueron estadísticamente significativos para los términos de interacción restantes.

Figura 4. La dimensión espiritualidad y desarrollo personal modera la relación entre la violencia física y los síntomas depresivos. Nota. EspDes= Dimensión espiritualidad y desarrollo personal.

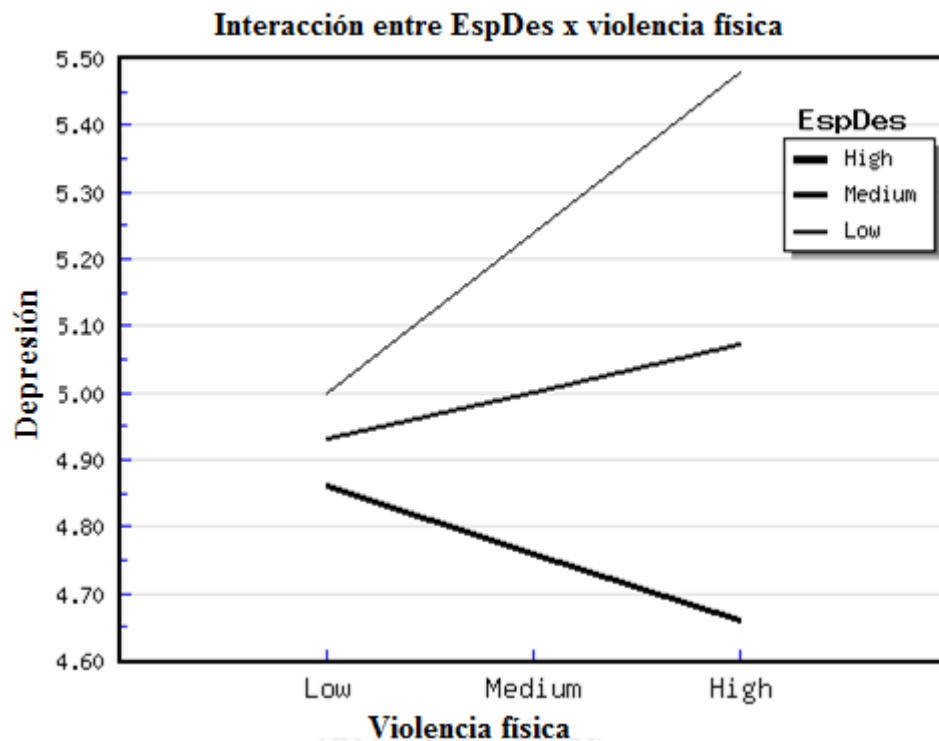
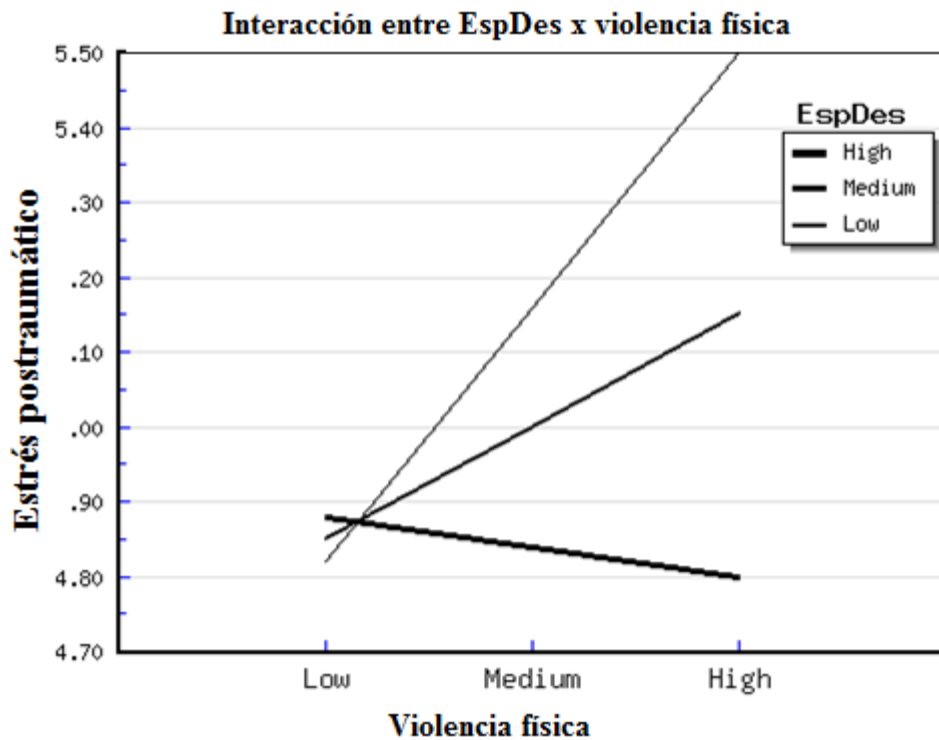
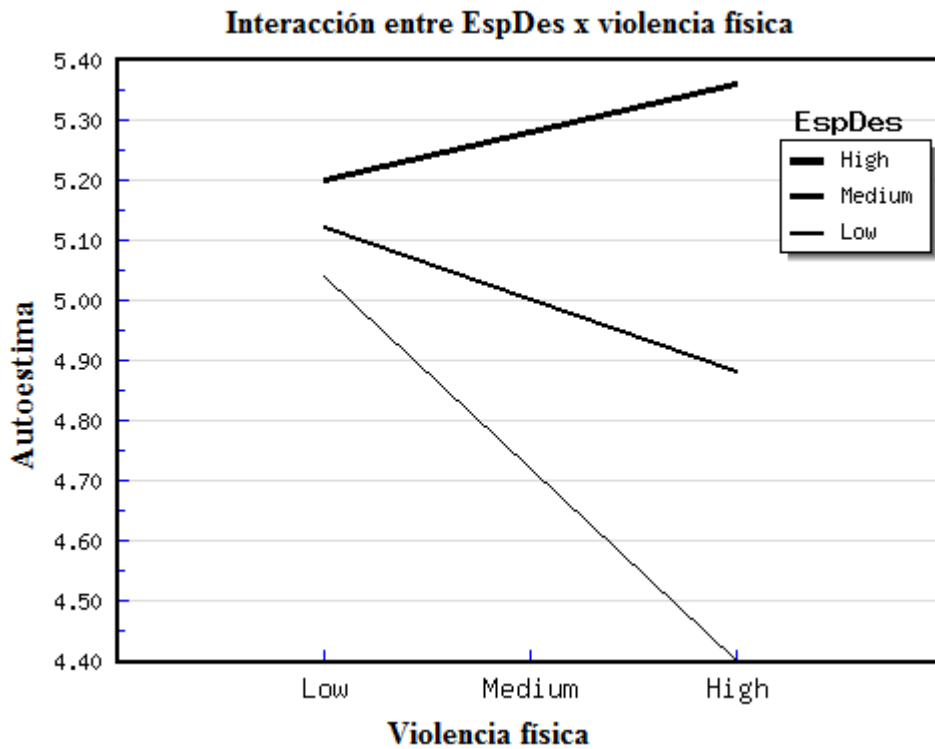


Figura 5. La dimensión espiritualidad y desarrollo personal modera la relación entre la violencia física y los síntomas de estrés postraumático. Nota. EspDes= Dimensión espiritualidad y desarrollo personal.



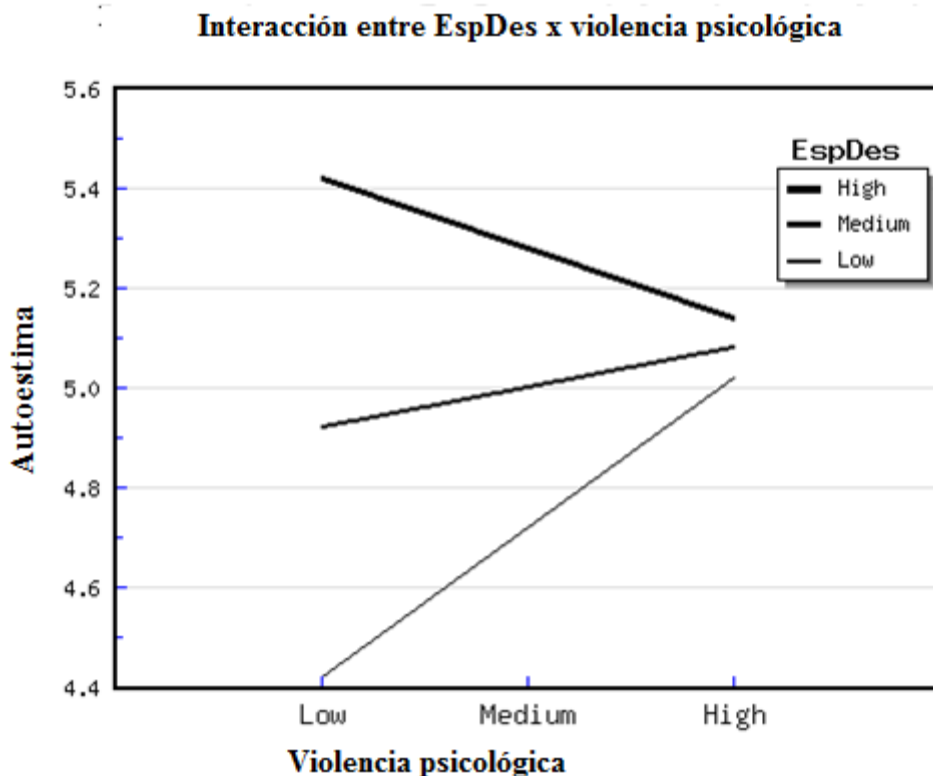
Tal y como representan las Figuras 4 y 5, se aprecia el efecto protector de la dimensión espiritualidad y desarrollo personal en las mujeres que participaron en el estudio. Las asociaciones entre la violencia física sufrida y los síntomas depresivos y de estrés postraumático son mayores en las mujeres que no tienen tan desarrollada la dimensión mencionada.

Figura 6. La dimensión espiritualidad y desarrollo personal modera la relación entre la violencia física y la autoestima. Nota. EspDes= Dimensión espiritualidad y desarrollo personal.



La Figura 6 indica que la dimensión de espiritualidad y desarrollo personal tiene un efecto potenciador de la autoestima. La asociación entre la violencia física y una baja autoestima es mayor en las mujeres que cuentan con una menor capacidad de espiritualidad y desarrollo personal.

Figura 7. La dimensión espiritualidad y desarrollo personal modera la relación entre la violencia psicológica y la autoestima. Nota. EspDes= Dimensión espiritualidad y desarrollo personal.



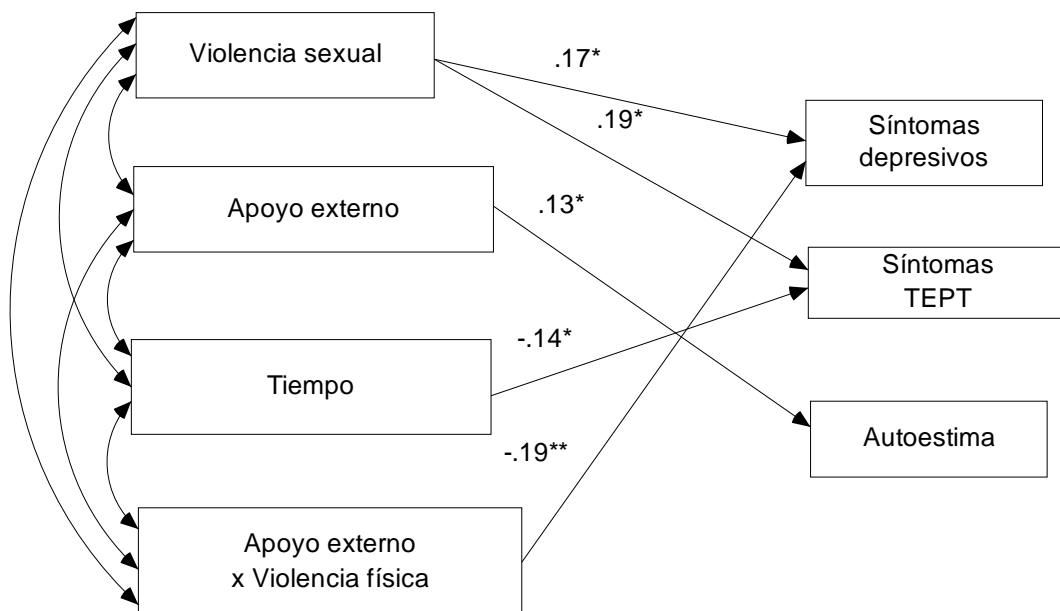
La Figura 7 muestra la interacción entre la dimensión espiritualidad y desarrollo personal x violencia psicológica, representando a las mujeres que puntuaron alto (una desviación típica por encima de la media), medio (puntuación igual a la media) y bajo (una desviación típica por debajo de la media) en la dimensión espiritualidad y desarrollo personal y violencia psicológica y en violencia psicológica. Como se puede observar, la asociación entre la violencia psicológica y la autoestima es menor en aquellas mujeres que puntúan alto en la dimensión mencionada.

9.3.4.2. La dimensión de resiliencia apoyo externo como moderadora del impacto del maltrato en los síntomas y autoestima

En segundo lugar, se estimó el modelo de *path analysis* que incluía la dimensión de apoyo externo como moderadora en la relación entre violencia experimentada, los síntomas psicológicos, la autoestima y el tiempo transcurrido.

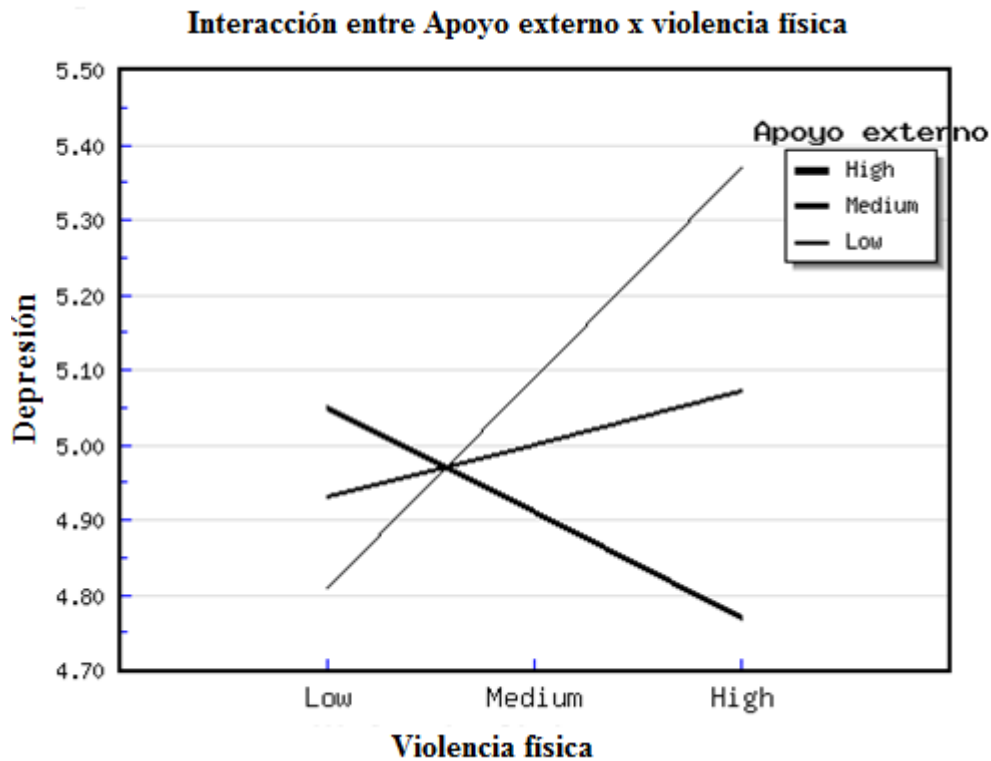
Nuevamente, este modelo fue recalculado con los coeficientes que fueron estadísticamente significativos. En lo que respecta al ajuste del modelo, este fue óptimo, $\chi^2 (31, N= 129)= 56.11$, CFI= 0.94 SRMR= .075. Cabe destacar que el modelo fue estimado únicamente con los coeficientes significativos. Las correlaciones múltiples cuadradas en este modelo fueron las siguientes: .14 para la depresión, .14 para el TEPT y .11 para la autoestima. La Figura 8 muestra los parámetros significativos del modelo.

Figura 8. La dimensión de resiliencia apoyo externo como moderadora del impacto de la violencia en los síntomas psicológicos, la autoestima y el tiempo. Nota: Los valores representados son los coeficientes estandarizados. * $p < .05$, ** $p < .001$.



Tal y como se observa en la Figura 8, la violencia sexual que han experimentado las participantes del estudio se asocia con más síntomas de estrés postraumático y depresión. A su vez, la dimensión de resiliencia evaluada, apoyo externo, se asocia con una mayor autoestima en las mujeres. También es importante señalar que el tiempo transcurrido desde que las mujeres salieron de la relación de maltrato se asocia con menos síntomas de estrés postraumático. Además, la interacción de la dimensión apoyo externo x violencia física estuvo significativamente asociada con los síntomas depresivos. La Figura 9 muestra dicha interacción.

Figura 9. La dimensión apoyo externo modera la relación entre la violencia física y los síntomas de depresión.



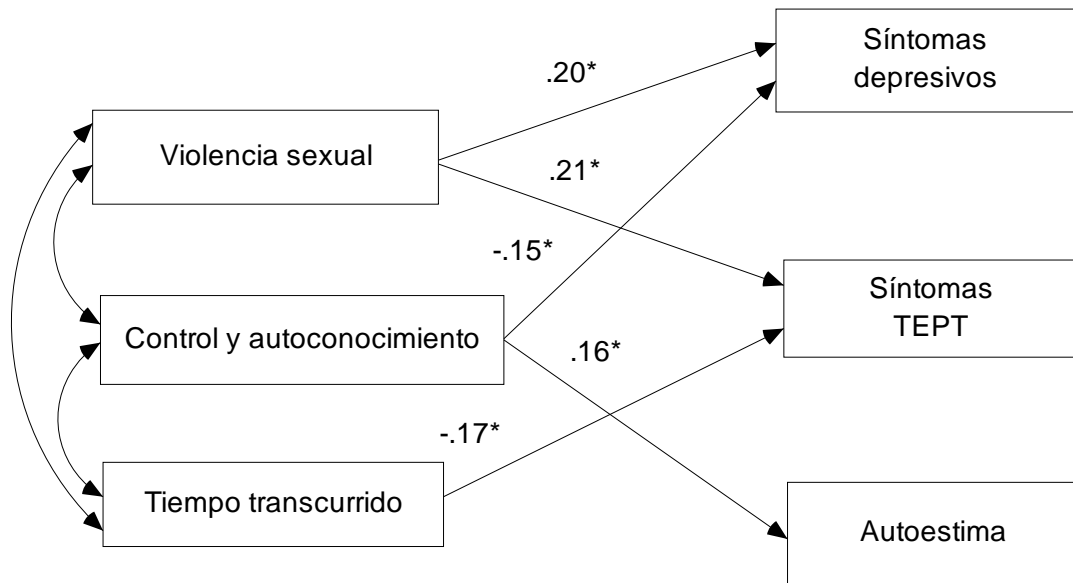
Tal y como se aprecia en la Figura 9, la dimensión de resiliencia denominada apoyo externo tiene un efecto protector sobre los síntomas depresivos. Así, la asociación entre la violencia física vivida y los síntomas depresivos es mayor en las mujeres que no tienen tan desarrollada la dimensión de apoyo externo.

9.3.4.3. *La dimensión de resiliencia control y autoconocimiento como moderadora del impacto del maltrato en los síntomas y autoestima*

En primer lugar, se estimó un modelo de *path analysis* para evaluar el papel moderador de la dimensión control y autoconocimiento en la relación entre violencia experimentada, los síntomas psicológicos, la autoestima y el tiempo transcurrido. El modelo fue recalculado con únicamente los coeficientes que fueron estadísticamente significativos. En lo que respecta al ajuste del modelo, este fue moderado, $\chi^2(31, N=129) = 76.28$, CFI= 0.89, SRMR= .086. En cuanto a las correlaciones múltiples

cuadradas, estas fueron .15, .15 y .10 para la depresión, TEPT y autoestima, respectivamente. La Figura 10 muestra los parámetros significativos del modelo.

Figura 10. La dimensión de resiliencia control y autoconocimiento como moderadora del impacto de la violencia en los síntomas psicológicos, la autoestima y el tiempo. Nota: Los valores representados son los coeficientes estandarizados. * $p < .05$, ** $p < .001$.



Tal y como queda patente en la Figura 10, la violencia sexual se asocia significativamente a más síntomas, tanto de TEPT como de depresión. La dimensión de resiliencia denominada control y autoconocimiento sin embargo, se asocia con menos síntomas de depresión y con una mayor autoestima de las mujeres. Por otro lado, el tiempo transcurrido desde que abandonaron la relación abusiva se asocia con menos síntomas de estrés postraumático. En este modelo ninguna moderación fue significativa, indicando que el papel de la dimensión de resiliencia control y autoconocimiento es independiente de la magnitud de la violencia experimentada, ya sea esta física, psicológica o sexual.

9.3.5. Diferencias en resiliencia entre las mujeres de la población general y la muestra clínica

Con el objetivo de conocer las diferencias en resiliencia entre las mujeres de la población general y las mujeres que han sufrido abuso en la pareja, se compararon las puntuaciones del IFRA e IFRA-VP entre las participantes de este tercer estudio y las participantes del segundo estudio empírico. Puesto que el IFRA consta de 14 factores y el IFRA-VP de 17, únicamente se pudieron evaluar las diferencias entre los dos grupos mencionados en los 14 factores que son comunes en los dos instrumentos. Asimismo, se evaluaron las diferencias en la puntuación total de resiliencia. En la Tabla 10 se presentan las medias, las desviaciones típicas y la *d* de Cohen (1988) para calcular el tamaño del efecto.

Tabla 10. Diferencias de medias en resiliencia entre las mujeres de la población general y las mujeres que han sufrido maltrato.

	Mujeres que han sufrido violencia <i>N</i> = 129		Mujeres de la población general <i>N</i> = 443		<i>F</i> (1.707)	Tamaño del efecto (<i>d</i>)
	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>		
Total IFRA	1.76	0.61	1.87	0.43	5.24*	-0.19
Proyectos y metas	2.02	0.74	2.34	0.62	24.53**	-0.47
Creatividad	1.45	0.91	1.50	0.86	0.35	-0.06
Optimismo	1.87	0.86	2.23	0.61	27.36**	-0.48
Perdón	1.25	0.68	1.24	0.76	0.05	0.01
Control sobre la vida	1.91	0.89	1.96	0.83	40.44**	-0.06
Sentido del humor	1.96	0.83	2.34	0.60	34.38**	-0.52
Espiritualidad	1.49	0.90	1.20	0.75	13.37**	0.35
Actividad física	1.36	0.99	1.66	0.93	9.55*	-0.31
Foco en el presente	1.72	0.90	1.82	0.69	1.99	-0.12
Introspección	1.84	0.82	1.87	0.70	0.14	-0.04
Punto de inflexión	2.07	0.78	1.68	0.81	14.50**	0.49
Redescubrirse	1.88	0.89	1.65	0.74	8.58*	0.28
Apoyo social informal	2.08	0.90	2.60	0.51	72.09**	-0.71
Apoyo social formal	1.96	0.71	0.48	0.68	462.74**	2.13

* $p < .05$, ** $p < .001$

Tal y como se puede observar en la Tabla 10, se encontraron diferencias significativas en la puntuación total de resiliencia, obteniendo las mujeres de la población general mayores puntuaciones en esta variable. Según los criterios de Cohen (1988), el tamaño del efecto fue de pequeña magnitud en este caso. En cuanto a los factores de resiliencia, las mujeres de la población general obtuvieron una mayor puntuación en los siguientes factores: proyectos y metas, optimismo, control sobre la propia vida, sentido del humor, actividad física y apoyo social informal. En todos los casos los tamaños del efecto fueron medianos, excepto para el control sobre la propia vida que fue pequeño y para el apoyo social informal que fue grande (Cohen, 1988). Las mujeres que habían sufrido violencia en la pareja obtuvieron mayores puntuaciones en los factores de espiritualidad, punto de inflexión, redescubrirse y apoyo social formal. Según los criterios de Cohen (1988), las diferencias entre los dos grupos en redescubrirse son pequeñas, medias en los factores denominados espiritualidad y punto de inflexión y altas en el caso del apoyo social formal. En el resto de factores no se han encontrado diferencias significativas.

9.3.6. Beneficio percibido en los factores de resiliencia

A continuación se describe el beneficio que las mujeres perciben en cada una de las dimensiones de resiliencia del IFRA-VP. Con este fin, se presentan las medias y desviaciones típicas de cada dimensión. La dimensión que se percibe como más beneficiosa es la de apoyo externo (media= 1.63, $DT= 0.34$), seguida de la dimensión espiritualidad y desarrollo personal (media= 1.50, $DT= 0.39$) y control y autoconocimiento (media= 1.47, $DT= 0.40$). Asimismo, se describe el beneficio percibido para cada uno de los factores de resiliencia. Para ello, en la Tabla 11 se han incluido las medias y desviaciones típicas de cada uno de los factores.

Tabla 11. Medias y desviaciones típicas del beneficio percibido en los factores de resiliencia en orden descendente ($N = 129$).

	M	DT
Apoyo social informal	1.74	0.36
Apoyo social formal	1.69	0.37
Trabajo	1.68	0.42
Proyectos y metas	1.62	0.40
Punto de inflexión	1.62	0.45
Redescubrirse	1.58	0.48
Control sobre la propia vida	1.55	0.49
Sentido del humor	1.53	0.51
Optimismo	1.51	0.52
Espiritualidad	1.50	0.51
Actividad física	1.49	0.57
Hogar	1.48	0.55
Acciones con la violencia de género	1.47	0.53
Introspección	1.43	0.52
Creatividad	1.42	0.53
Foco en el presente	1.40	0.52
Perdón	1.29	0.64

Tal y como puede apreciarse en la Tabla 11, los factores percibidos como los más beneficiosos son el apoyo social, tanto informal como formal, con unas medias de 1.74 y 1.69, respectivamente. Los factores que las mujeres percibieron como menos beneficiosos fueron el foco en el presente (1.40) y el perdón (1.29).

CAPÍTULO X

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

10.1.-ESTUDIO CUALITATIVO CON MUJERES ESPAÑOLAS QUE HAN SUFRIDO MALTRATO EN LA PAREJA

Los resultados del primer estudio empírico, en el que se lleva a cabo un estudio cualitativo, son alentadores ya que ponen de manifiesto que las mujeres son capaces de mostrar una respuesta resiliente y recuperarse al salir de una relación de pareja violenta. A pesar del alto riesgo de sufrir diversos trastornos asociados a los malos tratos como TEPT y depresión (Graham-Bermann et al., 2011; Macy et al., 2013), en el momento de la entrevista las 12 mujeres del grupo recuperadas no mostraban síntomas asociados al maltrato y todas las participantes (grupo recuperadas y grupo no recuperadas) mostraban indicadores de respuesta resiliente.

La comparación entre ambos grupos ha puesto de manifiesto que tanto las mujeres recuperadas como no recuperadas emplean diversos factores de resiliencia. Además, aunque no existen diferencias entre los dos grupos en lo que respecta al uso de los factores externos, el grupo de mujeres recuperadas empleó en promedio un mayor número de factores internos. Esto puede indicar que al comienzo del proceso, las mujeres emplean los factores externos como fuente de resiliencia, y solo cuando el proceso ha avanzado están preparadas para desarrollar y movilizar los factores personales. Además, el apoyo social formal e informal tienen la capacidad de promover un gran número de factores personales, lo que apoya la idea expuesta anteriormente de que juegan un papel de gran relevancia dentro del proceso de resiliencia, especialmente al comienzo.

Diversos estudios (Dowrick, Kokanovic, Hegarty, Griffiths y Gunn, 2008; Las Hayas et al., 2014; Torgalsbøen, 2012) han demostrado que existe una asociación entre el nivel de resiliencia de las personas y su capacidad de recuperarse frente a diversos traumas. El presente estudio, debido a su naturaleza cualitativa, no permite establecer la asociación entre el nivel de resiliencia de las mujeres y la recuperación o no recuperación de las secuelas del maltrato. No obstante, el que las mujeres recuperadas empleen un mayor número de factores personales y que tengan más relaciones entre los factores de resiliencia, apunta a que al igual que ocurre frente a otras adversidades, los niveles de resiliencia son más altos en las personas que se recuperan de la adversidad o trauma, en comparación con aquellas personas que no se recuperan.

Por otro lado, en cuanto a las características socio-demográficas, la única diferencia encontrada entre ambos grupos fue la situación laboral, ya que el número de mujeres que tenían trabajo fue más alto en el grupo de mujeres recuperadas. Este factor puede jugar un importante papel en el proceso de resiliencia de las mujeres debido a que el trabajo puede llevar a que las mujeres desarrollen diversos factores de resiliencia. Por ejemplo, el conocer gente nueva en el entorno de trabajo puede ayudar a las mujeres a ampliar su red de apoyo social informal. De forma similar, el trabajo puede ayudar a las mujeres a desarrollar el factor de control sobre su propia vida, ya que este factor está relacionado con la independencia económica.

Asimismo, otro aspecto que pudo influir en la diferencia entre ambos grupos es el tiempo transcurrido desde que abandonaron la relación abusiva. Las mujeres recuperadas pudieron estarlo por el mayor tiempo transcurrido desde que salieron de la relación abusiva y los efectos de la terapia. No obstante, debemos ser precavidos a la hora de analizar este dato, ya que, no solo es importante el tiempo transcurrido desde que abandonaron la relación, ya que las diferencias individuales también juegan un papel importante. Un claro ejemplo de ello es Piscis quien a pesar de haber puesto fin a la relación hace tan solo ocho meses, había sido capaz de desarrollar un número elevado de factores de resiliencia, de forma similar al grupo de mujeres recuperadas. Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de realizar investigaciones longitudinales que exploren este aspecto y de controlar el tiempo transcurrido desde la finalización del maltrato a la hora de estudiar el papel de los diversos factores de resiliencia.

Por otro lado, estos resultados indican que la resiliencia y recuperación son constructos diferenciados, ya que si bien todas las mujeres de la muestra son resilientes no todas ellas están recuperadas. Esto queda reflejado en el caso de las mujeres no recuperadas, quienes a pesar de seguir mostrando sintomatología asociada al maltrato son capaces de mostrar una respuesta resiliente frente a la adversidad. Diversos autores de forma teórica han planteado que la resiliencia forma parte del proceso de recuperación, pero con entidad individual y diferenciada (Robertson y Cooper, 2013; Youssef y Luthans, 2007). No obstante, ningún estudio hasta la fecha había evaluado de forma empírica si la resiliencia y recuperación son procesos diferentes, aunque estrechamente relacionados. Por lo tanto, este estudio contribuye a aclarar la relación entre ambos constructos.

10.1.1. El rol de los factores individuales y externos y sus dinámicas

El desarrollo y movilización de factores individuales y sociales es de vital importancia en la resiliencia y, en última instancia, recuperación de las mujeres que han superado una situación de violencia en una relación de pareja. A pesar de que este estudio explora el proceso de resiliencia en un contexto cultural que hasta la fecha no se había estudiado, existe una alta consistencia entre los resultados de este estudio y otros estudios realizados en otros países. Por lo tanto, de forma coherente con la investigación previa (Critelli, 2012; Davis, 2002; Oke, 2008; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004; Yick, 2008), la espiritualidad, los sentimientos de control sobre la propia vida, creatividad, sentido del humor, introspección, optimismo, tener proyectos y metas, redescubrirse y el apoyo social informal y formal son factores de resiliencia que emplean las mujeres que han sufrido maltrato en la pareja a través de diferentes culturas. Asimismo, el punto de inflexión apareció como un aspecto importante, lo que concuerda con las ideas de Rutter (2013), quien subraya la importancia de los puntos de inflexión que permiten a las personas cortar con el pasado y buscar nuevas oportunidades.

No obstante, a pesar de la universalidad de ciertos factores de resiliencia, en esta muestra de mujeres españolas han emergido dos factores importantes en el desarrollo de la resiliencia que no han aparecido en estudios realizados con mujeres de otros países. En primer lugar, la actividad física fue un factor de resiliencia importante para las mujeres de esta muestra, ya que les ayudó a conocer su cuerpo y a través de este contacto con su cuerpo experimentaron un aumento en su autoestima. A pesar de que hasta la fecha no se han publicado estudios que afirmen que este es un factor que protege a las mujeres maltratadas de desarrollar síntomas de desajuste psicológico, diversos estudios han demostrado que la actividad física es efectiva a la hora de reducir los síntomas depresivos y la ansiedad (Harris, Cronkite y Moos, 2006; Sjösten y Kivela, 2006; Ströhle, 2009).

En segundo lugar, el foco en el presente ha emergido en las entrevistas como un factor clave en el proceso de resiliencia. A pesar de que en otros estudios este factor no aparece tan claramente, de forma indirecta si hacen alusión al mismo. Por ejemplo, los resultados de varios estudios indican que la capacidad de dejar ir el pasado fue

importante para las mujeres que habían sufrido violencia machista (Giles y Curreen, 2007; Senter y Caldwell, 2002; Smith, 2003).

En cuanto a las interrelaciones entre los factores cabe destacar que las relaciones entre los factores son complicadas debido a que varían de una mujer a otra, lo que dificulta enormemente el poder llegar a conclusiones generales. De los resultados de este estudio también se deriva la conclusión de que todos los factores contribuyen a la resiliencia de forma holística. Por otro lado, y reforzando esta idea, ninguno de los factores personales presentes en las mujeres es imprescindible para que la respuesta resiliente tenga lugar. Por lo tanto, tal y como afirma Rutter (1987), los factores protectores interactúan entre sí dando lugar a distintas dinámicas que llevan a la respuesta resiliente.

10.1.2. La importancia del contexto cultural

Con respecto a los factores sociales y culturales de la sociedad española, las mujeres de la muestra no han visto una ayuda real por parte de la sociedad, lo que discrepa con los resultados del estudio llevado a cabo por la Comisión Europea (1999), los cuales indican que la sociedad española condena la violencia contra las mujeres. Tal y como explican Bosch y Ferrer (2002), esto puede deberse al fenómeno de la deseabilidad social, que es muy frecuente en este tipo de investigaciones.

Pese a que el Gobierno de España ha hecho importantes esfuerzos para que tenga lugar la sensibilización y concienciación de la sociedad sobre este tipo de violencia, aún queda un largo camino por recorrer para que esto se traduzca en acciones reales de la sociedad frente al maltrato contra las mujeres. Según los resultados de un estudio realizado por Latta y Goodman (2011), está teniendo lugar un alejamiento de la conceptualización de la violencia contra la mujer como un problema privado hacia una comprensión de la violencia hacia las mujeres en la pareja como un problema social, en el que la responsabilidad se encuentra en toda la sociedad. No obstante, los resultados del presente estudio no reflejan este cambio, indicando que en la sociedad española no se ha alcanzado este punto. Probablemente, esto se deba al desarrollo más tardío de políticas y campañas para erradicar este tipo de violencia en nuestro contexto.

10.2.-DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE FACTORES DE RESILIENCIA ANTE LA ADVERSIDAD EN POBLACIÓN GENERAL

10.2.1. Fiabilidad y estructura factorial del IFRA

El objetivo principal de este estudio consistió en desarrollar un instrumento para evaluar la resiliencia ante la adversidad. El instrumento, desarrollado a partir del primer estudio empírico, presenta características psicométricas satisfactorias. Los resultados obtenidos sugieren una estructura jerárquica para el IFRA, con indicadores de ajuste y consistencia interna adecuados. Este estudio amplía los instrumentos empleados anteriormente para evaluar resiliencia (e.g., Connor y Davidson, 2003; Jowkar et al., 2010) al incluir numerosos factores de resiliencia, así como una estructura jerárquica. Precisamente, se optó por el modelo jerárquico porque es más parsimonioso y permite además utilizar la puntuación global de resiliencia.

10.2.2. Correlaciones entre el IFRA y las escalas de síntomas de TEPT y depresión y la escala de autoestima

Asimismo, la puntuación total del IFRA correlacionó significativamente con la autoestima, aunque se trató de una correlación baja, lo que es consistente con los resultados encontrados en estudios previos (Benetti y Kambouropoulos, 2006; Buckner, Mezzacappa y Beardslee, 2003). De forma contraria a lo esperado y a los resultados obtenidos en otros estudios (Crespo et al., 2014; Griffiths et al., 2015), los síntomas de depresión y TEPT no correlacionaron de forma negativa y significativa con la puntuación total en resiliencia. No obstante, varias de las escalas del IFRA correlacionaron significativamente con menos síntomas de TEPT y depresión, lo que es consistente con estudios previos (Campbell-Sills y Stein, 2007; Jung et al., 2012). Estos resultados sugieren, que son determinados factores de resiliencia los relevantes para los síntomas de depresión y TEPT. Futuros estudios deberían examinar las asociaciones entre los factores de resiliencia y otros problemas psicológicos, como la ansiedad y consumo de sustancias, con el fin de identificar si hay cierta especificidad en cuanto a los factores protectores y los diversos problemas psicológicos. Por otro lado, llama la atención que tanto los síntomas depresivos como los síntomas de TEPT correlacionaron de forma positiva y significativa con el apoyo social formal. Posiblemente, esto se deba

a que las personas con mayor sintomatología sean las que acuden a algún servicio de atención psicológica.

10.2.3. Diferencias de género en las puntuaciones del IFRA

En relación a las diferencias de género en resiliencia total, no se hallaron diferencias significativas. Los resultados que arrojan las investigaciones previas son contradictorios, ya que algunos estudios han encontrado que las mujeres muestran más resiliencia (Morales, 2008), mientras que otros indican que los hombres obtienen mayores puntuaciones (Bonanno et al., 2007). En cambio, si se encontraron diferencias de género en algunos de los factores del IFRA. De forma coherente con lo encontrado por Lee (2005), los hombres puntuaron más alto en el factor actividad física. Sin embargo, a diferencia de lo que se ha encontrado en otras investigaciones (Hammermeister, Flint, El-Alayli, Ridnour y Peterson, 2005; Miller, Worthington y McDaniel, 2008), los hombres también puntuaron más alto en espiritualidad. La mayor puntuación de los hombres en espiritualidad podría explicarse teniendo en cuenta que el IFRA no mide únicamente la espiritualidad asociada a una religión concreta, cosa que sucede en otros estudios, pudiendo ser que las mujeres se caractericen por un mayor uso de la espiritualidad asociada a la religión pero los hombres hagan mayor uso de otras formas de espiritualidad. Por otro lado, la mayor puntuación de los hombres en el factor espiritualidad podría estar relacionada con la mayor puntuación que obtienen en el rasgo de *mindfulness* (Royuela y Calvete, manuscrito enviado para publicación). Por ejemplo, los hombres adultos puntúan más alto en la ausencia de reactividad y más bajo en la faceta denominada observar (Josefsson, Larsman, Broberg y Lundh, 2011). En el mismo sentido, en otro estudio los adolescentes varones puntuaron más alto en la faceta actuar con conciencia (Calvete, Sampedro y Orue, 2014). En lo que respecta al perdón, estos resultados contradictorios podrían deberse a la forma empleada para medir el perdón ya que en el IFRA los ítems hacen referencia también a perdonarse a uno mismo. Sin duda, son aspectos interesantes para explorar en futuros estudios.

Por su parte, las mujeres puntuaron más alto en apoyo social informal, lo que es coherente con los resultados del estudio de Bernard (1993), quien encontró que las mujeres tienden a ser más resilientes a causa de las relaciones de cuidado. Estos resultados son también consistentes con la mayor importancia otorgada por las mujeres

a las relaciones interpersonales y al apoyo de otras personas (Ystgaard, Tambs y Dalgard, 1999).

10.2.4. Beneficio percibido en los factores de resiliencia

En cuanto al beneficio producido por los factores de resiliencia, el apoyo social informal es el que se ha percibido como más beneficioso por las personas que han participado en el estudio. Esto no es de extrañar, puesto que es uno de los factores más estudiados por su capacidad de proteger a los individuos frente a la adversidad (Haglund et al., 2007; Herrman et al., 2011). También pudo estar influido por el predominio femenino en la muestra y su valoración del apoyo social. Por otro lado, el resto de factores han sido considerados como beneficiosos, siendo el percibido como menos beneficioso el perdón. Esto es de suma importancia, ya que aunque los participantes del estudio lo consideren el factor menos beneficioso, Worthington y Scherera (2004) demostraron que el perdón es una estrategia que promueve la resiliencia y que por lo tanto, se puede asociar con menos síntomas psicológicos.

10.3.-ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PARA EVALUAR RESILIENCIA EN MUJERES QUE HAN VIVIDO VIOLENCIA EN LA PAREJA Y EFECTO MODERADOR DE LA RESILIENCIA EN SÍNTOMAS ASOCIADOS AL MALTRATO

10.3.1. Fiabilidad y estructura factorial del IFRA-VP

Tal y como indica Taylor (2004) la evaluación de la resiliencia en mujeres que han sufrido malos tratos constituye un aspecto clave en el trabajo de intervención con las mujeres, así como en su recuperación. Además, esta idea ha sido corroborada en los resultados del primer estudio empírico. Tal y como se ha descrito con anterioridad, existe una gran escasez de instrumentos para medir este constructo en mujeres que han vivido este tipo de adversidad. Si bien en distintos estudios (Canaval et al., 2007; Humphreys, 2003; Jaramillo-Vélez et al., 2005; Roditti, Schultz et al., 2010) se han aplicado instrumentos de resiliencia a este colectivo de mujeres obteniendo los instrumentos buenas propiedades psicométricas, estos instrumentos adolecen de

distintas limitaciones, como por ejemplo que solo tienen en cuenta características individuales y no sociales, y que solo tienen en consideración un limitado número de factores. Más aun, dichos instrumentos no han sido diseñados específicamente ante esta adversidad, lo que hace que no se consideren las características específicas que tiene la violencia de género y que no tienen otras adversidades. Por ejemplo, la violencia de género consiste en una combinación de actos abusivos de tipo físico, psicológico y/o sexual (Basile, 2008; Krebs et al., 2011; García-Linares et al., 2005; Pico-Alfonso et al., 2006), es de carácter progresivo y crónico, se produce de forma repetitiva e intermitente (Haj-Yahia y Eldar-Avidan, 2001; Kelly y Johnson, 2008; Patzel, 2001) y ocurre dentro del propio hogar y por aquella persona con la cual se convive diariamente (Borochowitz y Eisikovits, 2002; Follingstad et al., 1988; Herman, 1997). Estas especificidades que presenta la violencia en la pareja hace que haya que tener en cuenta ciertos aspectos que deben incluirse en un instrumento de resiliencia adecuado para este colectivo.

Además, tal y como defienden diversos autores (Bottrell, 2009; Critelli, 2012; Oke, 2008; Roditti et al., 2010), los aspectos culturales juegan un papel relevante en el proceso de resiliencia de las mujeres que han sufrido abusos en una relación de pareja, y tal y como se ha puesto de manifiesto en el primer estudio empírico, existen dos factores de resiliencia (foco en el presente y actividad física) que han aparecido como relevantes en el proceso de resiliencia de las mujeres españolas, pero no en mujeres de otros países. Cabe destacar entonces que los instrumentos de resiliencia desarrollados hasta la actualidad no han incluido estos dos aspectos que son importantes en el proceso de resiliencia de las mujeres españolas que han sufrido maltrato.

Debido a esta necesidad, el primer objetivo de este estudio consistió en adaptar el instrumento desarrollado en el segundo estudio empírico (el IFRA) y que fue diseñado en base a las entrevistas realizadas a mujeres españolas maltratadas, analizando su estructura factorial, así como su ajuste y propiedades psicométricas.

Los datos encontrados en la muestra de mujeres maltratadas españolas demuestran que el modelo en el que los 17 factores de resiliencia se agrupan a su vez en tres dimensiones de resiliencia (control y autoconocimiento, espiritualidad y desarrollo personal y apoyo externo) ofrece un buen ajuste a los datos. En lo referente

a las propiedades psicométricas de la adaptación, los coeficientes alpha de Cronbach fueron .90, .89 y .62 para las dimensiones de control y autoconocimiento, espiritualidad y desarrollo personal y apoyo externo respectivamente, valores que demuestran una consistencia interna adecuada.

En conclusión, los resultados reflejan que el IFRA-VP se muestra como un instrumento válido y fiable para evaluar la respuesta de resiliencia de las mujeres que han sufrido violencia de género, evaluando además un gran número de factores específicos de resiliencia que son relevantes en situaciones de maltrato en la pareja. Adicionalmente, este modelo permite diferenciar entre tres dimensiones de resiliencia, lo que es importante de cara a cumplir y simplificar los siguientes objetivos del estudio. Además, tal y como se observa a continuación, las tres dimensiones de resiliencia medidas a través de este instrumento se han relacionado con la sintomatología depresiva y de estrés postraumático, así como con la autoestima de las mujeres de la muestra destacando su validez de constructo.

10.3.2. Correlaciones entre las puntuaciones del IFRA-VP y la sintomatología y autoestima

Tal y como se ha expuesto con anterioridad, son escasos los estudios que a través de cuestionarios exploran la relación entre la resiliencia y los síntomas derivados de la violencia de género (Goodman et al., 2003; Humphreys, 2003). Sin embargo, pese a los pocos estudios de los que se dispone, los resultados han sido congruentes en el sentido de que la resiliencia se asocia a menos sintomatología (Canaval et al., 2007; Jaramillo-Vélez et al., 2005; Meadows, Kaslow, Thompson y Jurkovic, 2005; Roditti et al., 2010). Asimismo, la necesidad de estudios en nuestra cultura para observar si los factores de resiliencia operan de la misma forma en las mujeres españolas ha derivado en que otro de los objetivos de la presente investigación sea examinar el papel de la resiliencia y los factores de resiliencia como predictores de la sintomatología depresiva y TEPT. Por otro lado, se ha incluido la autoestima con el fin de explorar si las puntuaciones en resiliencia predicen las puntuaciones en esta variable.

Los resultados muestran en primer lugar, y en concordancia con múltiples estudios previos (Canaval et al., 2007; Jaramillo-Vélez et al., 2005; Meadows, et al., 2005; Roditti et al., 2010), que la puntuación total en resiliencia se asocia con menor sintomatología depresiva y de TEPT, así como con mayor puntuación en autoestima. Lo mismo ocurrió con las tres dimensiones del IFRA-VP. Sin embargo, es difícil equiparar los resultados del presente estudio con los de otras investigaciones en las que se ha evaluado la resiliencia en mujeres que han vivido una situación de violencia en la pareja, ya que el instrumento que se ha empleado en el presente estudio para evaluar este constructo es muy diferente a los instrumentos empleados en otras investigaciones.

En segundo lugar, en lo referente a los factores de resiliencia, por una parte y tal y como se había hipotetizado, la mayoría de los factores se asociaron con menos síntomas y más autoestima. Estos resultados van en la misma línea que otros estudios que han encontrado que determinados factores protegen a las mujeres de padecer síntomas depresivos y de TEPT tras haber vivido una relación de pareja abusiva (Ahmad et al., 2013; Anderson et al., 2012; Humphreys, 2003; Oke, 2008; Taylor, 2004; Yick, 2008).

Sin embargo, y en contra de lo esperado, determinados factores de resiliencia no se asociaron con síntomas depresivos y de TEPT. Esto ha sido así para la espiritualidad que no se asocia a menos síntomas de estrés postraumático. Los resultados hallados en diversas investigaciones (Anderson et al., 2012; Drumm, 2013; Farley, 2007; Mitchell et al., 2006; Smith, Dalen, et al., 2008) han encontrado que la espiritualidad es un factor de resiliencia que protege a las mujeres de padecer síntomas asociados a los malos tratos. En lo que respecta a los síntomas de estrés postraumático de forma específica, Watlington y Murphy (2006) encontraron que en las mujeres de su estudio una mayor espiritualidad se asociaba a menos síntomas de TEPT. Sin embargo, no todos los estudios han encontrado esta relación entre la espiritualidad y los síntomas de TEPT. Por ejemplo, Coker, Smith, et al. (2002) encontraron que niveles altos de religiosidad no estaban asociados con una reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT, aunque, sin embargo, si existía asociación con la disminución en el abuso de alcohol.

De forma similar, el apoyo social informal no se asoció con menos síntomas de TEPT. Estos resultados resultan sorprendentes, ya que numerosos estudios (Bauman et al., 2012; Bradley et al., 2005; Canady y Babcock, 2009; DeJonghe, Bogat, Levendosky y Eye, 2008; Paat, 2014) han demostrado el papel protector del apoyo social informal en los síntomas de TEPT en víctimas de violencia en la pareja. Dos posibles explicaciones existen para estos resultados. En primer lugar, puede deberse a que los factores de resiliencia tengan especificidad en cuanto a qué tipo de consecuencias negativas protegen tras haber sufrido una adversidad. En el caso del maltrato en la pareja, puede que el apoyo social informal sea un factor que proteja a las mujeres de padecer otros síntomas (como depresión o somatizaciones), pero que no proteja de padecer síntomas de estrés postraumático. En segundo lugar, tal y como se ha expuesto anteriormente, las diferencias en los resultados entre el presente estudio y otros estudios pueden deberse a que los instrumentos empleados para evaluar el factor de resiliencia denominado apoyo social informal sean muy distintos. Por otro lado, existe controversia en cuanto a cómo conceptualizar y medir el apoyo social (Bauman et al., 2012), lo que puede contribuir a estos resultados contradictorios. En su estudio Buesa y Calvete (2013) evaluaron cuatro tipos de apoyo social percibido: formal, familiar, red social y de una persona significativa. Los resultados de su estudio muestran que únicamente el apoyo percibido por parte de una persona de confianza se asociaba a menos síntomas de depresión y estrés postraumático. El IFRA-VP tiene un ítem específico que hace referencia a una persona significativa, mientras que los otros cuatro ítems para evaluar este factor hacen referencia a otros tipos de apoyo social informal. Estudios futuros deberían examinar con detalle qué modalidad de apoyo social informal actúa como factor predominante de resiliencia.

Finalmente, las acciones contra la violencia de género no parecen ser efectivas como factores de resiliencia ya que no se asociaron significativamente con menos síntomas depresivos y de TEPT. Tal y como se ha explicado anteriormente, los instrumentos empleados para evaluar resiliencia en mujeres que han sufrido violencia en la pareja no han sido diseñados específicamente para este colectivo, por lo que hasta la fecha las acciones contra la violencia de género no se han evaluado como un factor de resiliencia en mujeres maltratadas. Este hecho hace que sea imposible comparar los resultados de la presente investigación con los de otras investigaciones. Una explicación para estos resultados puede ser que las acciones contra la violencia de

género ayuden a las mujeres a ser conscientes de la violencia que están sufriendo mientras aún permanecen en la relación o que las ayude a abandonar la misma, pero este factor puede no tener repercusiones en la evolución de la sintomatología derivada del maltrato.

Otro aspecto importante a destacar es que las correlaciones entre los factores de resiliencia y síntomas fueron mucho mayores en la muestra clínica del tercer estudio en comparación con la muestra de la población general. Estos resultados apuntan a que los factores de resiliencia funcionan especialmente cuando hay adversidad.

En conjunto, la resiliencia evaluada de forma global mediante el IFRA-VP o mediante las dimensiones de resiliencia en las que se divide el instrumento se asocia a menos síntomas de TEPT y depresión, así como a mayores puntuaciones en la autoestima de las mujeres. Es importante destacar que en cuanto a los factores de resiliencia, los menos efectivos fueron las acciones contra la violencia de género y el apoyo social informal, ambos factores pertenecientes a la dimensión denominada apoyo externo. Es decir, que los factores individuales que las mujeres desarrollan a lo largo del proceso de resiliencia tienen mayor repercusión en la sintomatología. Este aspecto es de suma importancia, ya que tal y como se verá más adelante, la dimensión de apoyo externo es precisamente la que las mujeres perciben como más beneficiosa en su proceso de resiliencia. No obstante, no puede descartarse la explicación alternativa de que la menor sintomatología condujera a más fortalezas y factores de resiliencia, dado que este estudio fue transversal.

10.3.3. Correlaciones entre los distintos tipos de maltrato sufridos y los síntomas depresivos y de TEPT y la autoestima

A pesar de que evaluar la relación entre los distintos tipos de maltrato y los síntomas y la autoestima no fue uno de los objetivos principales del tercer estudio empírico, se consideró importante evaluar estas asociaciones.

Los resultados de este estudio indican que todos los tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual) tienen repercusiones en la salud mental de las mujeres, sin embargo los diferentes tipos de maltrato difieren en los síntomas a los que se asocian.

Así, el maltrato psicológico (medido tanto con la escala CTS2 como con el IAPRP) y el abuso sexual aparecen relacionados con los síntomas depresivos y de TEPT, mientras que, el maltrato físico correlacionó de forma significativa y negativa con la autoestima. Estos resultados han sido hallados en muchos otros estudios (Basile et al., 2004, Campbell, Dworkin y Cabral, 2009; Dutton, Goodman y Bennett, 2001; McFarlane et al., 2005; Pico-Alfonso et al., 2006; Varma, Chandra, Thomas y Carey, 2007).

Sin embargo, en contraposición a lo encontrado en otros estudios (Basile et al., 2004; Kumar, Jayaseelan, Suresh y Ahuja, 2005; Taft, Murphy, King, Dedeyn y Musser, 2005; Woods, 2000) las correlaciones no fueron significativas entre el maltrato físico y los síntomas de depresión y TEPT. De igual forma y en contra de lo hallado en otros estudios (Follingstad, 2009; Jordan, Campbell y Follingstad, 2010; Mechanic et al., 2008; Sowell, Seals, Moneyham, Guillory y Mizuno, 1999), ni el maltrato sexual ni el psicológico se asociaron con una disminución en la autoestima. Estos datos contradicen los resultados encontrados en una gran variedad de estudios. Una posible explicación a la hora de interpretar estos resultados es que las dimensiones de resiliencia del IFRA-VP denominadas espiritualidad y desarrollo personal y apoyo externo estén protegiendo a las mujeres de las consecuencias negativas de los distintos tipos de maltrato evaluados. Tal y como se ha puesto de manifiesto en el apartado de resultados, estas dos dimensiones fueron importantes, ya que tuvieron un efecto moderador protegiendo a las mujeres de padecer síntomas de TEPT y depresión, así como una disminución en la autoestima a causa del maltrato sufrido. Si bien es cierto que teniendo en cuenta los resultados de los estudios citados previamente (p.ej. Follingstad, 2009; Jordan et al., 2010; Kumar et al., 2005; Mechanic et al., 2008), resulta contradictorio que ni el maltrato físico prediga los síntomas depresivos y de TEPT, ni el maltrato psicológico y sexual predigan una disminución en los niveles de autoestima en las participantes del estudio, no hay que perder de vista que quizá está ausencia de asociaciones se deba al papel moderador de estas dos dimensiones de resiliencia.

Los análisis mediante *path analysis* proporcionaron una visión más precisa del papel de cada tipo de maltrato en la sintomatología y autoestima de las mujeres. Cuando se controló la covarianza entre diversas modalidades de maltrato, los

resultados indicaron que solamente la violencia sexual se asociaba significativamente con los síntomas de depresión y TEPT. Una explicación tentativa es que los efectos de otros tipos de maltrato vayan remitiendo más fácilmente con el paso del tiempo que los referentes al abuso sexual (Koci et al., 2014). Al respecto, el abuso sexual ha sido considerado uno de los predictores más potentes de TEPT (Bennice et al., 2003; Norwood y Murphy, 2012; Temple, Weston, Rodriguez y Marshall, 2007; Weaver et al., 2007). Por otro lado, diversos estudios también han encontrado que el abuso sexual predice los síntomas de depresión a lo largo del tiempo (Pico-Alfonso et al., 2006). Además, estos resultados son compatibles con los de numerosas investigaciones que demuestran que el abuso sexual se asocia con síntomas de estrés postraumático y depresión en mujeres que han sufrido malos tratos (Basile et al., 2004, Campbell et al., 2009; Dutton et al., 2001; McFarlane et al., 2005; Varma et al., 2007).

10.3.4. Las dimensiones de resiliencia del IFRA-VP como moderadoras del impacto del maltrato en los síntomas y autoestima

Se propusieron tres modelos en los que cada una de las dimensiones de resiliencia (espiritualidad y desarrollo personal, apoyo externo y control y autoconocimiento) actuaba como moderadora del impacto de los tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual) en los síntomas de estrés postraumático y depresión y la autoestima. Además, en los tres modelos propuestos el tiempo transcurrido desde el abandono de la relación abusiva se asoció con menos síntomas de estrés postraumático. Este resultado era de esperar, ya que son muchos los estudios que han encontrado que a medida que transcurre el tiempo desde que las mujeres abandonan la relación abusiva, se da una recuperación progresiva de los síntomas de TEPT (Anderson y Saunders, 2003; Kernic et al., 2003; Mertin y Mohr, 2001). No obstante, los resultados de diversos estudios también encuentran una asociación entre el tiempo transcurrido y los síntomas depresivos (Anderson y Saunders, 2003; Campbell y Soeken, 1999b; Kernic et al., 2003; Mertin y Mohr, 2001; Sutherland y et al., 1998), resultado que no se ha hallado en el presente estudio.

Asimismo y de forma más específica, en cuanto a las asociaciones de las tres dimensiones con la sintomatología y la autoestima, cabe resaltar que la dimensión de espiritualidad y desarrollo personal se asocia con menos síntomas de depresión y una

mayor autoestima. Esto coincide con las investigaciones que han encontrado que los factores de los que se compone esta dimensión (creatividad, proyectos y metas, espiritualidad, optimismo, sentido del humor y actividad física) ayudan a las mujeres a recuperarse (Anderson et al., 2012; Coker, Davis, et al., 2002; Davis, 2002; Drumm, 2013; Farley, 2007; Mitchell et al., 2006; Senter y Caldwell, 2002; Smith, 2003; Smith, Dalen, et al., 2008; Song y Shih, 2010).

Por otro lado, la dimensión de apoyo externo se asoció a una mayor autoestima en las mujeres. Este resultado era de esperar puesto que diversas investigaciones han demostrado que el apoyo social informal y formal están relacionados con una mejor salud mental en las mujeres (Beeble et al., 2009; Bosch y Bergen, 2006; Buesa y Calvete, 2013; Carlson et al., 2002; Coker et al., 2003; Thompson et al., 2000). En lo que respecta a las acciones contra la violencia de género, no existen hasta la fecha estudios que hayan relacionado este factor con menos sintomatología y más autoestima. No obstante, algunos investigadores han encontrado que las sociedades que tienen actitudes más igualitarias entre mujeres y hombres y que condenan la violencia contra las mujeres, facilitan el proceso de resiliencia (Hou et al., 2013; Oke, 2008; Rinfret-Raynor et al., 2004).

Por último, la dimensión denominada control y autoconocimiento se asoció con menos síntomas de depresión y una mayor autoestima en las mujeres. Estos resultados también coinciden con la literatura científica puesto que diversos estudios han encontrado que los factores de los que se compone la dimensión control y autoconocimiento (control sobre la propia vida, redescubrirse, foco en el presente, hogar, punto de inflexión, introspección, perdón y trabajo) están relacionados con el proceso de resiliencia de las mujeres que han sufrido maltrato en la pareja (Critelli, 2012; Davis, 2002; Humphrey, 2000; Oke, 2008; Senter y Caldwell, 2002; Smith, 2003; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004; Yick, 2008).

Por otro lado, los resultados del estudio ponen de manifiesto que de las tres dimensiones de resiliencia evaluadas, dos de ellas moderaron el impacto de los diferentes tipos de violencia en los síntomas y autoestima de las mujeres. En este sentido, la dimensión espiritualidad y desarrollo personal fue la que más moderó la relación entre los distintos tipos de violencia y los síntomas y la autoestima. Más

concretamente, la dimensión de resiliencia espiritualidad y desarrollo personal moderó la relación entre la violencia física y los síntomas depresivos y el TEPT y la autoestima. En lo que respecta a los síntomas, los resultados indican que las asociaciones entre la violencia física sufrida y los síntomas depresivos y de estrés postraumático fueron mayores para aquellas mujeres que no tenían tan desarrollada la dimensión mencionada. En cuanto al papel moderador de la dimensión espiritualidad y desarrollo personal en la relación entre violencia física y la autoestima, es necesario mencionar que de forma contraria a lo esperado, los resultados parecen indicar que cuando la dimensión de resiliencia espiritualidad y desarrollo personal es baja, la violencia psicológica se asocia a más autoestima. Finalmente, en lo que a la dimensión de espiritualidad y desarrollo personal se refiere, ésta moderó la relación entre la violencia psicológica y la autoestima. En este caso los resultados coinciden con lo esperado puesto que la asociación entre la violencia psicológica y la autoestima es menor en aquellas mujeres que puntúan alto en la dimensión mencionada.

En referencia a la dimensión apoyo externo, una moderación resultó significativa. Concretamente esta dimensión moderó la relación entre la violencia física y la depresión. Tal y como se había hipotetizado, la asociación entre la violencia física sufrida por las mujeres y los síntomas depresivos fue mayor en las mujeres que no tienen tan desarrollada la dimensión de apoyo externo. Por otro lado, el apoyo social fue un factor muy valorado por las mujeres que participaron en las entrevistas del primer estudio empírico.

Para terminar, la dimensión control y autoconocimiento fue la única que no arrojó moderaciones significativas. Estos resultados van en contra de lo hipotetizado y es inconsistente con lo que se ha encontrado en estudios previos puesto que los factores de los que se compone la dimensión control y autoconocimiento (control sobre la propia vida, redescubrirse, foco en el presente, hogar, punto de inflexión introspección, perdón y trabajo) han sido detectados como fuentes de resiliencia en mujeres que han vivido violencia en la pareja en otros estudios (Critelli, 2012; Davis, 2002; Humphrey, 2000; Oke, 2008; Senter y Caldwell, 2002; Smith, 2003; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004; Yick, 2008), y por este motivo se esperaba que moderasen la asociación entre los distintos tipos de violencia y los síntomas y la autoestima.

Es complejo el hecho de comparar los resultados de esta investigación con los de otras investigaciones, ya que son escasos los estudios que llevan a cabo análisis moderacionales con diferentes factores de resiliencia en este colectivo de mujeres, bien porque se trataba de estudios cualitativos, que tal y como se ha explicado en la parte teórica son los que más abundan, o bien porque han realizado otro tipo de análisis más simples como por ejemplo correlaciones.

Hasta la fecha, los estudios realizados únicamente han evaluado el papel moderador de determinados factores de resiliencia en mujeres que han sufrido malos tratos (Beeble et al., 2009; Brewin et al., 2000; Carlson et al., 2002; Enkhtor, 2012; Kaslow et al., 1998; Thompson et al., 2000). No obstante, tal y como se ha explicado anteriormente dichos factores se han relacionado con el proceso de resiliencia en mujeres que han superado una situación de violencia en la pareja (Critelli, 2012; Davis, 2002; Humphrey, 2000; Oke, 2008; Senter y Caldwell, 2002; Smith, 2003; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004; Yick, 2008). A pesar de que no se han llevado a cabo análisis moderacionales con dichos factores, estos resultados van en la misma línea que los resultados encontrados en el presente estudio.

Asimismo, hay que tener presente que el hecho de haber agrupado los factores de resiliencia en dimensiones si bien ha facilitado los análisis estadísticos, no permite evaluar el papel moderador de cada uno de los factores de forma aislada. Esto a su vez, dificulta el poder comparar los resultados del presente estudio con los de otras investigaciones.

En resumen, si se comparan las tres dimensiones de resiliencia entre sí, se puede concluir que la más efectiva a la hora de proteger a las mujeres de las consecuencias negativas de sufrir malos tratos es la dimensión de espiritualidad y desarrollo personal. Los valores de R^2 fueron más altos para el modelo basado en este factor de resiliencia. Esta dimensión incluye los factores de creatividad, proyectos y metas, espiritualidad, optimismo, sentido del humor y actividad física, y los resultados de este estudio sugieren que son los más relevantes a la hora de ayudar a las mujeres a disminuir los síntomas depresivos y de TEPT y a aumentar su autoestima.

Por último, las tres dimensiones evaluadas protegen a las mujeres principalmente de los efectos negativos de la violencia física, puesto que de las cinco moderaciones significativas encontradas en los resultados, cuatro de ellas moderaban el efecto de la violencia física en los síntomas y la autoestima y una de las moderaciones moderaba los efectos de la violencia psicológica. Ninguna de las dimensiones de resiliencia moderó las relaciones entre la violencia sexual y los síntomas y la autoestima. Más aún, la violencia sexual mostró efectos principales para los síntomas psicológicos en todos los modelos. Tal vez existan otros factores de resiliencia que sean los que moderan la relación entre la violencia sexual y los síntomas derivados del maltrato en la pareja, y que no se hayan incluido en esta investigación.

10.3.5. Diferencias en resiliencia entre la población general y la muestra clínica

Se discuten a continuación, los resultados encontrados al comparar las diferencias en resiliencia entre la muestra de mujeres que han sufrido abuso en la pareja y las mujeres de la población general.

Atendiendo a la puntuación global en el instrumento de resiliencia, cabe destacar que las mujeres de la población general obtuvieron una mayor puntuación, aunque es importante tener en cuenta que el tamaño del efecto fue pequeño. Estos resultados coinciden con los de otros estudios que han evaluado las diferencias entre la población general y clínica en cuanto a sus puntuaciones en resiliencia. Por ejemplo, Las Hayas et al. (2014) evaluaron la resiliencia a través de la *RS* (Wagnild y Young, 1993) en pacientes diagnosticados de trastorno de alimentación y la población general, encontrando que la población general obtenía una mayor puntuación en resiliencia. De forma similar, los resultados de los estudios de Larm, Hodgins, Tengström y Larsson (2010) y Connor y Davidson (2003) indican que las muestras clínicas de sus estudios (adolescentes que recibían tratamiento por abuso de sustancias y pacientes psiquiátricos, respectivamente) obtuvieron una menor puntuación en resiliencia en comparación con la población general.

Si se atiende a los factores de resiliencia de forma específica, las mujeres que habían sufrido malos tratos en la pareja puntuaron más bajo en los siguientes factores:

proyectos y metas, optimismo, control sobre la propia vida, sentido del humor, actividad física y apoyo social informal. Estos resultados coinciden con la literatura científica, ya que, a consecuencia de la violencia sufrida, frecuentemente las mujeres sufren una disminución en los factores mencionados (Mouton, Rodabough, Rovi, Brzyski y Katerndahl, 2010; Oke, 2008; Porcerelli, West, Binienda y Cogan, 2006; Song y Shih, 2010). Por ejemplo, la literatura científica apoya la idea de que a consecuencia de los malos tratos las mujeres son alejadas por el maltratador de sus amistades y familiares (Jones et al., 2005; Lynch y Graham-Bermann, 2000).

Por otro lado, relacionando estos resultados con los obtenidos en las entrevistas del primer estudio empírico, los resultados coinciden puesto que los factores en los que las mujeres obtienen una puntuación menor que la población general son precisamente los que en las entrevistas fueron descritos como factores que una vez abandonan la relación de maltrato requieren de tiempo para que las mujeres puedan desarrollarlos. Esto es así para los factores de optimismo, control sobre la propia vida y proyectos y metas. Se puede hipotetizar que con el tiempo las mujeres desarrollarán los factores en los que puntúan más bajo que la población general y que una vez transcurrido más tiempo desde el abandono de la relación abusiva estas diferencias con la población general desaparecerán. Además, esta idea es congruente con el modelo de fases de crecimiento en mujeres maltratadas propuesto por Giles y Curreen (2007), quienes en base a los resultados de su estudio postulan que las mujeres pueden tardar varios años en llegar a desarrollar determinados factores.

Al mismo tiempo, las mujeres que han superado una relación de pareja violenta puntúan más alto en espiritualidad, punto de inflexión, redescubrirse y apoyo social formal. En primer lugar, y de forma congruente con estudios previos (Anderson et al., 2012; Drumm, 2013; Farley, 2007; Mitchell et al., 2006; Smith, Dalen, et al., 2008; Watlington y Murphy, 2006), los cuales han puesto de manifiesto que la espiritualidad es un factor empleado para superar los malos tratos en la pareja, las mujeres de la muestra clínica puntuaron más alto en este factor. Por otro lado, esta diferencia entre ambos grupos en el factor de espiritualidad puede entenderse teniendo en cuenta la diferencia de edad que existe entre ambos grupos, ya que las mujeres de la muestra clínica tienen una edad media de 41.24 años ($DT= 12.63$) y la población general una edad media de 21.38 años ($DT= 4,47$). A pesar de que los estudios arrojan resultados

inconsistentes en cuanto a los cambios que sufre la espiritualidad a lo largo del ciclo vital (Good, Willoughby y Busseri, 2011), algunas investigaciones han encontrado que este factor disminuye en la transición que se da de la adolescencia a la adultez, es decir, entre los 18 y 25 años (Argue, Johnson y White, 1999; Koenig, McGue y Iacono, 2008; Steinman y Zimmerman, 2004). Puesto que la población general se haya en ese rango de edad, las diferencias en espiritualidad entre los dos grupos podrían entenderse a la luz de estos datos.

Asimismo, las mujeres puntuaron más alto en el factor punto de inflexión. Estos resultados son coherentes con lo encontrado en estudios previos en los que se describe el punto de inflexión como la determinación o fuerza de voluntad que impulsa a las mujeres a dejar al maltratador (Chang et al., 2010; Critelli, 2012; Davis, 2002). Por lo tanto, era de esperar que las mujeres de la muestra clínica puntuasen más alto en este factor.

En lo que respecta al factor redescubrirse, las mujeres de la muestra clínica puntúan más alto en este factor que la población general. Este resultado es coherente con lo que han encontrado otros investigadores (Oke, 2008; Song y Shih, 2010; Taylor, 2004; Yick, 2008), ya que a causa del maltrato las mujeres olvidan sus propias necesidades para centrarse en aspectos externos a ellas, como son las necesidades de la pareja o el hogar (Campbell et al., 1999; Riddell et al., 2009). A causa de esto, durante el proceso de resiliencia las mujeres redescubren quienes son (Smith, 2003). Por este motivo era de esperar que las mujeres puntuasen más alto en este factor. También pudo contribuir a esta diferencia el hecho de que las mujeres víctimas hubiesen realizado un proceso de intervención psicoterapéutico.

Por último, y tal y como era de suponer las mujeres de la muestra clínica reportaron disponer en mayor medida que la población general del factor apoyo social formal. Esto es debido a que el 92.2% de las mujeres de la muestra clínica han recibido atención psicológica para superar los malos tratos.

10.3.6. Beneficio percibido en los factores de resiliencia

Finalmente, resulta relevante explorar las dimensiones y factores que las mujeres han percibido como más importantes en su proceso de resiliencia. En este sentido, cabe resaltar que la dimensión que consideran como más beneficiosa es la de apoyo externo, seguida de las dimensiones de espiritualidad y desarrollo personal y control y autoconocimiento. Estos resultados llaman la atención ya que, dos de los factores de los que se compone la dimensión de apoyo externo (apoyo social informal y acciones contra la violencia de género) no predijeron los síntomas de TEPT y depresión. Más concretamente, el apoyo social informal no se asoció a menos síntomas de TEPT y las acciones contra la violencia de género no se asociaron con los síntomas depresivos y el TEPT. En esta misma línea, si se tienen en cuenta los resultados sobre el papel moderador que juegan las tres dimensiones de resiliencia, cabe resaltar que a pesar de que la dimensión de espiritualidad y desarrollo es la que más modera la relación entre los distintos tipos de violencia y los síntomas y la autoestima, los factores que pertenecen a esta dimensión no han sido valorados por las mujeres como tan beneficiosos en su proceso de resiliencia en comparación con los factores de las otras dos dimensiones. Concretamente de los 17 factores de los que se compone el IFRA-VP, los factores pertenecientes a la dimensión espiritualidad y desarrollo personal han quedado en puestos bajos, excepto el trabajo que es el cuarto factor valorado como más beneficioso. El resto de factores de esta dimensión ocupan puestos bajos (octavo, noveno, décimo, onceavo y quinceavo).

En resumen, estos resultados apuntan a que las participantes perciben como más beneficiosos los factores externos a ellas, cuando los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que son precisamente los factores internos los que ayudan en mayor medida a las mujeres moderando las repercusiones negativas que tienen los diversos tipos de violencia en los síntomas y la autoestima. Esta falta de valoración positiva de los factores internos puede ser debido a los problemas de autoestima que genera el haber sufrido violencia en la pareja (Amor et al., 2002; Barnett, 2001; Johnson y Zlotnick, 2007).

10.4.-LIMITACIONES, FORTALEZAS, FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS ESTUDIOS

10.4.1. Limitaciones y fortalezas del estudio

Los tres estudios empíricos llevados a cabo presentan algunas limitaciones que hay que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

En lo que respecta al primer estudio, su principal limitación es que todas las mujeres han recibido terapia en algún grado, y por lo tanto, no se ha podido estudiar el proceso de resiliencia en mujeres que no han recibido terapia. Esta limitación hace que sea difícil diferenciar entre la recuperación debido a la terapia o a la resiliencia.

Además, a pesar de que la resiliencia implica la interacción entre factores de protección y vulnerabilidad (Olsson et al., 2003), en este estudio principalmente se han tenido en cuenta los factores de protección. Al igual que sucede en los estudios que únicamente se centran en los síntomas de las mujeres, esta limitación proporciona una visión parcial sobre el proceso de recuperación de las mujeres que experimentan violencia. Por este motivo, estudios futuros deberían de examinar las relaciones entre los factores de vulnerabilidad y resiliencia.

Por último, la muestra de este estudio no es representativa de toda la población de mujeres que sufren malos tratos en la pareja en España, lo que hace difícil el poder generalizar los resultados encontrados en este estudio.

Este primer estudio también tiene diversas fortalezas. En primer lugar, es uno de los pocos estudios que evalúa distintos factores simultáneamente, lo que permite establecer las relaciones entre los factores. También es el primer estudio cualitativo que examina el proceso de resiliencia en mujeres españolas que han vivido violencia en la pareja. Tal y como se ha mencionado en diversos momentos, la resiliencia debe ser entendida dentro un contexto cultural y social concreto.

Asimismo, el segundo estudio empírico cuenta con una serie de limitaciones. La primera de ellas se refiere a la muestra empleada, ya que la submuestra en la que se

evaluaron los síntomas no fue lo suficientemente grande. Además, se trata de una muestra de conveniencia y no aleatoria, y estuvo formada por participantes con características particulares y homogéneas, como por ejemplo poseer un nivel educativo elevado. También, como se ha mencionado, el porcentaje de mujeres fue mayor que el de hombres. Además, se trata de un estudio transversal y como tal no permite establecer relaciones predictivas entre la resiliencia y los síntomas de TEPT y depresión.

Sin embargo y a pesar de las limitaciones mencionadas, el segundo estudio muestra que el IFRA es un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la resiliencia ante la adversidad. Los distintos factores de resiliencia que se incluyen en el cuestionario son, además, fuentes relevantes de resiliencia tal y como indica la literatura científica (Campbell-Sills y Stein, 2007; Crawford et al., 2006; Fiorentino, 2008; Gray, 2012; Haglund et al., 2007; Joseph y Linley, 2006; Kim y Esquivel, 2011; Kuiper y McHale, 2009; Metzl y Morrell, 2008; Van Dyke y Elias, 2007). Al mismo tiempo, el hecho de incluir 14 factores de resiliencia convierte a este instrumento de medición en un inventario que permite evaluar una gran cantidad de fuentes de resiliencia en comparación con otros instrumentos diseñados para evaluar resiliencia que miden un número escaso de factores de resiliencia (ej., CD-RISC, Connor y Davidson, 2003; RS, Wagnild y Young, 1993; RSA, Friborg et al., 2001 y BPGI, Baruth y Carroll, 2002).

Por último, y en cuanto al tercer estudio, la primera limitación del mismo reside en el uso exclusivo de medidas de autoinforme. A pesar de que los cuestionarios autoaplicados son la forma más adecuada y asequible para recoger información sobre las variables del estudio, el haber empleado únicamente medidas de autoinforme no ha permitido el poder establecer un diagnóstico de depresión o estrés postraumático. Por ejemplo, el haber empleado entrevistas semiestructuradas hubiese permitido el poder realizar dichos diagnósticos. De esta forma, se podría haber hablado de diagnóstico de depresión o TEPT y no únicamente de síntomas depresivos y de estrés postraumático. Además, las medidas de autoinforme presentan una falta de fiabilidad en el recuerdo con el paso del tiempo. Asimismo, puede haber existido el problema de que las participantes hayan infravalorado la violencia sufrida, aspecto que es muy frecuente en los casos de violencia en la pareja (Campbell et al., 1999; Dutton, 1996; Riddell et al., 2009).

Por otro lado, la constitución de la muestra, en este caso, mujeres víctimas de malos tratos de diferentes provincias de España, posee aspectos ventajosos, como por ejemplo que abarca diferentes territorios del estado español y no se limita a una única comunidad. Este hecho ayuda a la generalización de los resultados. Sin embargo, también presenta inconvenientes, ya que el 92.2% de las participantes del estudio han recibido algún servicio de atención psicológica, lo que al igual que sucede en el primer estudio empírico no ha permitido evaluar el proceso de resiliencia en mujeres que no hayan recibido ningún servicio de este tipo. Por otro lado, algunas moderaciones, correlaciones e índices de ajuste de los modelos puestos a prueba no han arrojado resultados significativos, esto puede deberse a que el tamaño de la muestra no ha sido lo suficientemente grande.

Asimismo, el instrumento utilizado para evaluar resiliencia, el IFRA-VP, también presenta algunas restricciones. En primer lugar y como la limitación más clara, cabe destacar que este instrumento se ha desarrollado durante el presente trabajo de investigación, por lo que su fiabilidad y propiedades psicométricas no han sido puestas a prueba lo suficiente, aunque por otro lado, es cierto que los análisis estadísticos realizados durante el presente estudio han arrojado propiedades adecuadas para el IFRA-VP, además cuenta con la ventaja de que ha sido diseñado de forma específica para este colectivo.

Para finalizar, tal y como se ha descrito en la parte teórica, la resiliencia ha sido definida como un proceso dinámico que cambia a lo largo del tiempo (Masten y Powell, 2003; Luthar, 2006) y un estudio de corte transversal, como lo es este, no permite explorar esta cualidad de la resiliencia.

Aún con todas estas limitaciones, esta investigación constituye el primer trabajo que ha pretendido estudiar con una metodología tanto cualitativa como cuantitativa el proceso de resiliencia de mujeres que han superado una situación de violencia en la pareja en nuestro contexto. Además, para ello se ha desarrollado un instrumento de medida de resiliencia diseñado específicamente para este tipo de traumas y nuestro contexto cultural concreto.

10.4.2. Futuras líneas de investigación

Las limitaciones presentes en este trabajo son oportunidades para futuros estudios. En primer lugar, es necesario comprobar si los factores de resiliencia que emergen de los estudios se pueden generalizar a otras muestras de víctimas. Además, es necesario llevar a cabo estudios transculturales para explorar la influencia de la cultura en el proceso de resiliencia de las mujeres que han sufrido violencia en la pareja. De forma similar, es importante realizar estudios longitudinales para estudiar la resiliencia como un proceso e identificar qué factores predicen la recuperación de los síntomas psicológicos derivados del abuso, y a través de qué mecanismos sucede esto (por ejemplo, mediante estrategias de afrontamiento). A pesar de que las definiciones sobre resiliencia más aceptadas en la actualidad entienden este concepto como un proceso (Masten y Powell, 2003; Luthar, 2006), en la práctica no se llevan a cabo estudios longitudinales que pongan de manifiesto la naturaleza dinámica de la resiliencia, por lo que investigaciones futuras deberían examinar el proceso de resiliencia a lo largo del tiempo en las víctimas.

Por otro lado, debería examinarse la relación que existe entre la resiliencia y otros conceptos relacionados, como el crecimiento postraumático. También, habría que explorar en mayor detalle el papel que juegan los factores denominados foco en el presente y actividad física que emergieron durante el primer estudio, puesto que estos factores no aparecen en estudios previos.

Asimismo y de acuerdo a una de las limitaciones señaladas en el apartado anterior, en futuros estudios deberían tenerse en cuenta las limitaciones que conlleva el uso exclusivo de medidas de autoinforme e intentar controlar estos efectos incluyendo una evaluación multimodal de las variables del estudio. Por ejemplo, podría combinarse el uso de medidas de autoinforme con el de entrevistas.

Otro aspecto importante a tratar en futuras investigaciones es la inclusión en la muestra de mujeres que no hayan recibido terapia, si bien es cierto que el acceso a este grupo de mujeres es más complicado, sería importante conocer el proceso de resiliencia en las mujeres que no cuentan con un servicio de asistencia psicológica, ya que puede suceder que en este caso el proceso de resiliencia tenga características distintivas.

Asimismo y respecto a la muestra del tercer estudio, sería importante aumentar el tamaño de la muestra, con el fin de probar si los análisis estadísticos que en el presente estudio no arrojaban datos significativos, lo hacen al aumentar el tamaño de la muestra.

Sería interesante también incluir otros tipos de violencia como variables del estudio, como por ejemplo el *cyberstalking*, de este modo se podría explorar si las dimensiones de resiliencia son efectivas a la hora de proteger a las mujeres de los síntomas que pueden desarrollar a causa de este tipo de violencia.

Por último, sería interesante que investigaciones futuras se centren en evaluar el papel de otros moderadores en la relación entre los tipos de violencia y los síntomas de las mujeres, como por ejemplo el papel que puede jugar el haber sufrido traumas previos como el maltrato infantil y cómo estos moderadores influyen en la resiliencia de las mujeres.

10.4.3. Implicaciones clínicas

Los resultados de estos estudios tienen importantes implicaciones a nivel clínico puesto que ponen de manifiesto que es necesario ayudar a las mujeres a desarrollar y movilizar los factores individuales y sociales que promueven la resiliencia. Para ello, además de las técnicas de intervención estándares, se podrían emplear distintas técnicas. Por ejemplo, el entrenamiento en *Mindfulness* (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010), que pone el énfasis en el momento presente, podría ayudar a las mujeres a desarrollar el factor denominado foco en el presente. De igual modo, la actividad física debería incluirse en las intervenciones con las mujeres. El sentido del humor y el optimismo también pueden promoverse a través de la risoterapia, la cual ha mostrado su eficacia en diversos estudios para afrontar distintas adversidades (Ko y Youn, 2011; Mora-Ripoll, 2010). De cara a las intervenciones clínicas también será importante fomentar el factor control sobre la propia vida, lo que tal y como diversos autores defienden puede hacerse a través del empoderamiento (Busch y Valentine, 2000; Gengler, 2012).

Por otro lado, en las intervenciones con mujeres víctimas de violencia de género sería necesario realizar actividades que fomenten la creatividad, introspección, espiritualidad y el conocimiento de sí mismas. De modo general, técnicas experienciales

como la meditación, el arte, la imaginación y la poesía pueden ayudar a las mujeres a desarrollar estos factores (Barrett, 2009; Kane, 2006).

En cuanto a los factores externos, también es necesario proporcionar facilidades a las mujeres para que puedan conseguir una vivienda que puedan sentir como propia y segura, y un trabajo. Además, el apoyo social formal e informal han demostrado ser factores muy beneficiosos en las mujeres de esta muestra, por este motivo las intervenciones con este colectivo de mujeres deben fomentar y fortalecer la red de apoyo social.

Por otro lado y la luz de los resultados encontrados en este proyecto de investigación, en los primeros momentos después de que las mujeres hayan abandonado la relación abusiva, habría que hacer hincapié en la dimensión de apoyo externo y potenciar en las mujeres los factores de esta dimensión. Una vez las mujeres vayan avanzando en el proceso de resiliencia, los profesionales que trabajan con este colectivo de mujeres deberían invertir los mayores esfuerzos en fomentar la dimensión espiritualidad y desarrollo, ya que a luz de los datos encontrados en esta investigación es la dimensión que más modera la relación entre la violencia sufrida y los síntomas y la autoestima. Por lo tanto, los factores a los que habría que dedicar un mayor esfuerzo son los siguientes: creatividad, proyectos y metas, espiritualidad, optimismo, sentido del humor y actividad física.

Asimismo, teniendo en cuenta que los factores externos son los que las mujeres perciben como más beneficiosos en su proceso de resiliencia, a pesar de que son los individuales los que más las ayudan en su recuperación, será importante que los profesionales que trabajen de forma directa con las mujeres valoren de forma adecuada los factores de resiliencia individuales y trabajen con las mujeres las fortalezas internas que tienen para recuperarse. Este aspecto es de suma importancia, puesto que tal y como demuestran diversos estudios, los profesionales que trabajan con las mujeres en algunas ocasiones tienen una visión negativa de las mujeres en el sentido de que las consideran meras víctimas sin capacidades y fortalezas (Adams y Stonecipher, 2007; Walton, Aerts, Terry y Burkhardt, 2013), esto dificultará el emplear un enfoque que se base en fomentar las fortalezas internas que las mujeres poseen. Asimismo, el que los

profesionales que trabajan con las mujeres informen a éstas sobre el efecto de estos factores internos, puede motivarlas a desarrollarlos.

Asimismo tal y como se ha comentado, será importante fomentar la dimensión de resiliencia apoyo externo en las mujeres, especialmente en los primeros momentos tras abandonar la relación abusiva, ya que tal y como quedó patente en los resultados del estudio cualitativo estos factores externos son especialmente importantes para las mujeres en los momentos iniciales tras salir de la relación de maltrato. Para ello, es conveniente incluir la terapia grupal de forma sistemática en las intervenciones con las mujeres, ya que tal y como queda patente en los resultados de este estudio constituye una fuente de resiliencia para las mujeres, además diversas investigaciones corroboran la efectividad de este tipo de intervenciones frente al empleo de la terapia individual exclusivamente (Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 2014; Johnson y Zlotnick, 2006; Johnson, Zlotnick y Perez, 2011). Por otro lado, sería útil crear redes sociales informales que puedan poner a las mujeres en contacto entre sí, ya que tal y como han demostrado los estudios realizados en este proyecto de investigación esta es una fuente de apoyo y resiliencia para las mujeres. Amén de que muchos estudios resaltan el papel protector del apoyo social informal (Beeble et al., 2009; Bent-Goodley y Fowler, 2006; Buesa y Calvete, 2013; Farley, 2007; Mitchell et al., 2006; Watlington y Murphy, 2006). Por último y en lo que respecta a la dimensión apoyo externo, los resultados del presente estudio señalan la importancia de que el Gobierno siga trabajando en crear una sociedad más igualitaria en la que la violencia contra las mujeres se rechace de forma contundente. Los resultados de los estudios muestran además, los beneficios que esto tiene en el proceso de resiliencia de las mujeres. Nuevamente, esta idea se ve apoyada por lo encontrado en estudios anteriores (Hou et al., 2013; Oke, 2008; Rinfret-Raynor et al., 2004).

Por lo tanto y a la luz de los resultados encontrados en este estudio, se puede concluir que las mujeres se beneficiarían de intervenciones que las doten de herramientas para hacer frente a las dificultades que surjan una vez hayan abandonado la relación abusiva. De esto modo las intervenciones que empoderan a las mujeres encajarían bien con los resultados de este estudio. Además, son varios los estudios que han probado la eficacia de este tipo de intervenciones (Busch y Valentine, 2000; Gengler, 2012; Johnson y Zlotnick, 2009). Del mismo modo, las intervenciones con una

aproximación feminista podrían servir también a este propósito (Sharma, 2001; Singha y Hays, 2008).

Por último, es importante resaltar que el hecho de que se incluyan este tipo de intervenciones que fomenten la resiliencia de las mujeres, no quiere decir que haya que dejar de lado las intervenciones que tradicionalmente se han empleado para ayudar a las mujeres víctimas de violencia de género a recuperarse del maltrato, como por ejemplo la Terapia Cognitivo Conductual, ya que este tipo de intervenciones han demostrado su eficacia en reducir la sintomatología asociada a los malos tratos (Dawn, Zlotnick y Perez; 2011; Iverson et al., 2011) Más bien se trataría de combinar ambos tipos de estrategias para que las mujeres puedan beneficiarse al máximo de las intervenciones que reciban.

10.5.-CONCLUSIONES GENERALES

La violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja es un problema de salud pública con importantes repercusiones en la salud mental de las mujeres (Ingram, 2007). Los datos de los que se disponen en nuestro país indican que la prevalencia estimada de este tipo de violencia oscila entre un 15% y un 30% de las mujeres (Calvete et al., 2007; Fontanil et al., 2005; Ruiz-Pérez et al., 2006).

Como consecuencia del maltrato en la pareja frecuentemente las mujeres desarrollan diversos problemas y síntomas como la depresión, TEPT, abuso o dependencia de sustancias e incluso la ideación suicida o el suicidio (Devries et al., 2013; Graham-Bermann et al., 2011; Leiner, Compton, Houry y Kaslow, 2008; Macy et al., 2013; Seedat, Stein y Forde, 2005). Estos datos justifican la atención y la prioridad que se le debe adjudicar al estudio de este tipo de violencia, así como a investigar en mayor profundidad el proceso de resiliencia de las mujeres en nuestro contexto cultural concreto con el fin de evitar tan catastróficas consecuencias. También es importante destacar que las secuelas psicológicas del maltrato suelen mantenerse a lo largo del tiempo (Fishman et al., 2010; Zlotnick et al., 2006) y que las mujeres que sufren malos tratos en la pareja tienen una mayor probabilidad de padecer trastornos mentales como

la depresión en comparación con aquellas mujeres que no han sufrido este tipo de violencia (Lindhorst y Beadnell, 2011; Lindhorst y Oxford, 2008).

La resiliencia se presenta como un concepto clave en el estudio de la violencia de género, así como en las intervenciones con las mujeres. Diversas investigaciones llevadas a cabo con mujeres que han superado la violencia en la pareja han puesto de manifiesto que las mujeres con mayor resiliencia, tienen menos síntomas asociados al maltrato (Jaramillo-Vélez et al., 2005; Roditti et al., 2010). De especial importancia es señalar el hecho de que no existen estudios que exploren la resiliencia en este colectivo de mujeres en nuestro contexto, a pesar de que se conoce que el proceso de resiliencia varía a través de las culturas (Cyrulnik, 2002; Ungar, 2011) y que puede ayudar a las mujeres a la recuperación de las secuelas del maltrato.

Por todo ello, es de vital importancia la identificación y entendimiento de las dinámicas implicadas en el proceso de resiliencia de las mujeres que han superado una situación de violencia en la pareja.

En este sentido los resultados de este estudio han revelado más concretamente y en relación a los objetivos propuestos, los siguientes aspectos:

1. El proceso de resiliencia en mujeres españolas que han sufrido malos tratos se caracteriza por ser un proceso dinámico, así como por las interrelaciones que se generan entre los distintos factores que fomentan la resiliencia. Las mujeres del estudio ponen en marcha factores tanto individuales, como sociales que las ayudan a llevar a cabo el proceso de resiliencia. Más concretamente, los factores individuales de resiliencia que emplearon las mujeres del estudio fueron los siguientes: proyectos y metas, creatividad, optimismo, perdón, control sobre la propia vida, sentido del humor, espiritualidad, actividad física, centrarse en el presente, introspección, redescubrirse y hogar. Los factores externos que las mujeres emplearon fueron las acciones contra la violencia de género, el apoyo social informal y el apoyo social formal.
2. Tanto las mujeres recuperadas del maltrato en la pareja, como las no recuperadas emplearon diversos factores de resiliencia, si bien las mujeres recuperadas

emplearon más factores individuales y mostraron un mayor número de interacciones entre los factores de resiliencia. Por otro lado, no se hallaron diferencias entre ambos grupos en cuanto al empleo de los factores externos. Se encontraron otras tres diferencias entre ambos grupos. En primer lugar y en lo que a la situación laboral se refiere, el número de mujeres que tenían trabajo fue más alto en el grupo de mujeres recuperadas. En segundo lugar, en el grupo de mujeres recuperadas había transcurrido más tiempo desde que salieron de la relación abusiva. Por último, las mujeres no recuperadas hicieron referencia a que ellas no habían alcanzado un determinado punto en su proceso de recuperación, o que estaban trabajando en muchos aspectos en el momento de la entrevista. Este tipo de verbalizaciones no surgieron en el grupo de mujeres recuperadas. Estos resultados sugieren que la resiliencia y la recuperación son procesos diferentes, aunque interrelacionados.

3. El Inventario de Factores de Resiliencia ante le Adversidad (IFRA) desarrollado en el presente proyecto de investigación para evaluar la resiliencia ante la adversidad en la población general, muestra unos indicadores de ajuste adecuados, indicando que este instrumento se encuentra constituido por los siguientes 14 factores de resiliencia: proyectos y metas, creatividad, optimismo, perdón, independencia, sentido del humor, espiritualidad, actividad física, centrarse en el presente, introspección, redescubrirse, apoyo social informal y apoyo social formal. Estos factores a su vez son explicados por un factor de segundo orden denominado resiliencia. Los resultados reflejan que el IFRA constituye un instrumento válido y fiable para evaluar la resiliencia ante la adversidad en población general española.
4. La puntuación total obtenida por la población general en el IFRA se asoció de forma positiva y significativa con la autoestima. Asimismo, los síntomas de depresión correlacionaron de forma negativa y significativa con los siguientes factores de resiliencia: optimismo, independencia, sentido del humor, foco en el presente y apoyo social informal. La escala de TEPT correlacionó de forma negativa con los factores de optimismo, independencia, humor, foco en el presente, y apoyo social informal. Por último, la autoestima correlacionó de forma positiva y significativa con proyectos y metas, optimismo, independencia,

sentido del humor, foco en el presente, introspección, redescubrirse y apoyo social informal. Estos resultados sugieren, que son determinados factores de resiliencia los relevantes para los síntomas de depresión y TEPT, así como para el aumento de la autoestima.

5. No hubo diferencias entre las mujeres y hombres de la población general en cuanto a la puntuación total en resiliencia obtenida mediante el IFRA. Sin embargo, los hombres puntuaron más alto en los factores de actividad física, espiritualidad y perdón. Las mujeres, en cambio, puntuaron más alto en apoyo social informal. Estas diferencias sugieren que cada sexo puede beneficiarse más de determinados factores de resiliencia.
6. El Inventario de Factores de Resiliencia ante la Adversidad para evaluar Violencia en la Pareja (IFRA-VP) mostró unos índices de ajuste adecuados. Los datos demuestran que una buena explicación a los datos la ofrece el modelo en el que los 17 factores de resiliencia se agrupan a su vez en tres dimensiones de resiliencia (control y autoconocimiento, espiritualidad y desarrollo personal y apoyo externo). Los resultados obtenidos apuntan a que el IFRA-VP es un instrumento válido y fiable para evaluar resiliencia en mujeres españolas que han sufrido violencia en la pareja.
7. De las tres dimensiones de resiliencia evaluadas mediante el IFRA-VP, dos de ellas moderaron el impacto de los diferentes tipos de violencia en los síntomas y autoestima de las mujeres. En este sentido, la dimensión espiritualidad y desarrollo personal fue la que más moderó la relación entre los distintos tipos de violencia y los síntomas y la autoestima. La dimensión control y autoconocimiento únicamente moderó la relación entre violencia física y síntomas depresivos. Mientras que la dimensión control y autoconocimiento no produjo ninguna moderación significativa. Estos resultados indican que la dimensión más efectiva a la hora de ayudar a las mujeres a recuperarse del maltrato es la de espiritualidad y desarrollo personal.
8. La resiliencia evaluada de forma global mediante el IFRA-VP o mediante las dimensiones de resiliencia en las que se divide el instrumento se asoció a menos síntomas de TEPT y depresión, así como a más autoestima en las mujeres. Los

factores de resiliencia menos efectivos fueron las acciones contra la violencia de género y el apoyo social informal, ambos factores pertenecientes a la dimensión denominada apoyo externo. Estos resultados señalan que los factores individuales que las mujeres desarrollan a lo largo del proceso de resiliencia tienen mayor repercusión en la sintomatología que los factores externos.

9. Todos los tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual) que las mujeres sufrieron a manos de sus exparejas tuvieron repercusiones en la salud mental de las mismas, sin embargo los diferentes tipos de maltrato difirieron en los síntomas a los que se asociaron. Estos resultados necesitan ser replicados, ya que no se encontraron algunas asociaciones que frecuentemente se han encontrado en la literatura científica. Más concretamente, el maltrato físico no se asoció a los síntomas depresivos y de TEPT, y el abuso psicológico y sexual no correlacionaron con la puntuación en autoestima.
10. La población general obtuvo una mayor puntuación en el instrumento de resiliencia en comparación con la muestra clínica. Si se atiende a los factores de resiliencia de forma específica, las mujeres que habían sufrido malos tratos en la pareja puntuaron más bajo en los siguientes factores: proyectos y metas, optimismo, control sobre la propia vida, sentido del humor, actividad física y apoyo social informal. Al mismo tiempo, puntuaron más alto en espiritualidad, punto de inflexión, redescubrirse y apoyo social formal. Los resultados hallados sugieren que las mujeres necesitan más tiempo desde que abandonan la relación abusiva para poder desarrollar determinados factores de resiliencia. Además, las correlaciones entre los factores de resiliencia y síntomas fueron mucho mayores en la muestra clínica, lo que sugiere que funcionan cuando hay adversidad
11. La dimensión que las mujeres de la muestra clínica consideraron como más beneficiosa en su proceso de resiliencia fue la de apoyo externo, seguida de las dimensiones de espiritualidad y desarrollo personal y control y autoconocimiento. Estos resultados sugieren que las mujeres valoran en mayor medida los factores de resiliencia externos que los individuales, cuando tal y como ha quedado patente en este estudio la dimensión de resiliencia que más

protege a las mujeres de las secuelas del maltrato es la de espiritualidad y desarrollo personal.

En síntesis, este estudio aporta nuevos datos acerca del proceso de resiliencia en mujeres españolas que han sufrido malos tratos en una relación de pareja, mostrando que se trata de un proceso con características específicas en comparación con otro tipo de traumas.

11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, A. E., Tolman, R. M., Bybee, D., Sullivan, C. M. y Kennedy, A. C. (2012). The impact of intimate partner violence on low-income Women's economic well-being: The mediating role of job stability. *Violence Against Women, 18*(12), 1345-1367. doi:10.1177/1077801212474294
- Adams, I. y Stonecipher, L. (2007). Health care providers and intimate partner violence: Attitudes, beliefs, and education. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 78*(1), 23-23.
- Agaibi, C. y Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse, 6*(3), 195-216. doi: 10.1177/1524838005277438
- Agencia Europea de Derechos Humanos. (2014). *Violence against women: An EU-wide survey*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Agoff, C., Herrera, C. y Castro, R. (2007). The weakness of family ties and their perpetuating effects on gender violence: A qualitative study in Mexico. *Violence Against Women, 13*(11), 1206-1220. doi:10.1177/1077801207307800
- Ahern, N., Kiehl, E., Sole, M. y Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 29*(2), 103–125. doi: 10.1080/01460860600677643
- Ahmad, F., Rai, N., Petrovic, B., Erickson, P. y Stewart, D. (2013). Resilience and resources among South Asian immigrant women as survivors of partner violence. *Journal of Immigrant and Minority Health, 15*(6), 1057–1064. doi: 10.1007/s10903-013-9836-2
- Ahrens, C. E., Abeling, S., Ahmad, S. y Hinman, J. (2010). Spirituality and well-being: The relationship between religious coping and recovery from sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence, 25*(7), 1242-1263. doi:10.1177/0886260509340533
- Aiken, S. y West, G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Akers, R. L. (2009). *Social learning and social structure: A general theory of crime and deviance*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Alessandri, G., Vecchio, G., Steca, P., Caprara, M. G. y Caprara, G. V. (2008). A revised version of Kremen and Block's Ego-American Psychological Association. (2005). *Resolution on male violence against women*. Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2011). *Road to resilience*. Recuperado el 30 de marzo de 2015 en <http://www.apa.org/helpcenter/roadresilience.aspx>
- Anderson, C., Buckley, K. y Carnagey, N. (2008). Creating your own hostile environment: A laboratory examination of trait aggression and the violence escalation cycle. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(4), 462–473. doi: 10.1177/0146167207311282.
- Anderson, D. J. (2003). The impact on subsequent violence of returning to an abusive partner. *Journal of Comparative Family Studies*, 34(1), 93-112.
- Anderson, D. K. y Saunders, D. G. (2003). *Leaving an abusive partner: An empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being*. United States: Sage Publications. doi:10.1177/1524838002250769
- Anderson, K. M. (2013). Fostering resilience in daughters of battered women. En D. S. Becvar (Ed.), *Handbook of Family Resilience* (pp. 495-514). Nueva York: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4614-3917-2_28
- Anderson, K. M., Renner, L. M. y Danis, F. S. (2012). Recovery resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence Against Women*, 18(11), 1279-1299. doi:10.1177/1077801212470543
- Andrews, B., Qian, M. y Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The experience of shame scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42. doi:10.1348/014466502163778
- Anthony, E. J. (1987). Risk, vulnerability, and resilience: An overview. En J. Anthony y B.J. Cohler (Ed.), *The invulnerable child* (3-48). Nueva York: Guilford Press.
- Ararteko. (2003). *Respuesta institucional a la violencia contra las mujeres en la CAPV: Informe extraordinario de la institución del ararteko al parlamento vasco*. Vitoria: Autor.
- Argue, A., Johnson, D. y White, L. (1999). Age and religiosity: Evidence from a three-wave panel analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 38(3), 423– 435. doi: 10.2307/1387762
- Arias, I. y Pope, K. T. (1999). Psychological abuse: Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims*, 14, 55-67.

- Arias, M. A., Sánchez, M., Gancedo C., Martín, R., Estepa, M. R. y Díaz, M. E. (2004). Nivel socioeconómico y consumo de recursos sanitarios en atención primaria. *Anales de Pediatría*, 61(4), 292-297. doi: 10.1016/S1695-4033(04)78391-5
- Arinero, M., Crespo, M., López, J., Martínez, M. y Gómez, M. (2004). Analysis of Rosenberg Self-Esteem Scale: Reliability and validity of items. Comunicación oral presentada en la 7ª Conferencia de Europa de Evaluación Psicológica, España.
- Armstrong, J. (2001). Prevalence and incidence of domestic violence in an ambulatory gynecology population and associated risk factors. *Obstetrics & Gynecology*, 97(4), S54. doi: 10.1016/S0029-7844(01)01273-X
- Atwool, N. (2006). Attachment and resilience: Implications for children in care. *Child Care in Practice Journal*, 12(4), 315-330. doi: 10.1080/13575270600863226
- Babcock, J. C., Roseman, A., Green, C. E. y Ross, J. M. (2008). Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: Examining mediators and moderators of the abuse-trauma link. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 809. doi:10.1037/a0013808
- Baker, C. K., Cook, S. L. y Norris, F. H. (2003). Domestic violence and housing problems: A contextual analysis of women's help-seeking, received informal support, and formal system response. *Violence Against Women*, 9(7), 754-783. doi:10.1177/1077801203009007002
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 19-54). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Baptiste, D. A. y Piercy, F. P. (1994). The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity. *Journal of Marital & Family Therapy*, 20(2), 217-218.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G. y Shalev, A. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22(5), 267-275. doi:10.1007/s10896-007-9078-y
- Barnett, O. W. y LaViolette, A. D. (2000). *It could happen to anyone: Why battered women stay*. United States: Sage Publications.
- Barnett, O. W. (2001). Why battered women do not leave, part 2 external inhibiting Factors—Social support and internal inhibiting factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(1), 3-35. doi:10.1177/1524838001002001001

- Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. L. y Perrin, R. D. (2005). *Family violence across the lifespan: An introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Barrett, M. J. (2009). Healing from relational trauma: The quest for spirituality. En F. Walsh (Ed.), *Spiritual resources in family therapy* (pp. 267-285). Nueva York: Guilford Press.
- Bartelt, D. W. (1994). On resilience: Questions of validity. En M. C. Wang y E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*. (pp. 97-108). Hillsdale, NJ England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Baruth, K. y Carroll, J. (2002). A formal assessment of resilience: the Baruth Protective Factors Inventory. *The Journal of Individual Psychology*, 58(3), 235-244.
- Basile, K. C. (2008). Histories of violent victimization among women who reported unwanted sex in marriages and intimate relationships. *Violence Against Women*, 14(1), 29-52. doi:10.1177/1077801207311857
- Basile, K. C., Arias, I., Desai, S. y Thompson, M. P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 413-421. doi:10.1023/B:JOTS.0000048954.50232.d8
- Basu, A., Malone, J. C., Levendosky, A. A. y Dubay, S. (2009). Longitudinal treatment effectiveness outcomes of a group intervention for women and children exposed to domestic violence. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2(2), 90-105. doi:10.1080/19361520902880715
- Bauer, H. M., Gibson, P., Hernandez, M., Kent, C., Klausner, J. y Bolan, G. (2002). Intimate partner violence and high-risk sexual behaviors among female patients with sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(7), 411-416.
- Bauman, E. M., Haaga, D. A. F., Kaltman, S. y Dutton, M. A. (2012). Measuring social support in battered women: Factor structure of the Interpersonal Support Evaluation List (ISEL). *Violence Against Women*, 18(1), 30-43. doi:10.1177/1077801212436523
- Baumeister, R. F. (1998). The self. En D. T. Gilbert, S. T. Fiske y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., pp. 680-740). Nueva York: McGraw-Hill.
- Beck, A. T. (2003). *Prisioneros del odio: Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Becoña Iglesias, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica: Revista Oficial De La Asociación Española De Psicología Clínica y Psicopatología AEPCP*, 11(3), 125-146.
- Beeble, M. L., Bybee, D., Sullivan, C. M. y Adams, A. E. (2009). Main, mediating, and moderating effects of social support on the well-being of survivors of intimate partner violence across 2 years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 718-729. doi:10.1037/a0016140
- Belfrage, H. y Rying, M. (2004). Characteristics of spousal homicide perpetrators: A study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990--1999. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 14(2), 121-133. doi:121-133. 10.1002/cbm.577
- Bell, M., Goodman, L. y Dutton, M. (2007). The dynamics of staying and leaving: Implications for battered Women's emotional well-being and experiences of violence at the end of a year. *Journal of Family Violence*, 22(6), 413-428. doi:10.1007/s10896-007-9096-9
- Bell, K. y Naugle, A. (2005). Understanding stay/leave decisions in violent relationships: A behavior analytic approach. *Behavior and Social Issues*, 14(1), 21-45.
- Bell, K. y Naugle, A. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1096-1107. doi: 10.1016/j.cpr.2008.03.003
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442. doi: 10.1093/schbul/sbj044
- Ben-Porat, A. y Itzhaky, H. (2008). Factors that influence life satisfaction among battered women in shelters: Those who stay versus those who leave. *Journal of Family Violence*, 23(7), 597-604. doi:10.1007/s10896-008-9182-7
- Benetti, C. y Kambouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 41(2), 341-352. doi:10.1016/j.paid.2006.01.015

- Benight, C. C. y Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research & Therapy*, 42(10), 1129-1148. doi:10.1016/j.brat.2003.08.008
- Benight, C. C., Harding-Taylor, A., Midboe, A. M. y Durham, R. L. (2004). Development and psychometric validation of a domestic violence coping self-efficacy measure (DV-CSE). *Journal of Traumatic Stress*, 17(6), 505-508. doi:10.1007/s10960-004-5799-3
- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M. y Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on posttraumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims*, 18(1), 87-94. doi:10.1891/vivi.2003.18.1.87
- Bensley, L., Van Eenwyk, J. y Wynkoop Simmons, K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 38. doi:10.1016/S0749-3797(03)00094-1
- Benson, P. L. (1997). *All kids are our kids*. Minneapolis: Search Institute.
- Benson, P. L. (2003). Developmental assets and asset-building community: Conceptual and empirical foundations. En R. M. Lerner y P. L. Benson (Eds.), *Developmental assets and assetbuilding communities: Implications for research, policy, and practice* (pp. 19–43). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Bent-Goodley, T. y Fowler, D. N. (2006). Spiritual and religious abuse. *Affilia: Journal of Women & Social Work*, 21(3), 282-295. doi:10.1177/0886109906288901
- Benzies, K. y Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child & Family Social Work*, 14(1), 103-114. doi:10.1111/j.1365-2206.2008.00586.x
- Berman, H. y Jiwani, Y. (2002). Introduction. En H. Berman y Y. Jiwani (Eds.), *In the best interests of the girl child, phase II report* (pp. 1-13). Londres: In-print Graphics.
- Bernard, B. (1993). Fostering resiliency in kids. *Educational Leadership*, 51(3), 44-48.
- Bersani, C. A., Chen, H. T., Pendleton, B. F. y Denton, R. (1992). *Personality traits of convicted male batterers*. Germany: Springer. doi:10.1007/BF00978701
- Bettencourt, B. A., Talley, A., Benjamin, A. J. y Valentine, J. (2006). *Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: A meta-analytic review* American Psychological Association. doi:10.1037/0033-2909.132.5.751

- Bevan, E. y Higgins, D. J. (2002). *Is domestic violence learned? The contribution of five forms of child maltreatment to men's violence and adjustment*. Germany: Springer. doi:10.1023/A:1016053228021
- Bhamra, R., Dani, S. y Burnard, K. (2011). Resilience: The concept, a literature review and future directions. *International Journal of Production Research*, 49(18), 5375-5393. doi:10.1080/00207543.2011.563826.
- Bhandari, M., Dosanjh, S., Tornetta, P. y Matthews, D. (2006). Musculoskeletal manifestations of physical abuse after intimate partner violence. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 61(6), 1473-1479. doi:10.1097/01.ta.0000196419.36019.5a
- Bickley-Green, C. y Phillips, P. (2003). Using the visual arts and play to solve problems and foster resiliency. *Art Education*, 56(6), 40–45.
- Bifulco, A. T., Brown, G. W. y Harris, T. O. (1987). Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: A replication. *Journal of Affective Disorders*, 12(2), 115-128. doi:10.1016/0165-0327(87)90003-6
- Bisconti, T. L. y Bergeman, C. S. (1999). Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being, and perceived health. *The Gerontologist*, 39(1), 94-103. doi:10.1093/geront/39.1.94
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. y Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 9-16. doi:10.1023/A:1014323009493
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K. A. y Taylor, A. E. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34(10), 775-786. doi:10.1016/0005-7967(96)00038-1
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S. y Martínez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 10, 98-109. doi:10.1186/1471-244X-10-98
- Block, J. (1950). *An experimental investigation of the construct of ego-control*. Unpublished Thesis. Stanford University, Stanford, CA,
- Block, J. (2002). *Personality as an affect-processing system: Toward an integrative theory*. Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Block, J. y Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.
- Block, J. H. (1951). An experimental study of a topological representation of ego-structure. *Stanford University Bulletin, Abstracts of Dissertations, SER* 8(67), 230-232.
- Block, J. H. y Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. En W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blustein, D. L. (2008). The role of work in psychological health and well-being: A conceptual, historical, and public policy perspective. *American Psychologist*, 63(4), 228-240. doi:10.1037/0003-066X.63.4.228
- Bogar, C. B. y Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & Development*, 84(3), 318-327. doi:10.1002/j.1556-6678.2006.tb00411.x
- Bogat, G. A., Levendosky, A. A., Theran, S., von Eye, A. y Davidson, W. S. (2003). Predicting the psychosocial effects of interpersonal partner violence (IPV). *Journal of Interpersonal Violence*, 18(11), 1271-1291. doi:10.1177/0886260503256657
- Boletín oficial del estado. *Medidas de protección integral contra la violencia de género*. 28 de diciembre de 2004, L 1/2004, 42166-42188.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?, *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G., Galea, S., Bucciarelli, A. y Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671-682. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.671
- Bonanno, G. y Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369-375. doi:10.1542/peds.2007-1648
- Bonanno, G., Moskowitz, J. T., Papa, A. y Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 827-843. doi:10.1037/0022-3514.88.5.827

- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A. y Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and Women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466. doi:10.1016/j.amepre.2006.01.015
- Borochowitz, D. Y. y Eisikovits, Z. (2002). To love violently: Strategies for reconciling love and violence. *Violence Against Women*, 8(4), 476-494. doi:10.1177/10778010222183170
- Borrajo, E., Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2015). Cyber dating abuse: prevalence, context, and relationship with offline dating aggression. *Psychological Reports*, 116(2), 565-585. doi: 10.2466/21.16.PR0.116k22w4
- Bosch, E. y Ferrer, V.A. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Bosch, K. y Bergen, B. (2006). The influence of supportive and nonsupportive persons in helping rural women in abusive partner relationships become free from abuse. *Journal of Family Violence*, 21(5), 311-320. doi: 10.1007/s10896-006-9027-1
- Bottrell, D. (2009). Understanding 'marginal' perspectives: Towards a social theory of resilience. *Qualitative Social Work*, 8(3), 321-339. doi: 10.1177/1473325009337840
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo. Apego y pérdida*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1992). Continuité et discontinuité: Vulnérabilité et résilience. *Devenir*, 4, 7-31.
- Bradley, R., Schwartz, A. C. y Kaslow, N. J. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 685-696. doi:10.1002/jts.20077
- Bragado, C. Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Brandtstädter, J. (1999). Sources of resilience in the aging self: Toward integrating perspectives. En F. Blanchard-Field y T. Hess (Ed.), *Social cognition and aging* (pp. 123-141). Nueva York: Academic Press.

- Brandstädter, J. y Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review, 14*, 52-52. doi: 10.1006/drev.1994.1003
- Brausch, A. y Decker, K. (2014). Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal ideation in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(5), 779-789. doi: 10.1007/s10802-013-9822-0.
- Braverman, M. T. (2001). Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse. *Focus, 7*(2), 1-12.
- Breiding, M. J., Black, M. C. y Ryan, G. W. (2008). Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner Violence—18 U.S. States/Territories, 2005. *Annals of Epidemiology, 18*(7), 538-544. doi:10.1016/j.annepidem.2008.02.005
- Brennan, M. A. (2008). Conceptualizing resiliency: An interactional perspective for community and youth development. *Child Care in Practice, 14*(1), 55-64. doi:10.1080/13575270701733732
- Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748
- Briere, J. (2012). Working with trauma: Mindfulness and compassion. En C. K. Germer y R. D. Siegel (Eds.), (pp. 265-279). Nueva York: Guilford Press.
- Brodsky, A. y Cattaneo, L. B. (2013). A transconceptual model of empowerment and resilience: Divergence, convergence and interactions in kindred community concepts. *American Journal of Community Psychology, 52*, 333-346. doi: 10.1007/s10464-013-9599-x
- Brokaw, J., Fullerton-Gleason, L., Olson, L., Crandall, C., McLaughlin, S. y Sklar, D. (2002). Health status and intimate partner violence: A cross-sectional study. *Annals of Emergency Medicine, 39*(1), 31-38. doi: 10.1067/mem.2002.117271
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. United States: Harvard University Press.
- Brown, J. (2004). Shame and domestic violence: Treatment perspectives for perpetrators from self-psychology and affect theory. *Sexual & Relationship Therapy, 19*(1), 39-56. doi:10.1080/14681990410001640826

- Buckner, J.C., Mezzacappa, E. y Beardslee, W.R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15(1), 139-162. doi: 10.1017.S0954579403000087
- Buesa, S. y Calvete, E. (2011). Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. *Anales de Psicología*. 27(3), 774-782.
- Buesa, S. y Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31-45.
- Burke, J. G., Gielen, A. C., McDonnell, K. A., O'Campo, P. y Maman, S. (2001). *The process of ending abuse in intimate relationships: A qualitative exploration of the transtheoretical model*. US: Sage Publications. doi:10.1177/10778010122183784
- Burman, S. (2003). Battered women: Stages of change and other treatment models that instigate and sustain leaving. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(1), 83-98. doi:10.1093/brief-treatment/mhg004
- Burns, D. (1993). *Ten days to self-esteem. The leader's manual*. Nueva York: Quill.
- Burton, C. W., Halpern-Felsher, B., Rankin, S. H., Rehm, R. S. y Humphreys, J. C. (2011). *Relationships and betrayal among young women: Theoretical perspectives on adolescent dating abuse*. United Kingdom: Wiley-Blackwell Publishing Ltd. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05565.x
- Busch, N. B. y Valentine, D. (2000). Empowerment practice: A focus on battered women. *Affilia: Journal of Women & Social Work*, 15(1), 82-95. doi:10.1177/08861090022093840
- Bybee, D. y Sullivan, C. M. (2005). Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 85-96. doi:10.1007/s10464-005-6234-5
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2005). Desarrollo de un inventario para evaluar el abuso psicológico en las relaciones de pareja. *Clínica y Salud*, 16(3), 203-221.
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence Against Women*, 14(8), 886-904. doi:10.1177/1077801208320907
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research & Therapy*, 45(4), 791-804. doi:10.1016/j.brat.2006.07.006

- Calvete, E., Sampedro, A. y Orue, I. (2014). Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents (MAAS-A) to assess the mindfulness trait in Spanish adolescents. *Psicología Conductual*, 22(2), 275-289.
- Campbell-Sills, L. y Stein, M.B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028. doi: 10.1002/jts.20271
- Campbell, J. C. (Ed.). (1995). *Assessing Dangerousness. Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Campbell, J. C. (1999). Sanctions and sanctuary: Cultural perspectives on the beating of wives. En D. A. Counts, J. K. Brown y J. C. Campbell (Eds.), *To have and to hit: Cultural perspectives on wife beating* (2ª Ed.). (pp. 261-285). Boulder: University of Illinois.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331-1336. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08336-8
- Campbell, J. C., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., ... Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157-1163. doi:10.1001/archinte.162.10.1157
- Campbell, J. C., Kub, J. E. y Rose, L. (1996). Depression in battered women. *Jamwa*, 51(3), 106-111.
- Campbell, J., Rose, L., Kub, J. y Nedd, D. (1999). Voices of strength and resistance: A contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(6), 743-762. doi:10.1177/088626098013006005
- Campbell, J. C. y Soeken, K. L. (1999a). Forced sex and intimate partner violence effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*, 5(9), 1017-1035. doi:10.1177/1077801299005009003
- Campbell, J. C. y Soeken, K. L. (1999b). Women's responses to battering over time an analysis of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(1), 21-40. doi:10.1177/088626099014001002
- Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M. A., ... Laughon, K. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1089-1097.

- Campbell, R., Dworkin, E. y Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse, 10*(3), 225-46. doi: 10.1177/1524838009334456
- Campbell, R., Greeson, M. R., Bybee, D. y Raja, S. (2008). The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 194-207. doi:10.1037/0022-006X.76.2.194
- Campbell, R., Sullivan, C. M. y Davidson, W. S. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly, 19*(2), 237-255. doi: 10.1111/j.1471-6402.1995.tb00290.x
- Campos, B., Schetter, C. D., Abdou, C. M., Hobel, C. J., Glynn, L. M. y Sandman, C. A. (2008). Familialism, social support, and stress: Positive implications for pregnant Latinas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14*(2), 155-162. doi:10.1037/1099-9809.14.2.155
- Canady, B. E. y Babcock, J. C. (2009). The protective functions of social support and coping for women experiencing intimate partner abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 18*(5), 443-458. doi:10.1080/10926770903051009
- Canaval, G. E., González, M. C. y Sánchez, M. O. (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica, 38*, 72-78.
- Cannon, E. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L. y Rivara, F. P. (2009). Intergenerational transmission of witnessing intimate partner violence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 163*, 706-708. doi:163/8/706[pii]10.1001/archpediatrics.2009.91
- Cannon, D. S., Rubin, A., Keefe, C. K., Black, J. L., Leeka, J. K. y Phillips, L. A. (1992). Affective correlates of alcohol and cocaine use. *Addictive Behaviors, 17*(6), 517-524. doi:10.1016/0306-4603(92)90061-Y
- Caprara, M. G., Steca, P. y De Leo, G. (2003). La misura dell'ego-resiliency. *Ricerche di Psicologia, 26*(2), 7-23.
- Carbone-López, K., Kruttschnitt, C. y MacMillan, R. (2006). Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use. *Public Health Reports, 121*(4), 382-392.

- Carlson, B. E., McNutt, L., Choi, D. Y. y Rose, I. M. (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence Against Women*, 8(6), 720-745. doi:10.1177/10778010222183251
- Carpiano, R. M. (2002). Long roads and tall mountains: The impact of motherhood on the recovery and health of domestic abuse survivors. *Health Care for Women International*, 23(5), 442-449. doi:10.1080/073993302760190047
- Carrillo, P. V. y Herranz, J. S. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*, 7(3), 431-458.
- Carroll, J. L. y Shmidt, J. L. (1992). Correlation between humorous coping style and health. *Psychological Reports*, 70(2) doi:10.2466/PR0.70.2.402-402
- Cascardi, M. y O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7(4), 249-259. doi:10.1007/BF00994617
- Cattaneo, L. B. y Chapman, A. (2010). The process of empowerment: A model for use in research and practice. *American Psychologist*, 65(7), 646-659. doi:10.1037/a0018854
- Cattell, R. (1966). The Scree Test for the number of factors. *Multivariate Behavior Research*, 1(2), 245. doi: 10.1207/s15327906mbr0102_10
- Cavanaugh, C. E., Messing, J. T., Petras, H., Fowler, B., La Flair, L., Kub, J., ... Campbell, J. C. (2012). Patterns of violence against women: A latent class analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 169-176. doi:10.1037/a0023314
- Centro Reina Sofía. (2006). *II informe internacional sobre violencia contra la mujer en las relaciones de pareja*. Recuperado el 03 de junio de 2013 en http://www.unajauladeoro.com/cd/informes/Informe_violencia_contra_la_mujer_en_las_relaciones_de_par.pdf
- Centro Reina Sofía. (2010). *III informe internacional sobre violencia contra la mujer en las relaciones de pareja*. Recuperado el 03 de junio de 2013 en <http://www.fundacionluisvives.org/upload/88/18/informe.pdf>
- Champion, T., Gander, C., Camacho, O., Phibbs, P., Crabtree, L. y Kirkby, M. (2009). *The impact of housing on the lives of women and children: Post domestic violence crisis accommodation*. Sydney: NSW Women's Refuge Movement and UWS Urban Research Centre.

- Chang, J., Dado, D., Hawker, L., Cluss, P., Buranosky, R., Slagel, L.,... Scholle, S. (2010). Understanding turning points in intimate partner violence: Factors and circumstances leading women victims toward change. *Journal of Women's Health, 19*(2), 251-259. doi:10.1089/jwh.2009.1568
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd Ed., pp. 509-535). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chong, D. (2000). *The girl in the picture: The Kim Phuc story*. Canada: Penguin.
- Christie, C. (2000). *Gender and language: Towards a feminist pragmatics*. Edinburgh, Scotland: Edinburgh UP.
- Chronister, K. M. y McWhirter, E. H. (2003). Applying social cognitive career theory to the empowerment of battered women. *Journal of Counseling & Development, 81*(4), 418-425. doi:10.1002/j.1556-6678.2003.tb00268.x
- Churui, L., Yongxin, L. y Yu, H. (2004). A research on the moderation effects of social support. *Psychological Science (China), 27*(5), 1116-1119.
- Cicchetti, D. (2004). An odyssey of discovery: Lessons learned through three decades of research on child maltreatment. *American Psychologist, 59*(8), 731-741. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.731
- Cicchetti, D. y Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology, 9*(4), 797-815. doi:10.1017/S0954579497001442
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M. y Holt, K. D. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology, 5*(4), 629-647. doi: 10.1017/S0954579400006209
- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1991). The making of a developmentalpsychopathologist. En J. Cantor, C. Spiker y L. Lipsitt (Ed.), *Child behavior and development: Training for diversity* (pp. 34-72). Norwood: Ablex.
- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1992). The role of developmental theory in prevention and intervention. *Development and Psychopathology, 4*(4), 489-489. doi:10.1017/S0954579400004831
- Clark, A. H. y Foy, D. W. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women, 6*(1), 37-48. doi:10.1177/10778010022181697

- Clauss-Ehlers, C. (2008). Sociocultural factors, resilience, and coping: Support for a culturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology, 29*(3), 197-212. doi:10.1016/j.appdev.2008.02.004
- Clements, C. M., Sabourin, C. M. y Spiby, L. (2004). Dysphoria and hopelessness following battering: The role of perceived control, coping, and self-esteem. *Journal of Family Violence, 19*(1), 25-36. doi:10.1023/B:JOFV.0000011580.63593.96
- Clements, C. M. y Sawhney, D. K. (2000). Coping with domestic violence: Control attributions, dysphoria, and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 219-240. doi:10.1023/A:1007702626960
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. y Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 895-903. doi:10.1002/jts.20171
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2^a Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S. y Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology, 13*(2), 99-125. doi:10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x
- Coker, A., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M. y Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine, 23*(4), 260. doi:10.1016/S0749-3797(02)00514-7
- Coker, A., Smith, P. H., Thompson, M. P., Mckeown, R. E., Bethea, L. y Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 11*(5), 465-476. doi:10.1089/15246090260137644
- Coker, A., Watkins, K., Smith, P. y Brandt, H. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Preventive Medicine, 37*(3), 259-267. doi:10.1016/S0091-7435(03)00122-1
- Coleman, K. H. (1980). *Conjugal violence: What 33 men report*. US: American Assn for Marriage & Family Therapy. doi:10.1111/j.1752-0606.1980.tb01307.x
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. y Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect: The International Journal, 31*(3), 211-229. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.004

- Colombini M., Mayhew S., Hawa Ali S., Shuib R. y Watts C. (2013). "I feel it is not enough..." Health providers' perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-11. doi:10.1186/1472-6963-13-65
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi: 10.5539/ass.v5n11p39
- Connor, K., Davidson, J. y Lee, L. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 487-494. doi: 10.1023/A:1025762512279
- Constantino, R., Kim, Y. y Crane, P. A. (2005). Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: A pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 575-590. doi:10.1080/01612840590959416
- Costa P. y McCrae R. (1998). Trait theories of personality. En: D.F. Barone, M. Hersen y V.B. VanHasselt (Eds.), *Advanced personality*. (pp. 103-121) Nueva York: Plenum.
- Coutu, D. L. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review*, 80(5), 46-55.
- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., Kim, J. Y., Fagen, D. B. y Magnus, K.B. (1997). Follow-up study of young stress-affected & stress-resilient urban children. *Development and Psychopathology*, 9, 564-577. doi: 10.1017/S0954579497001326
- Craig, R. J. (2005). *New directions in interpreting the millon™ clinical multi-axial inventory-III (MCMI-III™)*. Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.
- Crandall, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs. En J. P. Robinson y P. Shaver (Eds.), *Measurements of social psychological attitudes* (pp. 45-167). Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.
- Crawford, E., Wright, M. y Masten, A. S. (2006). Resilience and spirituality in youth. En E.C. Roehlkepartain, P. E., King, L. Wagener. y P. L. Benson (Eds.), *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (pp. 355 - 370). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crespo, M., Fernández-Lansac, V. y Soberón, C. (2014). Adaptación española de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Psicología Conductual*, 22, 219-238.
- Cripe, S. M., Sanchez, S. E., Perales, M. T., Lam, N., Garcia, P. y Williams, M. A. (2008). Association of intimate partner physical and sexual violence with

- unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 100(2), 104-108. doi:10.1016/j.ijgo.2007.08.003
- Critelli, F. M. (2012). Voices of resistance seeking shelter services in Pakistan. *Violence Against Women*, 18(4), 437-458. doi:10.1177/1077801212452104
- Curbow, B. y Somerfield, M. (1991). Use of the Rosenberg Self-esteem Scale with adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(2), 113-131. doi: 10.1300/J077v09n02_08
- Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal y Barnekow, V. (2004). *Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. Dinamarca: World Health Organization.
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos: La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- D'Ovidio, R. y Doyle, J. (2003). A study on cyberstalking: Understanding investigative hurdles. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 72(3), 10-17.
- Daigneault, I., Tourigny, M. y Cyr, M. (2004). Description of trauma and resilience in sexually abused adolescents: An integrated assessment. *Journal of Trauma Practice*, 3(2), 23-47. doi:10.1300/J189v03n02_02
- Davies, J. M., Lyon, E. y Monti-Catania, D. (1998). *Safety planning with battered women: Complex lives, difficult choices*. Thousand Oaks, CA: SAGE
- Davis, K. E., Frieze, I. H. y Maiuro, R. D. (2002). *Stalking: Perspectives on victims and perpetrators*. Nueva York: Springer Publishing Co.
- Davis, R. E. (2002). "The strongest women": Exploration of the inner resources of abused women. *Qualitative Health Research*, 12(9), 1248-1263. doi:10.1177/1049732302238248
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. y Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.003
- Dawn, J., Zlotnick, C. y Perez, S. (2011). Cognitive-Behavioral Treatment of PTSD in residents of battered women shelters: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542-551. doi: 10.1037/a0023822
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

- DeJonghe, E., Bogat G., Levendosky, A. y Eye A. (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *Journal of Postgraduate Medicine*, 54(4), 294-300. doi: 10.4103/0022-3859.41435
- DeKeseredy y Schwartz, (2001). Theoretical and definitional issues in violence against women. En C. M. Renzetti, J. L. Edleson y R. K. Bergen. (eds.), Sourcebook on violence against women (pp. 23-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Demaris, A. y Kaukinen, C. (2005). Violent victimization and women's mental and physical health: Evidence from a national sample. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 42(4), 384-411. doi:10.1177/0022427804271922
- Derogatis, L. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual-II*. (2nd Ed.). Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L., Lipman, R.S. y Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.
- Devries, K., Mak, J., Bacchus, L., Child, J., Falder, G., Petzold, M.,...Charlotte, C. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine*, 10(5), 1-11. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439
- DeWall, N. y Anderson, C. (2011). The General Aggression Model. En M. Mikulincer y P. R. Shaver (Eds.), *Understanding and reducing aggression, violence, and their consequences* (pp. 15-33). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L. y Kemeny, M. E. (2004). When the social self is threatened: Shame, physiology, and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1191-1216. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x
- Dienemann, J., Boyle, E., Baker, D., Resnick, W., Wiederhorn, N. y Campbell, J. (2000). Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(5), 499-513. doi:10.1080/01612840050044258
- Díez, S. U., Escutia, C. V., Pacheco, B. N., Martínez, M. S., Caracena, N. V. y Contreras, A. O. (2009). Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 9(3), 411-427.
- Dobash, R. E., Dobash, R. P., Cavanagh, K. y Medina-Ariza, J. (2007). *Lethal and nonlethal violence against an intimate female partner: Comparing male murderers to nonlethal abusers*. US: Sage Publications. doi:10.1177/1077801207299204

- Dole, S. (2014). Voices of resilience: Successful Jamaican women educators. *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, 8(3), 144-156.
- Dowrick, C., Kokanovic, R., Hegarty, K., Griffiths, F. y Gunn, J. (2008). Resilience and depression: Perspectives from primary care. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 12(4), 439-452. doi:10.1177/1363459308094419
- Drumm, R., Popescu, M., Cooper, L., Trecartin, S., Seifert, M., Foster, T. y Kilcher, C. (2013). "God just brought me through it": Spiritual coping strategies for resilience among intimate partner violence survivors. *Clinical Social Work Journal*, 42(4), 385-394. doi: 10.1007/s10615-013-0449-y
- Dude, A. (2007). Intimate partner violence and increased lifetime risk of sexually transmitted infection among women in Ukraine. *Studies in Family Planning*, 38(2), 89-100. doi:10.1111/j.1728-4465.2007.00120.x
- Dulicai, D. y Hill, E. S. (2007). Expressive movement. En L. L'Abate (Ed.), *Low-cost approaches to promote physical and mental health* (pp. 177-200). Nueva York: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/0-387-36899-X_9
- Dunham, K. y Senn, C. Y. (2000). *Minimizing negative experiences: Women's disclosure of partner abuse*. US: Sage Publications. doi:10.1177/088626000015003002
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G. y Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: Efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 1-8. doi:10.1016/j.amepre.2004.09.003
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H. y O'Neal, H. A. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(6), S587-S597. doi:10.1097/00005768-200106001-00027
- Dunn, D. L. (1995). *Resilient reintegration of married women with dependent children: Employed and unemployed*. ProQuest Information & Learning. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 55(10). (1995-95008-141).
- Dunn, L. B., Iglewicz, A. y Moutier, C. (2008). A conceptual model of medical student well-being: Promoting resilience and preventing burnout. *Academic Psychiatry*, 32(1), 44-53. doi:10.1176/appi.ap.32.1.44
- Dutton, M. A. (1993). Understanding women's responses to domestic violence: A redefinition of battered woman syndrome. *Hofstra Law Review*, 21(4), 1191-1242.

- Dutton, M. A., Burghardt, K. J., Perrin, S. G., Chrestman, K. R. y Halle, P. M. (1994). Battered women's cognitive schemata. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 237-255. doi:10.1002/jts.2490070206
- Dutton, M.A., Goodman, L. y Bennett, L. (2001). Court-involved battered women's responses to violence: The role of psychological, physical, and sexual abuse. En K. D. O'Leary y R. D. Maiuro (Eds.), *Psychological Abuse in Violent Domestic Relations* (pp. 177-196). Nueva York: Springer Publishing.
- Dutton, M. A. y Painter, S. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered and other relationships of intermittent abuse. *Victimology*, 6, 139-155.
- Dutton, D. G. y Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4), 614. doi: 10.1037/h0079474
- Dutton, D. G. y Starzomski, A. J. (1993). *Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse*. US: Springer Publishing.
- Dutton, M. A. (1996). Battered women's strategic response to violence: The role of context. En J. L. Edleson y Z. C. Eisikovits (Eds.), *Future interventions with battered women and their families* (pp. 105-124). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A. y Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(7), 955-968. doi:10.1177/0886260506289178
- Dutton, M. A., Kaltman, S., Goodman, L. A., Weinfurt, K. y Vankos, N. (2005). *Patterns of intimate partner violence: Correlates and outcomes*. US: Springer Publishing. doi:10.1891/vivi.2005.20.5.483
- Echeburúa, E. (2004). Tratamiento con el agresor doméstico. En J. Sanmartín (Ed). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación De Conducta*, 24(96), 527-555.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: Variables relevantes. *Acción Psicológica*, 1(2), 135-150.

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997b). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1997a). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23(90), 503-526.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 71-175). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 5-20.
- Echeburúa, E. Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2014). Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(10), 1783–1801. doi: 10.1177/0886260513511703
- Efklides, A. (2008). Metacognition: Defining its facets and levels of functioning in relation to self- and co-regulation. *European Psychologist*, 13(4), 277–287. doi: 10.1027/1016-9040.13.4.277
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Ehrensaft, M., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. y Johnson, J. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 741–753. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.741
- Elder, G. H. y Conger, R. D. (2000). *Children of the land: Adversity and success in rural america. studies on successful adolescent development*. US: The University of Chicago Press.
- Elizur, Y. y Ziv, M. (2001). Family support and acceptance, gay male identity formation, and psychological adjustment: a path model. *Family Process*, 40(2):125-144. doi: 10.1111/j.1545-5300.2001.4020100125.x
- Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H. y García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO

- multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *Lancet*, 371(9619), 1165-1172. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60522-X
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J. y Winkvist, A. (2000). Candies in hell: Women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 51(11), 1595-1610. doi:10.1016/S0277-9536(00)00056-3
- Emmons, R. A. y Crumpler, C. A. (2000). Gratitude as a human strength: Appraising the evidence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 56-69. doi:10.1521/jscp.2000.19.1.56
- Enander, V. y Holmberg, C. (2008). *Why does she leave? The leaving process(es) of battered women*. United Kingdom: Taylor & Francis. doi:10.1080/07399330801913802
- Enkhtor, D. (2012). Intimate partner violence and depressive symptoms: A moderated mediation model of religious coping and spiritual well-being in african american women (Tesis doctoral). Georgia State University, Georgia.
- Epstein, C. F. (2007). Great divides: The cultural, cognitive, and social bases of the global subordination of women. *American Sociological Review*, 72(1), 1-22. doi:10.1177/000312240707200101
- European Commission. (1999). *Europeans and their views on domestic violence against women. Eurobarometer 51.0*. Bruselas, Bélgica: Author.
- Fals-Stewart, W. (2003). The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: A longitudinal diary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 41-52. doi:10.1037/0022-006X.71.1.41
- Fan, X. y Sivo, S.A. (2007). Sensivity of fit indices to model misspecification and model types. *Multivariate Behavioural Research*, 42, 509-529. doi: 10.1080/00273170701382864.
- Farley, Y. R. (2007). Making the connection: Spirituality, trauma and resiliency. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 26(1), 1-15. doi:10.1300/J377v26n0101
- Fassnacht, C. y Woods, D. (2009). *Transana 2.40*. University of Wisconsin System: Wisconsin Center for Education Research.
- Feldman, C. M. y Ridley, C. A. (2000). *The role of conflict-based communication responses and outcomes in male domestic violence toward female partners*. US: Sage Publications. doi:10.1177/0265407500174005

- Felson, R. B., Burchfield, K. B. y Teasdale, B. (2007). *The impact of alcohol on different types of violent incidents*. US: Sage Publications. doi:10.1177/0093854807299651
- Fergus, S., y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357
- Fernández Santiago, P. (2007). *Violencia familiar: La visión de la mujer en casas de acogida*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Ferraro, K. J. (2006). *Neither angels nor demons: Women, crime, and victimization*. Lebanon: University Press of New England.
- Ferraro, K. J. y Johnson, J. M. (1983). *How women experience battering: The process of victimization*. US: University of California Press. doi:10.1525/sp.1983.30.3.03a00080
- Ferrer, V., Bosch, E., Ramis, M.C., Torres, G. y Navarro, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: Creencias y actitudes en estudiantes universitarias/os. *Psicothema*, 18(3), 359-366.
- Filbert, K. y Flynn, R. (2010). Developmental and cultural assets and resilient outcomes in First Nations young people in care: An initial test of an explanatory model. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 560–564. doi: 10.1016/j.chilyouth.2009.12.002
- Finn, J. y Banach, M. (2000). Victimization online: The downside of seeking services for women on the Internet. *Cyberpsychology and Behavior*, 3(5), 776-785. doi:10.1089/10949310050191764
- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114.
- Fisher, B., Cullen, F. y Turner, M. (2000). *The sexual victimization of college women*. Washington, DC: National Institute of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Fishman, P. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J. y Rivara, F. P. (2010). Changes in health care costs over time following the cessation of intimate partner violence. *Journal of General Internal Medicine*, 25(9), 920-925. doi:10.1007/s11606-010-1359-0
- Fite, J. E., Bates, J. E., Holtzworth-Munroe, A., Dodge, K. A., Nay, S. Y. y Pettit, G. S. (2008). Social information processing mediates the intergenerational transmission

- of aggressiveness in romantic relationships. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 367-376. doi:10.1037/0893-3200.22.3.367
- Flach, F. (1988). *Resilience: Discovering a new strength at times of stress*. Nueva York: Ballantine Books.
- Flach, F. (1990). Disorders of the pathways involved in the creative process. *Creativity Research Journal*, 3(2), 158-165. doi:10.1080/10400419009534349
- Flach, F. (1997). *How to bounce back when the going gets tough*. Nueva York: Hatherleigh Press.
- Fletcher, D. y Fletcher, J. (2005). A meta-model of stress, emotions and performance: Conceptual foundations, theoretical framework, and research directions. *Journal of Sports Sciences*, 23, 157–158. doi: 10.1080/02640410512331334413
- Fletcher, D., Hanton, S. y Mellalieu, S.D. (2006). An organizational stress review: Conceptual and theor-etical issues in competitive sport. En S. Hanton y S.D. Mellalieu (Eds.), *Literature reviews in sport psychology* (pp. 321-374). Hauppauge, NY: Nova Science
- Fletcher, D. y Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. doi:10.1027/1016-9040/a000124
- Fletcher, D. y Scott, M. (2010). Psychological stress in sports coaches: A review of concepts, theory and research. *Journal of Sports Sciences*, 28(2), 127–137. doi: 10.1080/02640410903406208
- Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research*. (5th ed.). London: Sage.
- Flicker, S. M., Cerulli, C., Swogger, M. T. y Talbot, N. L. (2012). Depressive and posttraumatic symptoms among women seeking protection orders against intimate partners: Relations to coping strategies and perceived responses to abuse disclosure. *Violence Against Women*, 18(4), 420-436. doi:10.1177/1077801212448897
- Flinck, A., Paavilainen, E. y Åstedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 383-393. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01073.x
- Foa, E. B., Cascadi, M., Zoellner, L. A. y Feeny, N. C. (2000). Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 1(1), 67-91. doi:10.1177/1524838000001001005

- Folkman, S. y Lazarus, R. (1986). Estrés y procesos cognitivos. *Barcelona: Martinez-Roca,*
- Follette, V. M. y Vijay, A. (2009). Mindfulness for trauma and posttraumatic stress disorder. En F. Didonna (Ed.), (pp. 299-317). Nueva York: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-0-387-09593-6_17
- Follingstad, D. (2009). The impact of psychological aggression on women's mental health and behavior. The Status of the Field. *Trauma, Violence, & Abuse, 10*(3), 271-289. doi: 10.1177/1524838009334453
- Follingstad, D., Bradley, R. G., Helff, C. M. y Laughlin, J. E. (2002). *A model for predicting dating violence: Anxious attachment, angry temperament and need for relationship control.* US: Springer Publishing. doi:10.1891/vivi.17.1.35.33639
- Follingstad, D., Neckerman, A. P. y Vormbrock, J. (1988). Reactions to victimization and coping strategies of battered women: The ties that bind. *Clinical Psychology Review, 8*(4), 373-390. doi: 10.1016/0272-7358(88)90065-7
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J. y Paz, D. (2005). *Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres.* España: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Fonzi, A. y Menesini, E. (2005). Strategie di coping e caratteristiche di resilienza in adolescenza. *Psicologia Clinica dello Sviluppo, 3,* 437-456. doi: 10.1449/21190
- Ford-Gilboe, M., Wuest, J., Varcoe, C., Davies, L., Merritt-Gray, M., Campbell, J. y Wilk, P. (2009). Modelling the effects of intimate partner violence and access to resources on women's health in the early years after leaving an abusive partner. *Social Science & Medicine, 68*(6), 1021-1029. doi:10.1016/j.socscimed.2009.01.003
- Foster-Fishman, P., Salem, D. A., Chibnall, S., Legler, R. y Yapchai, C. (1998). Empirical support for the critical assumptions of empowerment theory. *American Journal of Community Psychology, 26*(4), 507-536. doi:10.1023/A:1022188805083
- Fountoulakis, K. N., Leucht, S. y Kaprinis, G. S. (2008). Personality disorders and violence. *Current Opinion in Psychiatry, 21*(1), 84-92. doi:10.1097/YCO.0b013e3282f31137
- Fowler, K. A. y Westen, D. (2011). *Subtyping male perpetrators of intimate partner violence* doi: 10.1177/0886260510365853
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist, 91*(4), 330-335. doi: 10.1511/2003.4.330

- Fredrickson, B. L. y Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & Emotion*, *19*(3), 313-332. doi: 10.1080/02699930441000238
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E. y Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the united states on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(2), 365-376. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.365
- Friborg, O., Barlang, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H. y Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of methods in Psychiatric Research*, *14*(1), 29-42.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H. y Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*(2), 65-76. doi: 10.1002/mpr.143
- Friedman, M. J. (2000). *Post-traumatic stress disorder: The latest assessment and treatment strategies*. Kansas: Compact Clinicals.
- Friesen, B. (2007). Recovery and resilience in children's mental health: Views from the field. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *31*(1), 38-48.
- Frost, D., Parsons, J. y Nanin, J. (2007). Stigma, concealment and symptoms of depression as explanations for sexually transmitted infections among gay men. *Journal of Health Psychology*, *12*(4), 636-640. doi: 10.1177/1359105307078170
- Fuhrer, R. y Stansfeld, S. A. (2002). How gender affects patterns of social relations and their impact on health: A comparison of one or multiple sources of support from 'close persons'. *Social Science & Medicine*, *54*(5), 811-825. doi:10.1016/S0277-9536(01)00111-3
- Galli, N. y Vealey, R. S. (2008). "Bouncing back" from adversity: Athletes' experiences of resilience. *Sport Psychologist*, *22*(3), 316-335.
- García, V. y McManimon, P. (2011), *Gendered justice: Intimate partner violence and the criminal justice system*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- García-Linares, M., Pico-Alfonso, M., Sánchez-Lorente, S., Savall-Rodrigue, F., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C. y Martínez, M. (2005). Assessing physical, sexual, and psychological violence perpetrated by intimate male partners toward women: A

- Spanish cross-sectional study. *Violence and Victims*, 20(1), 99-122. doi:10.1891/vivi.2005.20.1.99
- García-Linares, M., Sánchez-Lorente, S., Coe, C. L. y Martínez, M. (2004). Intimate male partner violence impairs immune control over herpes simplex virus type 1 in physically and psychologically abused women. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 965-972. doi:10.1097/01.psy.0000145820.90041.c0
- García-Moreno, C. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Genova: Organización Mundial de la Salud.
- Gardner, D. G. y Pierce, J. L. (2013). Focus of attention at work and organization-based self-esteem. *Journal of Managerial Psychology*, 28(2), 110-132. doi:10.1108/02683941311300243
- Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41(1), 101-116. doi:10.1111/j.1939-0025.1971.tb01111.x
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 159-174. doi:10.1111/j.1939-0025.1987.tb03526.x
- Garnezy, N. (1991a). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20(9), 459. doi: 10.3928/0090-4481-19910901-05
- Garnezy, N. (1991b). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430. doi:10.1177/0002764291034004003
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 127-136.
- Garnezy, N. y Masten, A. S. (1986). Stress, competence, and resilience: Common frontiers for therapist and psychopathologist. *Behavior Therapy*, 17(5), 500-521. doi:10.1016/S0005-7894(86)80091-0
- Garnezy, N., Masten, A. S. y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111. doi: 10.2307/1129837

- Garnezy, N. y Rodnick, E. H. (1959). Premorbid adjustment and performance in schizophrenia: Implications for interpreting heterogeneity in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129, 450-466. doi:10.1097/00005053-195911000-00006
- Garnezy, N. y Streitman, S. (1974). Children at risk: Conceptual model and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 55-125.
- Gaylord-Harden, N., Ragsdale, B. L., Mandara, J., Richards, M. H. y Petersen, A. C. (2007). Perceived support and internalizing symptoms in African American adolescents: Self-esteem and ethnic identity as mediators. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(1), 77-88. doi:10.1007/s10964-006-9115-9
- Gelles, R. J. (1985). Family violence. *Annual Review of Sociology*, 11, 347-367.
- Gengler, A. M. (2012). Defying (dis)empowerment in a battered women's shelter: Moral rhetorics, intersectionality, and processes of control and resistance. *Social Problems*, 59(4), 501-521. doi:10.1525/sp.2012.59.4.501
- Gerber, M. R., Wittenberg, E., Ganz, M. L., Williams, C. M. y McCloskey, L. A. (2008). Intimate partner violence exposure and change in Women's physical symptoms over time. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 64-69. doi:10.1007/s11606-007-0463-2
- Gil-González, D., Vives-Cases, C., Ruiz, M. T., Carrasco-Portiño, M. y Álvarez-Dardet, C. (2008). Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Public Health*, 30(1), 14-22. doi:10.1093/pubmed/fdm071
- Giles, J. y Curren, H. (2007). Phases of growth for abused New Zealand women. A comparison with other studies. *Affilia*, 22(4), 371-384. doi:10.1177/0886109907306310
- Gillum, T. L., Sullivan, C. M. y Bybee, D. I. (2006). The importance of spirituality in the lives of domestic violence survivors. *Violence Against Women*, 12(3), 240-250. doi:10.1177/1077801206286224
- Girtler, N., Casari, E., Brugnolo, A., Cutolo, M., Dessi, B., Guasco, S.,...De Carli, F. (2010). Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: A perspective to rheumatic diseases. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28(5), 669-78.
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

- Gleason, W. J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims*, 8(1), 53-68.
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B., ... López, W. L. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 763-775. doi:10.1037/0022-3514.79.5.763
- Glick, P., Lameiras, M. y Castro, Y. R. (2002). *Education and catholic religiosity as predictors of hostile and benevolent sexism toward women and men*. Germany: Springer. doi:10.1023/A:1021696209949
- Go, V. F., Sethulakshmi, C. J., Bentley, M. E., Sivaram, S., Srikrishnan, A. K., Solomon, S. y Celentano, D. D. (2003). When HIV-prevention messages and gender norms clash: The impact of domestic violence on women's HIV risk in slums of Chennai, India. *AIDS and Behavior*, 7(3), 263-272. doi:10.1023/A:1025443719490
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132. doi:10.1023/A:1022079418229
- Goldstein, S. y Brooks, R. B. (2005). Why study resilience? En S. Goldstein y R. B. Brooks (Eds.), (pp. 3-15). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. doi:10.1007/0-306-48572-9_1
- Gómez, A. y Speizer, I. (2009). Intersections between childhood abuse and adult intimate partner violence among Ecuadorian women. *Maternal & Child Health Journal*, 13(4), 559-566. doi:10.1007/s10995-008-0387-4
- González Arratia, L. F. N. I. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Good, G. E., Robertson, J. M., O'Neil, J. M., Fitzgerald, L. F., Stevens, M., DeBord, K. A., ... Braverman, D. G. (1995). Male gender role conflict: Psychometric issues and relations to psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 3-10. doi:10.1037/0022-0167.42.1.3
- Good, M., Willoughby, T. y Busseri, M. (2011). Stability and Change in Adolescent Spirituality/Religiosity: A Person-Centered Approach. *Developmental Psychology*, 47(2), 538 –550. doi: 10.1037/a0021270

- Goodman, L., Dutton, M. A., Vankos, N. y Weinfurt, K. (2005). Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence Against Women, 11*(3), 311-336. doi:10.1177/1077801204273297
- Goodman, L., Dutton, M. A., Weinfurt, K. y Cook, S. (2003). *The intimate partner violence strategies index: Development and application*. US: Sage Publications. doi:10.1177/1077801202239004
- Gordon, K., Ingersoll, G. y Orr, D. (1997). Longitudinal health endangering behavior risk among resilient and nonresilient early adolescents. *Adolescent Health, 23*(5), 297-302. doi: 10.1016/S1054-139X(98)00019-6
- Graham, D. y Rawlings, E. I. (1991). Bonding with abusive dating partners: Dynamics of Stockholm syndrome. En L. Barrie (Ed.), *Dating violence: Young women in danger* (pp. 119-135). Seattle: Seal Press Seattle, WA.
- Graham-Bermann, S., DeVoe, E. R., Mattis, J. S., Lynch, S. y Thomas, S. A. (2006). Ecological predictors of traumatic stress symptoms in Caucasian and ethnic minority children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women, 12*(7), 663-692. doi:10.1177/1077801206290216
- Graham-Bermann, S., Sularz, A. R. y Howell, K. H. (2011). Additional adverse events among women exposed to intimate partner violence: Frequency and impact. *Psychology of Violence, 1*(2), 136-149. doi:10.1037/a0022975
- Gray, G. (2012). Resilience in Cambodia: Hearing the voices of trafficking survivors and their helpers (Tesis doctoral). George Fox University, Oregon.
- Green, B. L., Wilson, J. P. y Lindy, J. D. (1985). Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework. *Trauma and its Wake, 1*, 53-69.
- Greene, R.R. y Conrad, A.P. (2002). Basics assumptions and terms. En R. Greene (Ed.), *Resiliency. An integrated approach to practice, policy and research* (pp. 29-62). Washington, DC.: NASW Press.
- Greve, W. y Staudinger, U. M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*. (pp. 796-840). Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Griffin, M. G., Resick, P. A. y Yehuda, R. (2005). Enhanced cortisol suppression following dexamethasone administration in domestic violence survivors. *American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1192-1199. doi:10.1176/appi.ajp.162.6.1192
- Griffing, S., Ragin, D. F., Morrison, S. M., Sage, R. E., Madry, L. y Primm, B. J. (2005). Reasons for returning to abusive relationships: Effects of prior

- victimization. *Journal of Family Violence*, 20(5), 341-348. doi:10.1007/s10896-005-6611-8
- Griffing, S., Ragin, D. F., Sage, R. E., Madry, L., Bingham, L. E. y Primm, B. J. (2002). Domestic violence survivors' self-identified reasons for returning to abusive relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(3), 306-319. doi:10.1177/0886260502017003005
- Griffiths, F., Boardman, F., Chondros, P., Dowrick, C., Densley, K., Hegarty, K. y Gunn, J. (2015). The effect of strategies of personal resilience on depression recovery in an Australian cohort: a mixed methods study. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 19(1), 86-106. doi: 10.1177/1363459314539774
- Grimaldo, M. (2004). Niveles de optimismo en un grupo de estudiantes de una Universidad particular de la ciudad de Lima. *Revista de Psicología*, 10, 96-102.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague, The Netherlands: Bernard van leer foundation.
- Grotberg, E. (1996). Promoviendo la resiliencia en niños: Reflexiones y estrategias. En M. Kotliarenco y C. Álvarez (Eds.), *Centro de estudios y atención del niño y la mujer*. (pp. 35-48). Santiago de Chile: CEANIM.
- Grotberg, E. (1999). *Tapping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything*. Oakland: New Harbinger.
- Grotberg, E. (2000). The international resilience research project. En A. L. Comunian y U. P. Gielen (Eds.), *International perspectives on human development*. (pp. 379-399). Lengerich Germany: Pabst Science Publishers.
- Grotberg, E. (2003). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Gu, Q. y Day, C. (2007). Teachers resilience: A necessary condition for effectiveness. *Teaching and Teacher Education: An International Journal of Research and Studies*, 23(8), 1302-1316. doi: 10.1016/j.tate.2006.06.006
- Hadeed, L. y El-Bassel, N. (2006). Social support among Afro- Trinidadian women experiencing intimate partner violence. *Violence Against Women*, 12(8), 740-760. doi:10.1177/1077801206291562
- Häggblom, A. M. y Möller, A. R. (2007). Fighting for survival and escape from violence: Interviews with battered women. *International Journal of Qualitative*

- Studies on Health and Well-being*, 2(3), 169-178.
doi:10.1080/17482620701296259
- Haglund, M., Nestadt, P., Cooper, N., Southwick, S. y Charney, D. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Development and Psychopathology*, 19(3), 889-920. doi: 10.1017/S0954579407000430
- Haj-Yahia, M. y Eldar-Avidan, D. (2001). Formerly battered women: A qualitative study of their experiences in making a decision to divorce and carrying it out. *Journal of Divorce & Remarriage*, 36(1), 37-65. doi:10.1300/J087v36n01_03
- Hakimi, M., Hayati, E., Marlinawati, V., Winkvist, A. y Ellsberg, M. (2001). *Silence for the sake of harmony: Domestic violence and women's health in central java, Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University.
- Hamel, G. y Valikangas, L. (2003). The quest for resilience. *Harvard Business Review*, 81(9), 52-63.
- Hamill, S. (2003). Resilience and self-efficacy: The importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. *Colgate University Journal of the Sciences*, 35, 115-125.
- Hammermeister, J., Flint, M., El-Alayli, A., Ridnour, H. y Peterson, M. (2005). Gender differences in spiritual well-being: are females more spiritually-well than males? *American Journal of Health Studies*, 20(1-2), 80-84.
- Harris, A. H. S., Cronkite, R. y Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 79-85. doi:10.1016/j.jad.2006.02.013
- Hassmén, P., Koivula, N. y Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 30(1), 17-25. doi:10.1006/pmed.1999.0597
- Hassouneh-Phillips, D. (2003). Strength and vulnerability: Spirituality in abused American Muslim women's lives. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(6), 681-694. doi:10.1080/01612840305324
- Hathaway, J. C. y McKinley, S. R. (1942). A multiphasic personality schedule (Minnesota) III. The measurement of symptomatic depression. *Journal of Psychology*, 14(1), 73-84. doi: 10.1080/00223980.1942.9917111

- Hathaway, J. E., Mucci, L. A., Silverman, J. G., Brooks, D. R., Mathews, R. y Pavlos, C. A. (2000). Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 302-307. doi:10.1016/S0749-3797(00)00236-1
- Hayati, E.N., Eriksson, M., Hakimi, M., Högberg, U., & Emmelin, M. (2013). 'Elastic band strategy': Women's lived experiences of coping with domestic violence in rural Indonesia. *Glob Health Action*, 2(6), 1-12. doi: 10.3402/gha.v6i0.18894
- Heckhausen, J. (2001). Adaptation and resilience in midlife. En M. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development. Wiley series on adulthood and aging*. (pp. 345-391). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102(2), 284-304. doi: 10.1037/0033-295X.102.2.284
- Hedin, L. W., Grimstad, H., Möller, A., Schei, B. y Janson, P. O. (1999). Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 78(4), 310-315. doi:10.1034/j.1600-0412.1999.780407.x
- Hegarty, K., Gunn, J., Chondros, P. y Small, R. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: Descriptive, cross sectional survey. *British Medical Journal (International Edition)*, 328(7440), 621-624. doi:10.1136/bmj.328.7440.621
- Heise, L., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). *Ending violence against women (population reports, series L, no 11)*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg y J. A. Mercy (Eds.), *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp. 95-124). Washington DC: Organización Mundial de la Salud.
- Hellmuth, J., Gordon, K. Moore, T. y Stuart, G. (2014). The moderating effect of women's alcohol misuse on the relationship between intimate partner violence victimization and postpartum depression. *The American Journal on Addictions*, 23(6), 613–615. doi: 10.1111/j.1521-0391.2014.12137.x
- Helweg-Larsen, K. y Kruse, M. (2003). Violence against women and consequent health problems: A register-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(1), 51-57. doi:10.1080/14034940210133708

- Henderson, A. J. Z., Bartholomew, K. y Dutton, D. G. (1997). He loves me; he loves me not: Attachment and separation resolution of abused women. *Journal of Family Violence, 12*(2), 169-191. doi:10.1023/A:1022836711637
- Henning, K. y Klesges, L. M. (2003). Prevalence and characteristics of psychological abuse reported by court-involved battered women. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(8), 857-871. doi:10.1177/0886260503253878
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391. doi:10.1002/jts.2490050305
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror*. Nueva York: Basic Books.
- Hernández, R. P., Berná, F., Corbal, J. y Gras, R. M. L. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales De Psicología, 23*(1), 118-124.
- Hernández, R. P. y Gras, R. M. L. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales De Psicología, 21*(1), 11-17.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B. y Yuen, T. (2011). What is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 258-65.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: Post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research & Therapy, 35*(3), 191-203. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00090-3
- Hien, D. y Ruglass, L. (2009). Interpersonal partner violence and women in the United States: An overview of prevalence rates, psychiatric correlates and consequences and barriers to help seeking. *International Journal of Law and Psychiatry, 32*(1), 48-55. doi:10.1016/j.ijlp.2008.11.003
- Hilbert, J. C. y Hilbert, H. C. (1984). Battered women leaving shelter: Which way do they go? A discriminant function analysis. *Journal of Applied Social Sciences, 8*(2), 291-297.
- Hildyard, K. y D. Wolfe. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse and Neglect 26*(6-7), 679-695. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00341-1
- Hines, D. y Malley-Morrison, K. (2005). Elder maltreatment. En N. J. Salkind, (Ed.), *Encyclopedia of human development* (pp. 445-447). Thousand Oaks: SAGE Publications,

- Hjemdal, O., Friborg, O. y Fossion, P. (2011). The Resilience Scale for Adults: Construct validity and measurement in a Belgian sample. *International Journal of Testing*, 11(1), 53–70. doi: 10.1080/15305058.2010.508570
- Hobfoll, S. E., Bansal, A., Schurg, R., Young, S., Pierce, C. A., Hobfoll, I. y Johnson, R. (2002). The impact of perceived child physical and sexual abuse history on Native American women's psychological well-being and AIDS risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 252-257. doi:10.1037//0022-006X.70.1.252
- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A. y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi: 10.1037/a0018555.
- Hoge, E. A., Austin, E. D. y Pollack, M. H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 24(2), 139-152. doi:10.1002/da.20175
- Holahan, C. J., Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. (pp. 24-43). Oxford England: John Wiley & Sons.
- Hollnagel, E., Woods, D. D. y Leveson, N. (2006). *Resilience engineering: Concepts and precepts*. England: Ashgate Pub Co.
- Holmes, D., Alpers, G. W., Ismailji, T., Classen, C., Wales, T., Cheasty, V., ... Koopman, C. (2007). Cognitive and emotional processing in narratives of women abused by intimate partners. *Violence Against Women*, 13(11), 1192-1205. doi:10.1177/1077801207307801
- Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3), 476-497. doi: 10.1037//0033-2909.116.3.476
- Hotton, T. (2001). Spousal violence after marital separation. *Juristat*, 21(7), 1-19.
- Hou, W., Ko, N. y Shu, B. (2013). Recovery experiences of Taiwanese women after terminating abusive relationships: A phenomenology study. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(1), 157-175. doi:10.1177/0886260512448851
- Houry, D., Kemball, R., Rhodes, K. V. y Kaslow, N. J. (2006). Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. *The*

- American Journal of Emergency Medicine*, 24(4), 444-450.
doi:10.1016/j.ajem.2005.12.026
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Humphreys, J. (2000). Spirituality and distress in sheltered battered women. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(3), 273-278. doi:10.1111/j.1547-5069.2000.00273.x
- Humphreys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 137-152. doi:10.1080/01612840305293
- Ibañez, M. (2003). *Violencia doméstica en Euskadi: Malos tratos a la mujer. Acercamiento al proceso de la violencia doméstica y teorías explicativas de la violencia doméstica*. Vitoria: Eusko-Jaurilaritza. Gobierno Vasco.
- Ingram, E. (2007). A comparison of help seeking between Latino and non-Latino victims of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 13(2), 159-171. doi: 10.1177/1077801206296981
- Instituto de la Mujer. (2008). Denuncias por malos tratos producidas por el cónyuge o análogo. Año 2007. *Madrid: Instituto De La Mujer*,
- Instituto de la Mujer. (2012). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la IV Macroencuesta*. Madrid: Autor.
- Iverson, K., Gradus, J., Resick, P., Suvak, M., Smith, K. y Monson, C. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 193-202. doi: 10.1037/a0022512
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34.
- Janoff-Bulman, R. (2010). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Nueva York: Simon and Schuster.
- Janoff-Bulman, R. y Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 1-17. doi:10.1111/j.1540-4560.1983.tb00138.x
- Jaramillo-Vélez, D., Ospina-Muñoz, D., Cabarcas-Iglesias, G. y Humphreys, J. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Revista de Salud Pública*, 7, 281-292.

- Jasinski, J. L. (2001). Theoretical explanations for violence against women. En C. M. Renzetti, J. L. Edleson y R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women*. (pp. 5-21). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Jewkes, R., Penn-Kekana, L., Levin, J., Ratsaka, M. y Schrieber, M. (1999). *He must give me money, he mustn't beat me: Violence against women in three South African provinces*. Pretoria: Medical Research Council.
- Johnson, B. (2008). Teacher-student relationships which promote resilience at school: A micro-level analysis of students' views. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(4), 385-398. doi:10.1080/03069880802364528
- Johnson, D. M., Worell, J. y Chandler, R. K. (2005). Assessing psychological health and empowerment in women: The personal progress scale revised. *Women & Health*, 41(1), 109-129. doi:10.1300/J013v41n01_07
- Johnson, D. M. y Zlotnick, C. (2006). A cognitive-behavioral treatment for battered women with PTSD in shelters: Findings from a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 559-564. doi: 10.1002/jts.20148
- Johnson, D. M. y Zlotnick, C. (2007). Utilization of mental health treatment and other services in sheltered battered women. *Psychiatric Services*, 58(12), 1595-1597. doi: 10.1176/appi.ps.58.12.1595
- Johnson, D. M. y Zlotnick, C. (2009). HOPE for battered women with PTSD in domestic violence shelters. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 234-241. doi:10.1037/a0012519
- Johnson, D. M., Zlotnick, C. y Perez, S. (2011). Cognitive-behavioral treatment of PTSD in residents of battered women shelters: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542-551. doi: 10.1037/a0023822.
- Johnson, H. y Hotton, T. (2003). Losing control: Homicide risk in estranged and intact intimate relationships. *Homicide Studies: An Interdisciplinary & International Journal*, 7(1), 58-84. doi:10.1177/1088767902239243
- Johnson, I. M. (1992). Economic, situational, and psychological correlates of the decision-making process of battered women. *Families in Society*, 73(3), 168-176.
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage & Family*, 57(2), 283-294.

- Jones, L., Hughes, M. y Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(2), 99-119. doi:10.1177/1524838001002002001
- Jones, S., Davidson, W. S., II, Bogat, G. A., Levendosky, A. y von Eye, A. (2005). Validation of the subtle and overt psychological abuse scale: An examination of construct validity. *Violence and Victims*, 20(4), 407-416. doi:10.1891/vivi.2005.20.4.407
- Jong-Wook, L. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Jordan, C., Campbell, R. y Follingstad, D. (2010). Violence and women's mental health: The impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 607-28. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-090209-151437.
- Josefsson, T., Larsman, P., Broberg, A., & Lundh, L-G. (2011). Self-reported mindfulness mediates the relation between meditation experience and psychological well-being. *Mindfulness*, 2(1), 49-58. doi: 10.1007/s12671-011-0042-9
- Joseph, S. y Linley, P.A. (2006). Growth following adversity: theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1041-1053. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.006
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (2006). LISREL 8.8 for Windows [Software de cómputo]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Jowkar, B., Friborg, O. y Hjemdal, O. (2010). Cross-cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 418-425. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00794.x
- Jung, Y., E., Min, J., A., Shin, Y., Han, S., Lee, K., U. y Kim, T., S. (2012). The Korean version of the Connor-Davidson Resilience Scale: An extended validation. *Stress Health*, 28(4), 319-326. doi: 10.1002/smi.1436
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la ansiedad*. (3rd ed.). Barcelona: Editorial Kairós.

- Kalawaski, J. P. (2003). Y... ¿Dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 365-372.
- Kane, K. E. (2006). The phenomenology of meditation for female survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 12(5), 501-518. doi:10.1177/1077801206288177
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations*. (pp. 17-83). Nueva York: Plenum Publishers.
- Kash, K. M., Holland, J. C., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J., Ouellette-Kobasa, S. y Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology*, 14(11), 1621-1633.
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Meadows, L. A., Jacobs, D., Chance, S., Gibb, B.,... Phillips, K. (1998). Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 533-40. doi: 10.1037/0022-006X.66.3.533
- Kaysen, D., Dillworth, T. M., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M. E. y Resick, P. A. (2007). Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1272-1283. doi:10.1016/j.addbeh.2006.09.007
- Kearney, M. H. (2001). *Enduring love: A grounded formal theory of women's experience of domestic violence*. US: John Wiley & Sons. doi:10.1002/nur.1029
- Kelly, J. y Johnson, M. (2008). *Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions*. *Family Court Review*, 46(3), 476- 499. doi:10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x
- Kemp, A., Green, B. L., Hovanitz, C. y Rawlings, E. I. (1995). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 43-55. doi: 10.1177/088626095010001003
- Kemp, A., Rawlings, E. I. y Green, B. L. (2006). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4(1), 137-148. doi:10.1002/jts.2490040111
- Kerley, K., Xu, X., Sirisunyaluck, B. y Alley, J. (2010). Exposure to family violence in childhood and intimate partner perpetration or victimization in adulthood:

- Exploring intergenerational transmission in urban Thailand. *Journal of Family Violence*, 25(3), 337-347. doi: 10.1007/s10896-009-9295-7
- Kernis, M., Granneman, B. y Mathis, L. (1991). Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 80-84.
- Kernic, M., Holt, V. L., Stoner, J. A., Wolf, M. E. y Rivara, F. P. (2003). Resolution of depression among victims of intimate partner violence: Is cessation of violence enough? *Violence and Victims*, 18(2), 115-129. doi:10.1891/vivi.2003.18.2.115
- Kessler, R. C., Molnar, B. E., Feurer, I. D. y Appelbaum, M. (2001). Patterns and mental health predictors of domestic violence in the United States: Results from the national comorbidity survey. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 487-508. doi:10.1016/S0160-2527(01)00080-2
- Kim, S. y Esquivel, G. (2011). Adolescent spirituality and resilience: theory, research, and educational practices. *Psychology in the Schools*, 48(7), 755-765. doi: 10.1002/pits.20582
- Kirkwood, C. (1993). *Leaving abusive partners: From the scars of survival to the wisdom for change*. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. y Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352. doi:10.1037/0022-006X.71.2.339
- Ko, H. y Youn, C. (2011). Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 11(3), 267-274. doi:10.1111/j.1447-0594.2010.00680.xu
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. doi: 10.1037//0022-3514.37.1.1
- Koci, A., McFarlane, J., Cesario, S., Symes, L., Bianchi, A., Nava A.,...Zahed, H. (2014). Women's Functioning Following an Intervention for Partner Violence: New Knowledge for Clinical Practice from a 7-Year Study. *Issues in mental health nursing*, 35(10), 745-755. doi:10.3109/01612840.2014.901450
- Kocot, T. y Goodman, L. (2003). *The roles of coping and social support in battered women's mental health*. US: Sage Publications. doi:10.1177/1077801202250075

- Koenig, L., McGue, M. y Iacono, W. (2008). Stability and change in religiousness during emerging adulthood. *Developmental Psychology*, 44(2), 532–543. doi:10.1037/0012-1649.44.2.532.
- Kotliarenco, M. y Cáceres, I. (2011). *Estado del Arte en Resiliencia III* (en prensa). En Promoción de la Parentalidad Positiva: Estrategias Evaluación e Intervención Ecosistémicas.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I. y Foncilla, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Kovac, S. H., Klapow, J. C., Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. W. (2003). Differing symptoms of abused versus nonabused women in obstetric-gynecology settings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(3), 707-713. doi: 10.1067/mob.2003.193
- Kramer, A., Lorenzon, D. y Mueller, G. (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*, 14(1), 19-29. doi:10.1016/j.whi.2003.12.002
- Kranz, A. (2001). *Helpful or harmful? How innovative communication technology affects survivors of intimate violence*. Recuperado el 25 de marzo de 2015 en <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.208.7148&rep=rep1&type=pdf>
- Krebs, C., Breiding, M. J., Browne, A. y Warner, T. (2011). The association between different types of intimate partner violence experienced by women. *Journal of Family Violence*, 26(6), 487-500. doi:10.1007/s10896-011-9383-3
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. y Zwi, A. B. (2002). *The world report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kubany, E. S., Hill, E. E. y Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 81-91. doi:10.1023/A:1022019629803
- Kuiper, N. A., Grimshaw, M., Leite, C. y Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor*, 17(1/2), 135-168. doi:10.1515/humr.2004.002
- Kuiper, N. A. y McHale, N. (2009). Humor styles as mediators between self-evaluative standards and psychological well-being. *Journal of Psychology*, 143(4), 359-376. doi:10.3200/JRLP.143.4.359-376

- Kulkarni, S. (2006). Interpersonal violence at the crossroads between adolescence and adulthood: Learning about partner violence from young mothers. *Violence Against Women*, 12(2), 187-207. doi:10.1177/1077801205280933
- Kumar, S., Jayaseelan, L., Suresh, S. y Ahuja, R. C. (2005). Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 62–67. doi: 10.1192/bjp.187.1.62
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. En M. Glantz y J. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptation* (pp. 179-222). Nueva York: Plenum.
- Kuyken, W. y Brewin, C. R. (1999). The relation of early abuse to cognition and coping in depression. *Cognitive Therapy & Research*, 23(6), 665-677. doi:10.1023/A:1018793026132
- Labrador, F. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. y Alonso, E. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos De Medicina Psicosomática y Psiquiatría De Enlace*, 76(77), 47-65.
- Labrador, F., Rincón, P.P., De Luis, P., y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Lam, J. y Grossman, F. (1997). Resiliency and adult adaptation in women with and without self-reported histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10(2), 175- 196. doi: 10.1002/jts.2490100203
- Lambert, J. E., Benight, C. C., Wong, T. y Johnson, L. E. (2012). Cognitive bias in the interpretation of physiological sensations, coping self-efficacy, and psychological distress after intimate partner violence. (En prensa). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, doi:10.1037/a0029307
- Landenburger, K. (1989). A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 10(3-4), 209-227. doi:10.3109/01612848909140846
- Landenburger, K. (1998). Exploration of women's identity: Clinical approaches with abused women. En J. C. Campbell (Ed.), *Empowering survivors of abuse* (pp. 61-69). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Top 10 greatest "hits": Important findings and future directions for intimate partner violence research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(1), 108-118. doi:10.1177/0886260504268602
- Larm, P., Hodgins, S., Tengström, A. y Larsson, A. (2010). Trajectories of resilience over 25 years of individuals who as adolescents consulted for substance misuse and a matched comparison group. *Addiction*, 105(7), 1216-1225. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02914.x
- Las Hayas, C., Calvete, E., Gomez del Barrio, A., Beato, L., Muñoz, P. y Padierna, J. A. (2014). Resilience Scale-25 Spanish version: validation and assessment in eating disorders. *Eating Behaviors*, 15(3), 460-463. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.06.010.
- Latta, R. y Goodman, L. (2011). Intervening in partner violence against women: A grounded theory exploration of informal network members' experiences. *The Counseling Psychologist*, 39(7), 973-1023. doi: 10.1177/0011000011398504
- Lawrence, A. E. y Taft, C. T. (2013). Shame, posttraumatic stress disorder, and intimate partner violence perpetration. *Aggression & Violent Behavior*, 18(2), 191-194. doi:10.1016/j.avb.2012.10.002
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-21.
- Lazarus, R. S., Kanner, A. D. y Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive-phenomenological analysis. En R. Plutchik y H. Kellerman (Ed.), *Emotion theory, research, and experience* (Vol. 1 ed., pp. 189-214). Nueva York: Academic Press.
- Lee, R. M. (2005). Resilience against discrimination: Ethnic identity and other-group orientation as protective factors for Korean Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 52(1), 36-44. doi: 10.1037/0022-0167.52.1.36
- Lee, T. Y., Cheung, C. K. y Kwong, W. M. (2012). Resilience as a positive youth development construct: A conceptual review. *The Scientific World Journal*, 2012, 1-9. doi:10.1100/2012/390450
- Lee, Y. (2005) Gender differences in physical activity and walking among older adults. *Journal of Women & Aging*, 17(1-2), 55-70. doi: 10.1300/J074v17n01_05
- Leiner, A., Compton, M., Houry, D. y Kaslow, N. (2008). Intimate partner violence, psychological distress, and suicidality: A path model using data from African American women seeking care in an urban emergency department. *Journal of Family Violence*, 23(6), 473-481. doi: 10.1007/s10896-008-9174-7

- Leipold, B. y Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40-50. doi:10.1027/1016-9040.14.1.40
- Lemon, S. C., Verhoek-Oftedahl, W. y Donnelly, E. F. (2002). Preventive healthcare use, smoking, and alcohol use among Rhode Island women experiencing intimate partner violence. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(6), 555-562. doi:10.1089/152460902760277912
- Leseho, J. y Maxwell, L. R. (2010). Coming alive: Creative movement as a personal coping strategy on the path to healing and growth. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(1), 17-30. doi:10.1080/03069880903411301
- Leserman, J., Drossman, D., Li, Z., Toomey, T., Nachman, G. y Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 58(1), 4-15. doi: 10.1097/00006842-199601000-00002
- Letzring, T., Block, J. y Funder, D. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians and the self. *Journal of Research in Personality*, 39(4), 395-422. doi:10.1016/j.jrp.2004.06.003
- Levendosky, A. A. y Graham-Bermann, S. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16(2), 171-192. doi:10.1023/A:1011111003373
- Leventhal, F. y Chang, M. (1991). Dance/movement therapy with battered women: A paradigm of action. *American Journal of Dance Therapy*, 13(2), 131-145. doi:10.1007/BF00844142
- Li, M., Xu, J., He, Y. y Wu, Z. (2012). The analysis of the resilience of adults one year after the 2008 Wenchuan earthquake. *Journal of Community Psychology*, 40(7), 860-870. doi: 10.1002/jcop.21496
- Lieberman J., Drake, R., Sederer, L., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D. y Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59(5), 487496. doi: 10.1176/appi.ps.59.5.487
- Lilly, M. M. y Graham-Bermann, S. (2009). Ethnicity and risk for symptoms of posttraumatic stress following intimate partner violence: Prevalence and predictors in European American and African American women. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(1), 3-19. doi:10.1177/0886260508314335

- Lim, L., Day, A. y Casey, S. (2011). *Social cognitive processing in violent male offenders*. United Kingdom: Taylor & Francis. doi:10.1080/13218711003739490
- Lindhorst, T. y Beadnell, B. (2011). The long arc of recovery: Characterizing intimate partner violence and its psychosocial effects across 17 years. *Violence Against Women, 17*(4), 480-499. doi: 10.1177/1077801211404548
- Lindhorst, T., Nurius, P. y Macy, R. J. (2005). Domestic violence and social work education contextualized assessment with battered women: Strategic safety planning to cope with multiple harms. *Journal of Social Work Education, 41*(2), 331-352.
- Lindhorst, T. y Oxford, M. (2008). The long-term effects of intimate partner violence on adolescent mothers' depressive symptoms. *Social Science & Medicine, 66*(6), 1322-1333. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.045
- Little, T. (2013). *The Oxford Handbook of Quantitative Methods, Volume 1: Foundations*. Nueva York: Oxford University Press.
- Little, T., Bovaird, J. y Widaman K. (2006). On the merits of orthogonalizing powered and product terms: Implications for modeling interactions among latent variables. *Structural Equation Modeling, 13*, 497-519. doi: 10.1207/s15328007sem1304_1
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., Römken, R. y Lagro-Janssen, T. (2007). Utilisation of health care by women who have suffered abuse: A descriptive study on medical records in family practice. *British Journal of General Practice, 57*(538), 396-400
- Logan, T. K. y Walker, R. (2004). Separation as a risk factor for victims of intimate partner violence: Beyond lethality and injury. A response to Campbell. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(12), 1478-1486. doi: 10.1177/0886260504269699
- López-Sáez, M., Morales, J. F. y Lisbona, A. (2008). Evolution of gender stereotypes in Spain: Traits and roles. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(2), 609-617.
- Lösel, F., Bliesener, T. y Köferl, P. (1989). On the concept of invulnerability: Evaluation and first results of the Bielefeld project. En M. Brambring, F. Lösel y H. Skowronek (Ed.), *Children and risk: Assessment, longitudinal research, and intervention* (pp. 186-219). Nueva York: Walther de Gruyter.
- Lown, E. A. y Vega, W. A. (2001). Intimate partner violence and health: Self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among Mexican American women. *Psychosomatic Medicine, 63*(3), 352-360.

- Luthans, F. y Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 33(3), 321-349. doi:10.1177/0149206307300814
- Luthar, S. S. (1993). Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), 441-453. doi:10.1111/j.1469-7610.1993.tb01030.x
- Luthar, S. S. (1999). *Poverty and children's adjustment*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Luthar, S. S. (Ed.). (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Ed.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 740-795). Nueva York: Wiley.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. doi:10.1111/1467-8624.00164
- Luthar, S. S. y Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. En M. D. Glantz, J. L. Johnson, M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations*. (pp. 129-160). Dordrecht Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Luthar, S. S., D'Avanzo, K. y Hites, S. (2003). Maternal drug abuse versus other psychological disturbances: Risks and resilience among children. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. (pp. 104-129). Nueva York: Cambridge University Press.
- Luthar, S. S., Doernberger, C. H. y Zigler, E. (1993). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 5(4), 703-717. doi:10.1017/S0954579400006246
- Luthar, S.S. y Zelazo, L.B. (2003). Research on resilience. An integrative review. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510-549). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Lynch, S. M. y Graham-Bermann, S. (2000). Woman abuse and self-affirmation: Influences on women's self-esteem. *Violence Against Women*, 6(2), 178-197. doi:10.1177/10778010022181787
- Lyons, J. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 93-111. doi: 10.1002/jts.2490040108

- Macy, R. J., Renz, C. y Pelino, E. (2013). Partner violence and substance abuse are intertwined: Women's perceptions of violence-substance connections. *Violence against Women, 19*(7), 881-902. doi:10.1177/1077801213498208
- Maddi, S. R. (1999). The personality construct of hardiness: I. effects on experiencing, coping, and strain. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51*(2), 83-94. doi:10.1037/1061-4087.51.2.83
- Mahoney, P., Williams, L. M. y West, C. M. (2001). Violence against women by intimate relationship partners. En C. M. Renzetti, J. L. Edleson y R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women* (pp. 143-178). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mancini, A. D. y Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of Personality, 77*(6), 1805-1832. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x
- Mandleco, B. y Perry, J. (2000). An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 13*(3), 99-111. doi: 10.1111/j.1744-6171.2000.tb00086.x
- Manzano-García, G. y Ayala, G.C. (2013). Psychometric properties of Connor-Davidson Resilience Scale in a Spanish sample of entrepreneurs. *Psicothema, 25*(2), 245-251. doi: 10.7334/psicothema2012.183
- Mapp, I. y Koch, D. (2004). Creation of a group mural to promote healing following a mass trauma. En N. B. Webb (Ed.), *mass trauma and violence: Helping children and families cope* (pp. 100-119). Nueva York: Guilford.
- Martin, A. J., Berenson, K. R., Griffing, S., Sage, R. E., Madry, L., Bingham, L. E. y Primm, B. J. (2000). The process of leaving an abusive relationship: The role of risk assessments and decision-certainty. *Journal of Family Violence, 15*(2), 109-122. doi:10.1023/A:1007515514298
- Martínez, M., García-Linares, M. y Pico-Alfonso, M. (2004). Women victims of domestic violence: Consequences for their health and the role of the health system. En R. C. A. Klein y B. Wallner (Eds.), *Conflict, gender, and violence* (pp. 55-73). Vienna: StudienVerlag.
- Martínez, M. y Schröttle, M. (2006). *State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights*. Recuperado el 5 de marzo de 2013 en <http://www.unecede.org.unecede.colo.iway.ch/fileadmin/DAM/stats/gender/VAW2/resources/CAHRVreportPrevalence.pdf>

- Masten A. (1999). Resilience comes of age: Reflections of the past and outlooks for the next generation of researches. En M. Glantz y J. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptation* (pp. 281-296). Nueva York: Plenum.
- Masten, A. (2001). Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S., Best, K. M. y Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444. doi: 10.1017/S0954579400005812
- Masten, A. S. y Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220. doi:10.1037/0003-066X.53.2.205
- Masten, A. S. y Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 1-52). Nueva York: Plenum Press.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N. y Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11(1), 143-169. doi:10.1017/S0954579499001996
- Masten, A. S. y Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13-27. doi:10.1196/annals.1376.003
- Masten, A. S. y Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). United Kingdom: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Masten, A. S. y Reed, M. J. (2002). Resilience in development. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-78). London: Oxford University Press.
- McCann, I. L. y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. doi:10.1007/BF00975140
- McCann, I. L., Sakheim, D. K. y Abrahamson, D. J. (1988). Trauma and victimization A model of psychological adaptation. *The Counseling Psychologist*, 16(4), 531-594. doi: 10.1177/0011000088164002

- McCauley, J. y Kern, D. E. (1995). The “battering syndrome”: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary. *Annals of Internal Medicine*, *123*(10), 737-746.
- McEwen, B. (2002). Sex, stress and the hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiology of Aging*, *23*(5), 921-939. doi: 10.1016/S0197-4580(02)00027-1
- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I., Smith, S. (2005). Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, *105*(1), 99-108. doi: 10.1097/01.AOG.0000146641.98665.b6
- McNaughton, C. C. y Sanders, T. (2007). Housing and transitional phases out of “disordered” lives: The case of leaving homelessness and street sex work. *Housing Studies*, *22*(6), 885-900. doi: 10.1080/02673030701608043
- McPhail, B., Busch, N., Kulkarni, S. y Rice, G. (2007). An integrative feminist model: the evolving feminist perspective on intimate partner violence. *Violence Against Women*, *13*(8):817-41. doi: 10.1177/1077801207302039
- Meadows, L., Kaslow, N., Thompson, M. y Jurkovic, J. (2005). Protective Factors Against Suicide Attempt Risk Among African American Women Experiencing Intimate Partner Violence. *American Journal of Community Psychology*, *36* (1-2), 109-121. doi: 10.1007/s10464-005-6236-3
- Mechanic, M. B., Weaver, T. L. y Resick, P. A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, *14*(6), 634-654. doi:10.1177/1077801208319283
- Melbin, A., Sullivan, C. M. y Cain, D. (2003). Transitional supportive housing programs: Battered women’s perspectives and recommendations. *Affilia*, *18*(4), 445-460. doi: 10.1177/0886109903257623
- Mele, M. (2009). *The time course of repeat intimate partner violence*. Germany: Springer. doi:10.1007/s10896-009-9260-5
- Merritt-Gray, M. y Wuest, J. (1995). Counteracting abuse and breaking free: The process of leaving revealed through women's voices. *Health Care for Women International*, *16*(5), 399-412. doi:10.1080/07399339509516194
- Mertens, D. M. (2009). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Mertin, P. y Mohr, P. (2001). A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence and Victims, 16*(6), 645-654.
- Mertin, P. y Mohr, P. (2002). Incidence and correlates of post-trauma symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims, 17*(5), 472-495. doi: 10.1891/vivi.17.5.555.33712
- Metzl, E. y Morrell, M. (2008). The role of creativity in models of resilience: Theoretical exploration and practical applications. *Journal of Creativity in Mental Health, 3*(3). doi: 10.1080/15401380802385228
- Mihalic, S. y Elliott, D. (1997). A social learning theory model of marital violence. *Journal of Family Violence, 12*(1) 21–47. doi:10.1023/A:1021941816102
- Miller, A., Worthington, E. y McDaniel, M. (2008). Gender and forgiveness: a meta-analytic review and research agenda. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*(8), 843–876. doi: 10.1521/jscp.2008.27.8.843
- Miller-Lewis, L., Searle, A. K., Sawyer, M. G., Baghurst, P. A. y Hedley, D. (2013). Resource factors for mental health resilience in early childhood: An analysis with multiple methodologies. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 7*(1), 1-23. doi:10.1186/1753-2000-7-6
- Mills, L. J. y Daniluk, J. C. (2002). Her body speaks: The experience of dance therapy for women survivors of child sexual abuse. *Journal of Counseling & Development, 80*(1), 77-85. doi:10.1002/j.1556-6678.2002.tb00169.x
- Mills, T. (1985). The assault on the self: Stage in coping with battering husbands. *Qualitative Sociology, 8*(2), 103-123. doi:10.1007/BF00989467
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *IV informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). Información estadística de violencia de género. Informe mensual. Recuperado el 12 de abril de 2013 en abril de http://www.msc.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/informes/docs/Abril_2012.pdf
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2001). II plan integral contra la violencia doméstica 2001-2004. *Revista Del Ministerio De Trabajo y Asuntos Sociales, 40*, 125-134.

- Mitchell, M. D., Hargrove, G. L., Collins, M. H., Thompson, M. P., Reddick, T. L. y Kaslow, N. J. (2006). Coping variables that mediate the relation between intimate partner violence and mental health outcomes among low-income, African American women. *Journal of Clinical Psychology, 62*(12), 1503-1520. doi:10.1002/jclp.20305
- Mitchell, R. E. y Hodson, C. A. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology, 11*, 629-654. doi: 10.1007/BF00896600
- Mooney, J. (1993). *The hidden figure: Domestic violence in north London*. London: Middlesex University, School of Sociology and Social Policy.
- Mora-Ripoll, R. (2010). The therapeutic value of laughter in medicine. *Alternative Therapies in Health & Medicine, 16*(6), 56-64.
- Morales, E. (2008). Exceptional female students of color: academic resilience and gender in higher education. *Innovative Higher Education, 33*(3), 197–213. doi: 10.1007/s10755-008-9075-y
- Morris, J., Waldo, C. y Rothblum, E. (2001). A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry, 71*(1):61-71. doi:10.1037/0002-9432.71.1.61
- Morrison, W., Page, G., Sehl, M. y Smith, H. (1986). Single mothers in Canada: An analysis. *Canadian Journal of Community Mental Health, 5*, 37–47.
- Morton, M. (2013). Community resilience and public health practice. | *American Journal of Public Health, 103*(7), 1158–1160. doi: 10.2105/AJPH.2013.301354.
- Mouton, C., Rodabough, R., Rovi, S., Brzyski, R. y Katerndahl, D. (2010). Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *The Annals of Family Medicine, 8*(3), 206-13. doi: 10.1370/afm.1095
- Murphy, L. B. y Moriarty, A. E. (1976). *Vulnerability, coping and growth from infancy to adolescence*. Oxford England: Yale U Press.
- Mutimer, A., Reece, J. y Matthews, J. (2007). Child resilience: Relationships between stress, adaptation and family functioning. *E-Journal of Applied Psychology, 3*(1), 16-25.
- Myers, D. (1995). Eliminating the battering of women by men: Some considerations for behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 28*(4), 493–507. doi:10.1901/jaba.1995.28-493

- Myers, S. S. y Morris, A. S. (2009). Examining associations between effortful control and teacher-child relationships in relation to head start children's socioemotional adjustment. *Early Education and Development*, 20(5), 756-774. doi:10.1080/10409280802571244
- Nabkasorn, C., Miyai, N., Sootmongkol, A., Junprasert, S., Yamamoto, H., Arita, M. y Miyashita, K. (2006). Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European Journal of Public Health*, 16(2), 179-184. doi:10.1093/eurpub/cki159
- Naciones Unidas. (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Ginebra: Autor.
- National Center for Injury Prevention and Control. (2003). *Costs of intimate partner violence against women in the United States*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D. y Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 322-330. doi:10.1002/jts.20522
- Nguyen, D. V., Ostergren, P. y Krantz, G. (2009). Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. *European Journal of Public Health*, 19(2), 178-182. doi:10.1093/eurpub/ckn136
- Nishi, D., Uehara, R., Kondo, M. y Matsuoka, Y. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *BMC Research Notes*, 3, 310-316. doi: 10.1186/1756-0500-3-310.
- Nishith, P., Resick, P. A. y Mueser, K. T. (2001). Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 469-479. doi:10.1023/A:1011152405048
- Nixon, R. D., Resick, P. A. y Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 315-320. doi:10.1016/j.jad.2004.01.008
- Nogueiras, B. (2004). La violencia en la pareja. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco (Eds.), *La violencia contra las mujeres* (pp. 39-55). Madrid: Díaz de Santos.

- Norris, F., Stevens, S., Pfefferbaum, B., Wyche, K. y Pfefferbaum, R. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41(1-2), 127-150. doi: 10.1007/s10464-007-9156-6
- Norwood, A. y Murphy, C. (2012). What forms of abuse correlate with PTSD symptoms in partners of men being treated for intimate partner violence? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 596 – 604. doi: 10.1037/a0025232
- Novaco, R. W. (2010). Anger and psychopathology. En M. Potegal, G. Stemmler y C. Spielberger (Eds.), *International handbook of anger*. (pp. 465-497). Nueva York: Springer Science + Business Media.
- O'Leary, D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14(1), 3-23.
- O'Leary, D. y Maiuro, R. D. (Eds.). (2001). *Psychological Abuse in Violent Domestic Relations*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Ogilvie, E. (2000). *The Internet and cyberstalking*. Sidney: Australian Institute of Criminology.
- Oke, M. (2008). Remaking self after domestic violence: Mongolian and Australian women's narratives of recovery. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 148-155. doi:10.1375/anft.29.3.148
- Okun, L. (1986). *Woman abuse: Facts replacing myths*. Nueva York: SUNY Press.
- Olesen, V. (2005). Early millennial feminist qualitative research: Challenges and contours. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *The sage handbook of qualitative research*. (pp. 235-278). Thousand Oaks: Sage.
- Olf, M., Langeland, W. y Gersons, B. P. R. (2005). Effects of appraisal and coping on the neuroendocrine response to extreme stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(3), 457-467. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.12.006
- Olson, B. D., Curtis, C. E., Jason, L. A., Ferrari, J. R., Horin, E. V., Davis, M. I., ... Alvarez, J. (2003). *Physical and sexual trauma, psychiatric symptoms, and sense of community among women in recovery: Toward a new model of shelter aftercare*. US: Haworth Press. doi:10.1300/J005v26n01_06
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. y Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1-11. doi: 10.1016/S0140-1971(02)00118-5

- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L. y Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality & Social Psychology*, 91(4), 730-749. doi:10.1037/0022-3514.91.4.730
- Oosthuizen, C. M. y Wissing, M. P. (2005). Prevalence of violence against women: Distress, coping and psychological well-being. Surviving the fire? *South African Journal of Psychology*, 35(4), 637-656. doi:10.1177/008124630503500403
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Resolución 49.25 de la asamblea mundial de la salud. WHA 49.25. Prevención de la violencia una prioridad en salud pública*. Ginebra: Autor.
- Ortega, R., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., López-Abisab, S., Rueda, D. y García de Vinuesa, L. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria*, 34(3), 117-127. doi: 10.1016/S0212-6567(04)79480-9
- Osborn, A. F. (1990). Resilient children: A longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. *Early Child Development and Care*, 62, 23-47. doi:10.1080/0300443900620103
- Östberg, V. y Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 197-204. doi:10.1080/14034940600813032
- Owens, E. B. y Shaw, D. S. (2003). Poverty and early childhood adjustment. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 267-292). Nueva York: Cambridge University Press.
- Owens, G. P., Walter, K. H., Chard, K. M. y Davis, P. A. (2012). Changes in mindfulness skills and treatment response among veterans in residential PTSD treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 221-228. doi:10.1037/a0024251
- Oyserman, D., Coon, H. M. y Kemmelmeier, M. (2002). Rethinking individualism and collectivism: Evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 128, 3-72. doi: 10.1037//0033-2909.128.1.3
- Paat, Y. (2014). Risk and resilience of immigrant women in intimate partner violence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(7), 725-740. doi: 10.1080/10911359.2013.853018

- Pallitto, C. C. y O'Campo, P. (2004). The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: Analysis of a national sample from Colombia. *International Family Planning Perspectives*, 30(4), 165-173.
- Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J. M. y Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalas de personalidad: La escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica*, 18(3), 269-283.
- Patterson, J. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 233–246. doi: 10.1002/jclp.10019
- Patzel, B. (2001). Women's use of resources in leaving abusive relationships: A naturalistic inquiry. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(8), 729-747. doi:10.1080/01612840152712992
- Pavlov, I. P. y Anrep, G. V. (1927). *Conditioned reflexes*. Nueva York: Oxford University Press.
- Peled, E., Eisikovits, Z., Enosh, G. y Winstok, Z. (2000). Choice and empowerment for battered women who stay: Toward a constructivist model. *Social Work*, 45(1), 9-25. doi:10.1093/sw/45.1.9
- Pérez, V., Fiol, E., Palmer, C., Espinosa, G. y Guzmán, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: Creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema*, 18(3), 359-366.
- Perez, S., Johnson, D. M. y Wright, C. V. (2012). The attenuating effect of empowerment on IPV-related PTSD symptoms in battered women living in domestic violence shelters. *Violence Against Women*, 18(1), 102-117. doi:10.1177/1077801212437348
- Persson, R., Albertsen, K., Garde, A. H. y Rugulies, R. (2012). The relationship between performance-based self-esteem and self-reported work and health behaviors among Danish knowledge workers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(1), 71-79. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00906.x
- Pesce, R., Assis, S. G., Santos, N. y Oliveira, R. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Petersen, R., Gazmararian, J. y Andersen, K. (2001). Partner violence: Implications for health and community settings. *Women's Health Issues*, 11(2), 116-125. doi: 10.1016/S1049-3867(00)00093-1

- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55. doi:10.1037/0003-066X.55.1.44
- Peterson, N. A., Lowe, J. B., Aquilino, M. L. y Schneider, J. E. (2005). Linking social cohesion and gender to intrapersonal and interactional empowerment: Support and new implications for theory. *Journal of Community Psychology*, 33(2), 233-244. doi:10.1002/jcop.20047
- Pfouts, J. H. (1978). Violent families: Coping responses of abused wives. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 57(2), 101-111.
- Pico-Alfonso, M. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(1), 181-193. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.08.010
- Pico-Alfonso, M., García-Linares, M., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. y Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611. doi:10.1089/jwh.2006.15.599
- Pico-Alfonso, M., García-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Herbert, J. y Martínez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56(4), 233-240. doi:10.1016/j.biopsych.2004.06.001
- Pitri, E. (2001). The role of artistic play in problem solving. *Art Education*, 54(3), 46-51.
- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica*, 122(12), 461-467.
- Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1296-1323. doi:10.1177/0886260504269685
- Ponic, P., Varcoe, C., Davies, L., Ford-Gilboe, M., Wuest, J. y Hammerton, J. (2011). Leaving ≠ moving: Housing patterns of women who have left an abusive partner. *Violence Against Women*, 17(12), 1576-1600. doi:10.1177/1077801211436163
- Porcerelli, J., West, P., Binienda, J. y Cogan, R. (2006). Physical and psychological symptoms in emotionally abused and non-abused women. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(2), 201-204. doi: 10.3122/jabfm.19.2.201

- Pratto, F. y Walker, A. (2004). The bases of gendered power. En A. H. Eagly, A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender*. (pp. 242-268). Nueva York: Guilford Press.
- Puig, G. y Rubio, J.L. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa.
- Putnam, R. (2000). *Bowling alone*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Raya Ortega, L., Ruiz Pérez, I., Plazaola Castaño, J., Brun López-Abisab, S., Rueda Lozano, D., García de Vinuesa, L. ... Carmona Molinae, M. P. (2004). Intimate partner violence as a factor associated to health problems. *Atención Primaria*, 34(3), 117-127.
- Rennison, C. M. y Welchans, S. (2000). *Bureau of justice statistics special report: Intimate partner violence*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Renzetti, C. y Edleson, J. (2011). *Sourcebook on violence against women* (2nd ed.). Thousand Oaks CA: SAGE Publications.
- Resick, P. A. (2004). A suggested research agenda on treatment-outcome research for female victims of violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1290–1295. doi: 10.1177/0886260504271339
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. y Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867-879. doi:10.1037/0022-006X.70.4.867
- Reviere, S. L., Farber, E. W., Twomey, H., Okun, A., Jackson, E., Zanville, H. y Kaslow, N. J. (2007). Intimate partner violence and suicidality in low-income African American women. A multimethod assessment of coping factors. *Violence Against Women*, 13(11), 1113-1129. doi:10.1177/1077801207307798
- Rhatigan, D. y Axsom, D. (2006). Using the investment model to understand battered women's commitment to abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 21(2), 153-162. doi:10.1007/s10896-005-9013-z
- Rhatigan, D. y Street, A. E. (2005). The impact of intimate partner violence on decisions to leave dating relationships: A test of the investment model. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(12), 1580-1597. doi:10.1177/0886260505280344

- Rhatigan, D., Street, A. E. y Axsom, D. K. (2006). A critical review of theories to explain violent relationship termination: Implications for research and intervention. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 321-345. doi:10.1016/j.cpr.2005.09.002
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. doi:10.1002/jclp.10020
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S. y Kumpfer, K. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21(6), 33-39. doi:10.1080/00970050.1990.10614589
- Riddell, T., Ford-Gilboe, M. y Leipert, B. (2009). Strategies used by rural women to stop, avoid, or escape from intimate partner violence. *Health Care for Women International*, 30(1), 134-159. doi:10.1080/07399330802523774
- Riggs, D., Caulfield, M. B. y Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1289-1316. doi: 10.1002/1097-4679(200010)56:10<1289::AID-JCLP4>3.0.CO;2-Z
- Riggs, D. y O'Leary, K. (1996). Aggression between heterosexual dating partners: An examination of a causal model of courtship aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(4), 519-540. doi:10.1177/088626096011004005
- Rincón, G. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programas de intervención*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
- Rinfret-Raynor, M., Riou, A., Cantin, S., Drouin, C. y Dubé, M. (2004). A survey on violence against female partners in Québec, Canada. *Violence against Women*, 10(7), 709-728. doi: 10.1177/1077801204265548
- Roberts, A. y Burman, S. (2007). National survey on empowerment strategies, crisis intervention, and cognitive problem-solving therapy with battered women. En A. R. Roberts (Ed.), *Battered women and their families: Intervention strategies and treatment programs* (3rd ed., pp. 63-87). Nueva York: Springer Publishing Co.
- Roberts, A., Gilman, S., Fitzmaurice, G., Decker, M. y Koenen, K. (2010). Witness of intimate partner violence in childhood and perpetration of intimate partner violence in adulthood. *Epidemiology*, 21(6), 809-818. doi:10.1097/EDE.0b013e3181f39f03
- Roberts, J. y Monroe, S. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: prospective findings comparing three conceptualisations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 804-812.

- Robertson, I. y Cooper, C. L. (2013). Resilience. *Stress Health*, 29(3), 175-176. doi: 10.1002/smi.2512
- Roditti, M., Schultz, P., Gillette, M. y de la Rosa, I. (2010). Resiliency and social support networks in a population of Mexican American intimate partner violence survivors. *Families in Society*, 91(3), 248-256. doi:10.1606/1044-3894.4002
- Rodriguez, M. A., Heilemann, M. V., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F. y Mangione, C. M. (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Annals of Family Medicine*, 6(1), 44-52. doi:10.1370/afm.743
- Rodriguez, T. J. (2012). Psychological well-being and coping mechanisms of battered women. *Asian Journal of Health*, 1(1), 111-127.
- Rogers, E. S., Anthony, W. y Lyass, A. (2004). The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 437-450. doi:10.1023/B:COMH.0000040657.48759.0e
- Roggeband, C. (2012). Shifting policy responses to domestic violence in the Netherlands and Spain (1980-2009). *Violence against Women*, 18(7), 784-806. doi: 10.1177/1077801212455359
- Rojas Marcos, L. (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Madrid. Espasa.
- Rokach, A., Moya, M. C., Orzeck, T. y Exposito, F. (2001). Loneliness in North America and Spain. *Social Behavior and Personality*, 29(5), 477-490.
- Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 304-310.
- Rose, L. E., Campbell, J. y Kub, R. N. (2000). The role of social support and family relationships in women's responses to battering. *Health Care for Women International*, 21(1), 27-39. doi:10.1080/073993300245384
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescents self image*. Princeton: Princeton University Press.
- Ruehlman, L., Lanyon, R. y Karoly, P. (1998). *Multidimensional Health Profile: Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P. y Montero-Piñar, M. I. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 202-208.

- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. y Del Rio-Lozano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health, 17*(5), 437-443. doi:10.1093/eurpub/ckl280
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M. I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E. y Martín-Baena, D. (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria, 24*(2), 128-135.
- Rusbult, C. E. y Martz, J. M. (1995). Remaining in an abusive relationship: An investment model analysis of nonvoluntary dependence. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*(6), 558-571. doi:10.1177/0146167295216002
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantages. En M.W. Kent y J.E. Rolf (Ed.), *Primary prevention of psychopathology* (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 147*, 598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(3), 316-331. doi:10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, S. Weintraub, J. E. Rolf, ... S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 181-214). Nueva York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14*(8), 626-631. doi:10.1016/1054-139X(93)90196-V
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy, 21*(2), 119-144. doi:10.1111/1467-6427.00108
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. En J. P. Shonkoff y J. F. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. (2nd ed., pp. 651-682). Nueva York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2002). Nature, nurture, and development: From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development, 73*(1), 1-21. doi:10.1111/1467-8624.00388

- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12. doi:10.1196/annals.1376.002
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x
- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P., Ouston, J. y Smith, A. (1979). *Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on children*. United States: Harvard University Press.
- Rutter, M. y Rutter, M. (1992). *Developing minds: Challenge and continuity across the life span*. Gran Bretaña: Penguin Books.
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. y Whitmore, K. (1976). Isle of Wight studies, 1964–1974. *Psychological Medicine*, 6(02), 313-332. doi: 10.1017/S003329170001388X
- Sabina, C. y Tindale, R. S. (2008). Abuse characteristics and coping resources as predictors of problem-focused coping strategies among battered women. *Violence Against Women*, 14(4), 437-456. doi:10.1177/1077801208314831
- Salgado, A. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Revista de Psicología*, 15(2).
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61. doi:10.1016/S0272-7358(99)00032-X
- Saltzman, L. E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M. y Shelley, G. A. (2002). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements: Version 1.0*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control.
- Saltzman, L. E., Green, Y. T., Marks, J. S. y Thacker, S. B. (2000). Violence against women as a public health issue: Comments from the CDC. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 325-329.
- Sameroff, A. J., Bartko, W. T., Baldwin, A., Baldwin, C. y Seifer, R. (1998). Family and social influences on the development of child competence. En M. Lewis y C. Feiring (Eds.), *Families, risk, and competence*. (pp. 161-185). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

- Sanmartín, J., Iborra, I., García Esteve y Martínez Sánchez, P. (2010). *III Informe internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía.
- Sapriel, L. (2012). Creating an embodied, authentic self: Integrating mindfulness with psychotherapy when working with trauma. En T. B. Levine (Ed.), *Gestalt therapy: Advances in theory and practice*. (pp. 107-122). Nueva York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Sato-DiLorenzo, A. y Sharps, P.W. (2007). Dangerous intimate partner relationships and women's mental health and health behaviors. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(8), 837-48. doi:10.1080/01612840701493535
- Schnurr, P., Friedman, M. y Bernardy, N. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Journal of clinical psychology*, 58 (8), 877-889. doi: 10.1002/jclp.10064
- Schonfeld, I. S. (1991). Dimensions of functional social support and psychological symptoms. *Psychological Medicine*, 21(4), 1051-1060. doi:10.1017/S003329170003004X
- Schoon, I. (2006). *Risk and resilience: Adaptations in changing times*. Nueva York: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511490132
- Schultz, P., Roditti, M. y Gillette, M. (2009). Resilience, social support, and psychological disturbance in Hispanic women residing in a battered women's shelter on the U.S./Mexico border. *Hispanic Health Care International*, 7(4), 224-230. doi: 10.1891/1540-4153.7.4.224
- Schutte, N. S., Malouff, J. M. y Doyle, J. S. (1988). The relationship between characteristics of the victim, persuasive techniques of the batterer, and returning to a battering relationship. *Journal of Social Psychology*, 128(5), 605-610. doi:10.1080/00224545.1988.9922914
- Scoville, M. C. (1942). Wartime tasks of psychiatric social workers in Great Britain. *The American Journal of Psychiatry*, 99, 358-363.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M. M., Graham, R. y Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well-being: A critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32(2), 111-120. doi:10.1136/bjism.32.2.111
- Seedat, S., Stein, M. y Forde, D. (2005). Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma, and suicide attempts in a community

- sample of women. *Violence and Victims*, 20(1), 87-98. doi: 10.1891/vivi.2005.20.1.87
- Seery, M. D., Alison Holman, E. y Cohen Silver, R. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025-1041.
- Segovia, F., Moore, J. L., Linnville, S. E., Hoyt, R. E. y Hain, R. E. (2012). Optimism predicts resilience in repatriated prisoners of war: A 37-year longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 330-336. doi:10.1002/jts.21691
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. Nueva York: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Sellers, R. y Shelton, N. (2003). The role of racial identity in perceived racial discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 1079–1092. doi: 10.1037/0022-3514.84.5.1079
- Senter, K. E. y Caldwell, K. (2002). Spirituality and the maintenance of change: A phenomenological study of women who leave abusive relationships. *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 543-564. doi:10.1023/A:1021269028756
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutierrez, R., Solera-Martínez, M. y Martínez-Vizcaíno, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 49-57. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.11.006
- Shahidi, M., Mojtahed, A., Modabbernia, A., Mojtahed, M., Shafiabady, A., Delavar, A. y Honari, H. (2011). Laughter yoga versus group exercise program in elderly depressed women: A randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(3), 322-327. doi:10.1002/gps.2545
- Sharkey, J. D., You, S. y Schnoebelen, K. (2008). Relations among school assets, individual resilience, and student engagement for youth grouped by level of family functioning. *Psychology in the Schools*, 45(5), 402-418. doi:10.1002/pits.20305
- Sharma, A. (2001). Healing the wounds of domestic abuse: Improving the effectiveness of feminist therapeutic interventions with immigrant and racially visible women who have been abused. *Violence Against Women*, 7(12), 1405- 1429. doi: 10.1177/10778010122183928

- Sharps, P. W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F. y Webster, D. (2001). The role of alcohol use in intimate partner femicide. *The American Journal on Addictions*, 10(2), 122-135. doi:10.1080/105504901750227787
- Shepard, M. y Campbell, J. (1992). The Abusive Behavior Inventory A Measure of Psychological and Physical Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(3), 291-305. doi: 10.1177/088626092007003001
- Sherrieb, K., Norris, F. y Galea, S. (2010). Measuring capacities for community resilience. *Social Indicators Research*, 99(2), 227–247. doi: 10.1007/s11205-010-9576-9
- Shinn, M., Weitzman, B. C., Stojanovic, D., Knickman, J. R., Jiminez, L., Duchon, L.,...Krantz, D. H. (1998). Predictors of homelessness among families in New York City: From shelter request to housing stability. *American Journal of Public Health*, 88(11), 1651-1657.
- Showalter, E. (1985). *The new feminist criticism: Essays on women, literature, and theory*. Nueva York: Pantheon books.
- Silverman, J. G., Decker, M. R., Kapur, N. A., Gupta, J. y Raj, A. (2007). Violence against wives, sexual risk and sexually transmitted infection among Bangladeshi men. *Sexually Transmitted Infections*, 83(3), 211-215. doi:10.1136/sti.2006.023366
- Simons, R., Murry, V., McLoyd, V., Lin, K.H., Cutrona, C. y Conger, R. (2002). Discrimination, crime, ethnic identity, and parenting as correlates of depressive symptoms among African American children: A multilevel analysis. *Development and Psychopathology*, 14(2), 371–393. doi: 10.1017/S0954579402002109
- Simonton, D. K. (2000). Creativity: Cognitive, personal, developmental, and social aspects. *American Psychologist*, 55(1), 151-158. doi:10.1037/0003-066X.55.1.151
- Simpson, J. A., Collins, W. A., Tran, S. y Haydon, K. C. (2007). Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(2), 355-367. doi:10.1037/0022-3514.92.2.355
- Simpson, T. L. (2003). Childhood sexual abuse, PTSD, and the functional roles of alcohol use among women drinkers. *Substance use & Misuse*, 38(2), 249-270. doi:10.1081/JA-120017248

- Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment*, *11*(1), 94-101. doi:10.1177/1073191103258144
- Singh, A. A. (2009). Helping south Asian immigrant women use resilience strategies in healing from sexual abuse: A call for a culturally relevant model. *Women & Therapy*, *32*(4), 361-376. doi:10.1080/02703140903153229
- Singha, A. y Hays, D. (2008). Feminist group counseling with South Asian women who have survived intimate partner violence. *The Journal for Specialists in Group Work*, *33*(1). doi: 10.1080/01933920701798588
- Singh, A. A., Hays, D. G., Chung, Y. B. y Watson, L. (2010). South Asian immigrant women who have survived child sexual abuse: Resilience and healing. *Violence Against Women*, *16*(4), 444-458. doi:10.1177/1077801210363976
- Singh, K. y Yu, X. (2010). Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Sample of Indian Students. *Journal of Psychology*, *1*(1), 23-30.
- Sjösten, N. y Kivelä, S. (2006). The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(5), 410-418. doi:10.1002/gps.1494
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: Free Press.
- Smart, D., Sanson, A., Baxter, J., Edwards, B. y Hayes, A. (2008). *Home-to-school transitions for financially disadvantaged children*. Sydney: The Smith Family.
- Smith, B. W. (2002). *Vulnerability and resilience as predictors of pain and affect in women with arthritis*. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *63*(3). (2002-95018-326).
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, *15*(3), 194-200. doi: 10.1080/10705500802222972.
- Smith, M. E. (2003). Recovery from intimate partner violence: A difficult journey. *Issues in Mental Health Nursing*, *24*(5), 543-573. doi:10.1080/01612840305290
- Smith, P. H., Thornton, G. E., DeVellis, R., Earp, J. y Coker, A. L. (2002). A population-based study of the prevalence and distinctiveness of battering, physical assault, and sexual assault in intimate relationships. *Violence Against Women*, *8*(10), 1208-1232. doi:10.1177/107780102320562691

- Smith, V. J., Stewart, T. L., Myers, A. C. y Latu, I. M. (2008). Implicit coping responses to racism predict African Americans' level of psychological distress. *Basic & Applied Social Psychology*, 30(3), 264-277. doi:10.1080/01973530802375110
- Soanes, C. y Stevenson, A. (2006). *Oxford dictionary of English* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Song, L. y Shih, C. (2010). Recovery from partner abuse: The application of the strengths perspective. *International Journal of Social Welfare*, 19(1), 23-32. doi:10.1111/j.1468-2397.2008.00632.x
- Sonn, C. y Fisher, A. (1998). Sense of community: Community resilient responses to oppression and change. *Journal of Community Psychology*, 26(5), 457-472.
- Sowell, R., Seals, B., Moneyham, L., Guillory, J. y Mizuno, Y. (1999). Experiences of violence in HIV-seropositive women in the south-eastern United States of America. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 606-615. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01130.x
- Speizer, I. S., Goodwin, M., Whittle, L., Clyde, M. y Rogers, J. (2008). Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 32(4), 455-462. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.03.026
- Spitzberg, B. H. y Cupach, W. R. (2007). The state of the art of stalking: Taking stock of the emerging literature. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 64-86. doi:10.1016/j.avb.2006.05.001
- Spitzberg, B. H. y Hoobler, G. (2002). Cyberstalking and the technologies of interpersonal terrorism. *New Media & Society*, 4(1), 71-92. doi: 10.1177/14614440222226271
- Stark, E. (2007). *Coercive control: How men entrap women in personal life*. Nueva York: Oxford University Press.
- Stark, E. y Flitcraft, A. (1995). Killing the beast within: Woman battering and female suicidality. *International Journal of Health Services*, 25(1), 43-64. doi:10.2190/H6V6-YP3K-QWK1-MK5D
- Stein, M. B. y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 133-138. doi:10.1016/S0165-0327(00)00301-3

- Steinman, K. y Zimmerman, M. (2004). Religious activity and risk behavior among African American adolescents: Concurrent and developmental effects. *American Journal of Community Psychology*, 33, 151–161. doi: 10.1023/B:AJCP.0000027002.93526.bb
- Stephenson, R., Koenig, M. A. y Ahmed, S. (2006). Domestic violence and symptoms of gynecologic morbidity among women in north India. *International Family Planning Perspectives*, 32(4), 201-208.
- Stewart, S. H., Conrod, P. J., Samoluk, S. B., Pihl, R. O. y Dongier, M. (2000). Posttraumatic stress disorder symptoms and situation-specific drinking in women substance abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(3), 31-47. doi:10.1300/J020v18n03_04
- Stith, S. y Rosen, K. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En S. Stith, M. Williams y K. Rosen (Eds.), *Psicosociología de la violencia en el hogar. Estudio, consecuencias y tratamientos* (pp. 27-47). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Stokrocki, M., Andrews, S. y Saemundsdottir, S. (2004). The role of art for homeless women and survivors of domestic violence. *Visual Arts Research*, 29(58), 73-82.
- Stone, D. (2002). *Policy paradox: The art of political decision making*. Nueva York: Norton.
- Stone, M. H. (2007). *Violent crimes and their relationship to personality disorders*. US: John Wiley & Sons. doi:10.1002/pmh.18
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E., Farrington, D. P. y Wikström, P. H. (2002). Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 111-123. doi:10.1037/0022-006X.70.1.111
- Stouthamer-Loeber, M., Wei, E., Loeber, R. y Masten, A. (2004). Desistance from persistent serious delinquency in the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 16(4), 897-918. doi:10.1017/S0954579404040064
- Straus, M., Gelles, R. y Steinmetz, S. (1980). *Behind closed doors: violence in the American family*. Nueva York: Anchor.
- Straus, M., Hamby, S., Buncy-McCoy, S. y Sugarman, D. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001

- Strauss, A. y Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777-784. doi:10.1007/s00702-008-0092-x
- Strube, M. J. (1983). The decision to leave an abusive relationship: Economic dependence and psychological commitment. *Journal of Marriage & Family*, 45(4), 785-793.
- Strube, M. J. (1988). The decision to leave an abusive relationship: Empirical evidence and theoretical issues. *Psychological Bulletin*, 104(2), 236-250. doi:10.1037/0033-2909.104.2.236
- Strube, M. J. y Barbour, L. S. (1984). Factors related to the decision to leave an abusive relationship. *Journal of Marriage & Family*, 46(4), 837-844.
- Stumblingbear-Riddle, G. y Romans, J. S. C. (2012). Resilience among urban American Indian adolescents: Exploration into the role of culture, self-esteem, subjective well-being, and social support. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 19(2), 1-19. doi:10.5820/aian.1902.2012.1
- Sullivan, C. M. y Gillum, T. (2001). Shelters and other community-based services for battered women and their children. En C. M. Renzetti, J. L. Edleson y R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women*. (pp. 247-260). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Sullivan, C. M., Tan, C., Basta, J., Rumptz, M. y Davidson, W. S. (1992). An advocacy intervention program for women with abusive partners: Initial evaluation. *American Journal of Community Psychology*, 20(3), 309-332. doi:10.1007/BF00937912
- Sullivan, T. P., Cavanaugh, C. E., Buckner, J. D. y Edmondson, D. (2009). Testing posttraumatic stress as a mediator of physical, sexual, and psychological intimate partner violence and substance problems among women. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 575-584. doi:10.1002/jts.20474
- Sutherland, C., Bybee, D. y Sullivan, C. (1998). The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 4(1), 41-70.
- Taft, C., Bryant-Davis, T., Woodward, H. E., Tillman, S. y Torres, S. E. (2009). Intimate partner violence against African American women: An examination of the socio-cultural context. *Aggression & Violent Behavior*, 14(1), 50-58. doi:10.1016/j.avb.2008.10.001

- Taft C., Murphy, C. M., King, L. A., Dedeyn, J. M. y Musser, P. H. (2005). Posttraumatic stress disorder symptomatology among partners of men in treatment for relationship abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(2), 259–268.
- Taft, C., Resick, P., Panuzio, J., Vogt, D. y Mechanic, M. (2007). Coping among victims of relationship abuse: A longitudinal examination. *Violence and Victims, 22*(4), 408-418. doi:10.1891/088667007781553946
- Taft, C., Vogt, D., Mechanic, M. y Resick, P. (2007). Posttraumatic stress disorder and physical health symptoms among women seeking help for relationship aggression. *Journal of Family Psychology, 21*(3), 354-362. doi:10.1037/0893-3200.21.3.354
- Tajima, E. A. (2004). *Correlates of the co-occurrence of wife abuse and child abuse among a representative sample*. Germany: Springer. doi:10.1007/s10896-004-0684-7
- Takviriyannum, N. (2008). Development and testing of the resilience factors scale for Thai adolescents. *Nursing & Health Sciences, 10*(3), 203-208. doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00398.x
- Tang, C., Wong, D. y Cheung, F. (2002). Social construction of women as legitimate victims of violence in Chinese societies. *Violence against Women, 8*(8), 968-996. doi: 10.1177/107780102400447096
- Taylor, J. Y. (2000). Sisters of the yam: African American women's healing and self-recovery from intimate male partner violence. *Issues in Mental Health Nursing, 21*(5), 515-531. doi:10.1080/01612840050044267
- Taylor, J. Y. (2004). Moving from surviving to thriving: African American women recovering from intimate male partner abuse. *Research and Theory for Nursing Practice, 18*(1), 35-50. doi:10.1891/rtnp.18.1.35.28056
- Taylor, S. E. y Gollwitzer, P. M. (1995). Effects of mindset on positive illusions. *Journal of Personality & Social Psychology, 69*(2), 213-226. doi:10.1037/0022-3514.69.2.213
- Temple, J., Weston, R., Rodriguez, B. y Marshall, L. (2007). Differing effects of partner and nonpartner sexual assault on women's mental health. *Violence Against Women, 13*(3), 285-297. doi: 10.1177/1077801206297437
- Thexton, W. (2003). *Introducing qualitative research in psychology*. England: McGraw-Hill.
- Thomberry, T. y Krohn, M. (2001). The development of delinquency: An international perspective. En S.O. White (Ed.), *Handbook of youth justice*. Nueva York: Plenum.

- Thompson, M., Kaslow, N., Kingree, J. B., Rashid, A., Puett, R., Jacobs, D. y Matthews, A. (2000). Partner violence, social support, and distress among inner-city African American women. *American Journal of Community Psychology*, 28(1), 127–143. doi: 10.1023/A:1005198514704
- Thompson, M., Kaslow, N., Short, L. M. y Wyckoff, S. (2002). The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African American abused women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 942-949. doi:10.1037/0022-006X.70.4.942
- Thompson, R. W., Arnkoff, D. B. y Glass, C. R. (2011). Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(4), 220-235. doi:10.1177/1524838011416375
- Tiedens, L. Z. (2001). The effect of anger on the hostile inferences of aggressive and nonaggressive people: Specific emotions, cognitive processing, and chronic accessibility. *Motivation & Emotion*, 25(3), 233-251. doi:10.1023/A:1012224507488
- Timmerman, I. G. H. y Emmelkamp, P. M. G. (2005). An integrated cognitive-behavioural approach to the aetiology and treatment of violence. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(3), 167-176. doi:10.1002/cpp.447
- Tjaden, P. (2005). Defining and measuring violence against women: Background, issues, and recommendations. *Statistical Journal of the UN Economic Commission for Europe*, 22(3), 217-224.
- Tjaden, P. y Thoennes, N. (1998). *Stalking in America: Findings from the national violence against women survey*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Tjaden, P. y Thoennes, N. (2000). *Extent, nature and consequences of intimate partner violence*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Tollestrup, K., Sklar, D., Frost, F. J., Olson, L., Weybright, J. E., Sandvig, J. y Larson, M. (1999). Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. *Preventive Medicine*, 29(5), 431-440. doi:10.1006/pmed.1999.0552
- Torgalsbøen, A. (2012). Sustaining full recovery in schizophrenia after 15 years: Does resilience matter? *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 5(4), 193-200. doi: 10.3371/CSRP.5.4.3.

- Tuck, I. y Anderson, L. (2014). Forgiveness, flourishing, and resilience: The influences of expressions of spirituality on mental health recovery. *Issues in Mental Health Nursing, 35*(4), 277-282. doi: 10.3109/01612840.2014.885623
- Tugade, M. M. y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(2), 320-333. doi:10.1037/0022-3514.86.2.320
- Tusaie, K. y Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice, 18*(1), 3-8.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. y Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*(3), 488-531. doi:10.1037/0033-2909.119.3.488
- Ullman, S. E. y Brecklin, L. R. (2002). Sexual assault history, PTSD, and mental health service seeking in a national sample of women. *Journal of Community Psychology, 30*(3), 261-279. doi:10.1002/jcop.10008
- Ungar, M. (2001). The social construction of resilience among “problem” youth in out-of-home placement: A study of health-enhancing deviance. *Child and Youth Care Forum, 30*(3), 137-154. doi:10.1023/A:1012232723322
- Ungar, M. (2003). Deep ecology and the roots of resilience: The importance of setting in outdoor experience-based programming for at-risk children. *Critical Social Work, 3*(1), 18-43.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry, 81*(1), 1-17. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x
- Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Othman, R., Kwong, W. M., Armstrong, M. y Gilgun, J. (2007). Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence, 42*(166), 287-310.
- Vaishnavi, S. Connor, K. y Davidson, J. (2007). An abbreviated version of the ConnorDavidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research, 152*(2-3), 293-297. doi: 10.1016/j.psychres.2007.01.006
- Van Dyke, C. y Elias, M. (2007). How forgiveness, purpose, and religiosity are related to the mental health and well-being of youth. A review of literature. *Mental Health Religion Culture, 10*(4), 395-415. doi: 10.1080/13674670600841793

- Van Vliet, J. (2008). Shame and resilience in adulthood: A grounded theory study. *Journal of Counseling Psychology, 55*(2), 233-245. doi: 10.1037/0022-0167.55.2.233
- VanBuren Trachtenberg, J., Anderson, S. A. y Sabatelli, R. M. (2009). *Work-home conflict and domestic violence: A test of a conceptual model*. Germany: Springer. doi:10.1007/s10896-009-9246-3
- Vanderbilt-Adriance, E. y Shaw, D. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child & Family Psychology Review, 11*(1), 30-58. doi:10.1007/s10567-008-0031-2
- Vanistendael, S. (1996). *Cómo crecer superando los percances: Resiliencia: Capitalizar las fuerzas del individuo*. Ginebra: Oficina Internacional católica de la Infancia.
- Vanistendael, S. (2003). La resiliencia en lo cotidiano. En Manciaux (Ed.), *La resiliencia: Resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). La felicidad es posible. *Despertar En Niños Maltratados La Confianza En Sí Mismos: Construir La Resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Varma, D., Chandra, P. S., Thomas, T. y Carey, M. P. (2007). Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: relationship with depression and post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders, 102*(1-3), 227-35
- Vázquez, B. (1999). Evaluación psicológica de la mujer maltratada. *Clínica y Salud, 10*(3), 377-391.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Eds.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Vecchione, M., Alessandri, G., Barbaranelli, C. y Gerbino, M. (2010). Stability and change of ego resiliency from late adolescence to young adulthood: A multiperspective study using the ER89-R Scale. *Journal of Personality Assessment, 92*(3), 1-10. doi: 10.1080/00223891003670166.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: Su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.
- Vogel-Scibilia, S., McNulty, K., Baxter, B., Miller, S., Dine, M. y Frese, F. (2009). The Recovery process utilizing Erikson's stages of human development. *Community Mental Health Journal, 45*(6), 405-414. doi:10.1007/s10597-009-9189-4

- Völlm, B. (2009). *Assessment and management of dangerous and severe personality disorders*. US: Lippincott Williams & Wilkins. doi:10.1097/YCO.0b013e32832c9cdc
- Von Eye, A., Davidson, W. S., Bogat, G. A., Levendosky, A. A. y DeJonghe, E. (2004). Pathways of suffering: The temporal effects of domestic violence on women's mental health. *Maltrattamento e Abuso all'infanzia*, 6(2), 97-113.
- Vung, N., Östergren, P. y Krantz G. (2008). Intimate partner violence against women in rural Vietnam: different socio-demographic factors are associated with different forms of violence. Need for new intervention guidelines? *BMC Public Health*, 8, 55-66. doi 10.1186/1471-2458-8-55
- Wagnild, G. (2009). A review of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113. doi: 10.1891/1061-3749.17.2.105
- Wagnild, G. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Waldrop, A. E. y Resick, P. A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19(5), 291-302. doi:10.1023/B:JOFV.0000042079.91846.68
- Walker, B., Carpenter, S., Anderies1b, J., Abell1b, N., Cumming, G., Janssen, M., ... Pritchard, R. (2002). Resilience management in social-ecological systems: A working hypothesis for a participatory approach. *Conservation Ecology*, 6(1), 14-31.
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. Nueva York: Harper & Row, Publishers.
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. Nueva York: Springer.
- Walker, L. E. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44(4), 695-702. doi:10.1037/0003-066X.44.4.695
- Walker, L. E. (2006). Battered woman syndrome. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087(1), 142-157. doi:10.1196/annals.1385.023
- Walker, R. (1996). *Resilient reintegration of adult children of perceived alcoholic parents*. ProQuest Information & Learning. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57(2). (1996-95016-126).
- Walker, R., Logan, T. K., Jordan, C. E. y Campbell, J. C. (2004). An integrative review of separation in the context of victimization: Consequences and implications for women. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5(2), 143-193. doi:10.1177/1524838003262333

- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297. doi:10.1037/0002-9432.71.3.290
- Walton, L. M., Aerts, F., Terry, T. y Burkhardt, H. (2013). Intimate partner violence education for health care providers. *Disponible en SSRN 2249860*.
- Walton-Moss, B., Manganello, J., Victoria, F. y Campbell, J. (2005). Risk factors for intimate partner violence and associated injury among urban women. *Journal of Community Health*, 30(5), 377-389. doi: 10.1007/s10900-005-5518-x
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W. y Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809. doi:10.1503/cmaj.051351
- Ward, R. A. (1977). The impact of subjective age and stigma on older persons. *Journal of Gerontology*, 32(2), 227-232. doi: 10.1093/geronj/32.2.227
- Watlington, C. G. y Murphy, C. M. (2006). The roles of religion and spirituality among African American survivors of domestic violence. *Journal of Clinical Psychology*, 62(7), 837-857. doi:10.1002/jclp.20268
- Weaver, T. L., Allen, J. A., Hopper, E., Maglione, M. L., McLaughlin, D., McCullough, M. A., ... Brewer, T. (2007). Mediators of suicidal ideation within a sheltered sample of raped and battered women. *Health Care for Women International*, 28(5), 478-489. doi:10.1080/07399330701226453
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806-820. doi:10.1037/0022-3514.39.5.806
- Welbourn, S. y Zemek, J. (2007). Female students' attitudes on re-entering abusive relationships. *University of Wisconsin Journal of Student Research*, 6
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5(4), 503-503. doi:10.1017/S095457940000612X
- Werner, E. E. y Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81. doi:10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x

- Werner, E. E. y Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Nueva York: Cornell University Press.
- Werner, E. E. y Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Nueva York: Cornell University Press.
- Werner-Wilson, R., Schindler Zimmerman, T. y Whalen, D. (2000). Resilient response to battering. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 22(2), 161-188. doi:10.1023/A:1007777702757
- Wettersten, K. B., Rudolph, S., Faul, K., Gallagher, K., Transgrud, H., Adams, K... . Terrance, C., (2004). Freedom through self-sufficiency: A qualitative examination of the impact of domestic violence on the working lives of women in shelter. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 447-462. doi: 10.1037/0022-0167.51.4.447
- White, B., Driver, S. y Warren, A. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 9-17. doi:10.1037/0090-5550.53.1.9
- Widding, L., Grimstad, H., Moller, A., Schei, B. y Janson, P. O. (1999). Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*; 78(4), 310–315. doi: 10.1034/j.1600-0412.1999.780407.x
- Widom, C. S. y Maxfield, M. G. (2001). *An update on the " cycle of violence"*. United States: National Institute of Justice.
- Wilks, S. E. y Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health*, 12(3), 357-365. doi:10.1080/13607860801933323
- Williams, S. y Mickelson, K. (2004). The nexus of domestic violence and poverty. Resilience in women's anxiety. *Violence against Women*, 10(3), 283-293. doi: 10.1177/1077801203262519
- Wilson, J. P. (1989). *Trauma, transformation and healing: An integration approval to theory, research and posttraumatic theory*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Wilson, J. P. (2001). An overview of clinical consideration and principles in the treatment of PTSD. En J. P. Wilson, M. J. Friedman y J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 59-94). Nueva York: Guilford Press.
- Wilson, J. P., Friedman, M. J. y Lindy, J. D. (2001). An overview of clinical consideration and principles in the treatment of PTSD. En J. P. Wilson, M. J.

- Friedman y J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 59-94). Nueva York: Guilford.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology, 21*(2), 152-169. doi:10.1017/S0959259810000420
- Windle, G., Bennett, C. y Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes, 9*(8), 8-25. doi: 10.1186/1477-7525-9-8
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J. y Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine, 19*(4), 270-275. doi:10.1016/S0749-3797(00)00228-2
- Wolin, S. y Wolin, S. J. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. Nueva York: Villard.
- Wong, C., Eccles, J. y Sameroff, A. (2003). The influence of ethnic discrimination and ethnic identification on African American adolescents' school and socioemotional adjustment. *Journal of Personality, 71*(6), 1197-1232. doi: 10.1111/1467-6494.7106012
- Wong, S. L., Wester, F., Mol, S., Römken, R. y Lagro-Janssen, T. (2007). Utilisation of health care by women who have suffered abuse: A descriptive study on medical records in family practice. *The British Journal of General Practice, 57*(538), 396-400.
- Woods, S. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues in Mental Health Nursing, 21*(3), 309-324. doi:10.1080/016128400248112
- Woods, S., Hall, R. J., Campbell, J. C. y Angott, D. M. (2008). Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery & Women's Health, 53*(6), 538-546. doi:10.1016/j.jmwh.2008.07.004
- Woods, S. y Isenberg, M. A. (2001). Adaptation as a mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women. *Nursing Science Quarterly, 14*(3), 215-221. doi:10.1177/08943180122108463
- Worell, J. y Remer, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women* (2nd ed.). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.

- Worthington, E. y Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: theory, review, and hypotheses. *Psychology & Health, 19*(3), 385-405. doi: 10.1080/0887044042000196674
- Wright, C. V., Perez, S. y Johnson, D. M. (2010). The mediating role of empowerment for African American women experiencing intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2*(4), 266-272. doi:10.1037/a0017470
- Wright, E. y Perry, B. (2006). Sexual identity distress, social support, and the health of gay, lesbian, and bisexual youth. *Journal of Homosexuality, 51*(1), 81-110. doi: 10.1300/J082v51n01_05
- Wuest, J. y Merritt-Gray, M. (2001). Beyond survival: Reclaiming self after leaving an abusive male partner. *Canadian Journal of Nursing Research, 32*(4), 79-94.
- Wuest, J. y Merritt-Gray, M. (2002). While leaving abusive male partners, women engage in a four stage process of reclaiming self. *Evidence-Based Nursing, 5*(2), 60. doi:10.1136/ebn.5.2.60
- Yates, T. M., Egeland, B. y Sroufe, A. (2003). Rethinking resilience: A development process perspective. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 243-266). Cambridge: Cambridge University Press.
- Yick, A. G. (2008). A metasynthesis of qualitative findings on the role of spirituality and religiosity among culturally diverse domestic violence survivors. *Qualitative Health Research, 18*(9), 1289-1306. doi:10.1177/1049732308321772
- Youssef, C. y Luthans, F. (2007). Positive organizational behavior in the workplace: The impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of Management, 33*(5), 774-800. doi: 10.1177/0149206307305562
- Yu, X. y Zhang, J. (2007). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people. *Social Behavior and Personality, 35*(1), 19-30. doi: <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2007.35.1.19>
- Xu, X., Zhu, F., O'Campo, P., Koenig, M. A., Mock, V. y Campbell, J. (2005). Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. *American Journal of Public Health, 95*(1), 78-85. doi: 10.2105/AJPH.2003.023978

- Zanville, H. A. y Cattaneo, L. B. (2012). The nature of risk and its relationship to coping among survivors of intimate partner violence. *Psychology of Violence*, 2(4), 355-367. doi:10.1037/a0028198
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. (pp. 43-63). Dordrecht Netherlands: Kluwer Academic Publishers. doi:10.1007/978-1-4615-4193-6_2
- Zimmerman, M. A. y Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 8(4), 1-17.
- Zimrin H. (1986). A profile of survival. *Child Abuse & Neglect*, 10, 339-349. doi:10.1016/0145-2134(86)90009-8
- Zlotnick, C., Johnson, D. M. y Kohn, R. (2006). Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 262-75. doi: 10.1177/0886260505282564

**ESTUDIO UNIVERSIDAD
DE DEUSTO**



Somos un equipo de psicólogas de la Universidad de Deusto. Queremos pedirte que colabores con nosotras en este estudio que forma parte de otro más amplio que estudia el proceso de recuperación en mujeres que han sufrido malos tratos por parte de una pareja. Nos gustaría comparar los datos de estas mujeres con los de personas que no hayan sufrido malos tratos en la pareja.

Puedes sentirte seguro/a a la hora de contestar porque toda la información que nos des es **confidencial** y para el uso exclusivo de este estudio.

Es muy importante que contestes con sinceridad. Si hay alguna pregunta que prefieras dejar en blanco puedes hacerlo, pero no olvides que tus respuestas son muy valiosas.

Por favor, lee cada frase y decide el grado de exactitud con que te describe. Cuando no estés seguro/a, basa tu respuesta en lo que **realmente sientes, no en lo que pienses que es más correcto.**

Por favor, indica los siguientes datos:

Inicial de tu nombre: _____ Inicial de tu primer apellido: _____

Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Sexo: Mujer Hombre

País de origen: _____

Provincia en la que vives: _____

Nivel educativo: _____

El siguiente cuestionario consiste en una serie de factores que ayudan a las personas a recuperarnos de situaciones adversas. Para contestar al cuestionario, piensa en una situación adversa que te haya ocurrido. Lee cada pregunta y contesta si ese factor te describe a ti o tu situación actual. Contesta utilizando la siguiente escala:

No me describe en absoluto	Me describe un poco	Me describe bastante	Me describe completamente
0	1	2	3

Si crees que ese factor no te describe en absoluto, es decir, si marcas 0 no indiques si ese factor es neutro, beneficioso o muy beneficioso en tu recuperación.

En el caso de que el factor te describa algo, es decir, si eliges la opción 1, 2 o 3 indica si crees que ese factor es neutro, beneficioso o muy beneficioso en tu recuperación.

Para contestar utiliza la siguiente escala:

Neutro. Ni bueno, ni malo	Beneficioso	Muy beneficioso
0	1	2

1. Tengo proyectos, metas y/o sueños.	0 1 2 3	0 1 2
2. Desarrollo mi parte creativa a través de la escritura, el teatro, la danza, la pintura...	0 1 2 3	0 1 2
3. A menudo pienso en las cosas buenas de la vida.	0 1 2 3	0 1 2
4. Me perdono a mí mismo/a por haber sufrido esa situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
5. Siento que controlo mi propia vida.	0 1 2 3	0 1 2
6. A pesar de las dificultades, tengo la capacidad de reírme.	0 1 2 3	0 1 2
7. Creo que existe algo superior que me protege.	0 1 2 3	0 1 2
8. Practico algún deporte o actividad física.	0 1 2 3	0 1 2
9. Tengo como lema "yo vivo el presente".	0 1 2 3	0 1 2
10. Tengo la capacidad de analizarme a mí mismo/a para saber por qué ha tenido lugar esa situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
11. Siento un arrebato de fortaleza que me impulsa a salir adelante.	0 1 2 3	0 1 2
12. Soy capaz de llevar a cabo el proceso de volver a reencontrarme conmigo mismo/a.	0 1 2 3	0 1 2
13. Tengo relaciones de confianza con algunas de las personas de mi entorno.	0 1 2 3	0 1 2
14. He contado con la ayuda de diversos profesionales (psicólogos/as, policía, servicios sociales, etc.).	0 1 2 3	0 1 2
15. Sé lo que quiero conseguir en la vida.	0 1 2 3	0 1 2
16. Valoro las pequeñas gratificaciones de la vida.	0 1 2 3	0 1 2
17. Yo elijo qué decisiones tomo en mi vida.	0 1 2 3	0 1 2
18. Practico actividades que me ponen en contacto con mi cuerpo (por ejemplo, caminar, bailar, practicar deporte, etc.).	0 1 2 3	0 1 2
19. Le doy más importancia al presente que al futuro.	0 1 2 3	0 1 2
20. Estoy llevando a cabo un trabajo de autoanálisis para llegar a conocerme mejor.	0 1 2 3	0 1 2

21. Me gusta hacer cosas que me permiten desarrollar mi imaginación.	0 1 2 3	0 1 2
22. El sentido del humor me permite relativizar mis problemas.	0 1 2 3	0 1 2
23. Siento que he vuelto a contactar conmigo mismo/a.	0 1 2 3	0 1 2
24. Me sucedió una experiencia clave que me impulsó a salir de esa situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
25. He sido capaz de aceptar esa situación negativa que he sufrido, sin castigarme por ello y he pasado página.	0 1 2 3	0 1 2
26. Puedo apoyarme en mi familia y/o amigos cuando tengo dificultades.	0 1 2 3	0 1 2
27. He recibido ayudas de tipo económico o ayudas materiales (ayudas para la vivienda, servicios de guardería, etc.).	0 1 2 3	0 1 2
28. Me siento libre para hacer lo que yo quiero.	0 1 2 3	0 1 2
29. Soy una persona alegre que sonríe con frecuencia.	0 1 2 3	0 1 2
30. Considero que puedo describirme como una persona creativa.	0 1 2 3	0 1 2
31. Suelo tener muchos planes y proyectos entre manos.	0 1 2 3	0 1 2
32. Tengo facilidad para encontrar el lado positivo en una situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
33. Practico actividades que me permiten llegar a un estado mental de reflexión.	0 1 2 3	0 1 2
34. Siento compasión por la/s persona/s que me hicieron daño en esa situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
35. A través de la actividad física he aprendido a conocer mi cuerpo.	0 1 2 3	0 1 2
36. Trato de disfrutar de las cosas buenas que me están pasando ahora.	0 1 2 3	0 1 2
37. Tengo de pronto una determinación muy fuerte de superar esa situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
38. He aumentado el conocimiento que tengo sobre mí mismo/a.	0 1 2 3	0 1 2
39. He vuelto a renacer después de esa situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
40. Cuento con personas a las que puedo llamar cuando me siento mal.	0 1 2 3	0 1 2
41. Creo que existe algo superior que es justo, bueno y ayuda a las personas que lo necesitan.	0 1 2 3	0 1 2
42. Disfruto haciendo cosas originales a través de la artesanía, la cocina, el baile...	0 1 2 3	0 1 2
43. He recibido una terapia psicológica que me ha ayudado a recuperarme.	0 1 2 3	0 1 2
44. Creo que las cosas me van a ir bien.	0 1 2 3	0 1 2
45. Me siento libre para decidir cómo arreglarme.	0 1 2 3	0 1 2
46. La gente que me conoce me considera una persona con buen humor y a la que le gusta reírse.	0 1 2 3	0 1 2
47. Suelo realizar actividades que me ayudan a liberar la mente y/o relajarme.	0 1 2 3	0 1 2
48. Tengo otras personas a quienes cuidar (por ejemplo, mis hijos/as).	0 1 2 3	0 1 2
49. No guardo rencor ni rabia hacia la/s persona/s que me hicieron daño en esa situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
50. La actividad física es una parte importante en mi vida.	0 1 2 3	0 1 2

51. Me centro en el presente, dejando más de lado el pasado y el futuro.	0 1 2 3	0 1 2
52. He tenido alguna experiencia que me ha hecho tomar la decisión de salir adelante.	0 1 2 3	0 1 2
53. He vuelto a encontrarme conmigo mismo/a, recordando cómo era yo antes de haber sufrido esa situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
54. Aprendo de las dificultades pasadas y las utilizo para afrontar nuevas dificultades.	0 1 2 3	0 1 2
55. Siento que cuento con el apoyo incondicional de algunas personas de mi entorno.	0 1 2 3	0 1 2
56. He recibido la ayuda necesaria por parte de la policía y los servicios judiciales.	0 1 2 3	0 1 2
57. Soy capaz de perdonar a la/s persona/s que me hicieron daño en esa situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
58. En los últimos meses he demostrado que soy una persona creativa.	0 1 2 3	0 1 2
59. Tengo claros algunos de los objetivos que me gustaría cumplir en mi vida.	0 1 2 3	0 1 2
60. Afronto la vida con optimismo.	0 1 2 3	0 1 2
61. En ocasiones me siento en conexión con el universo y siento que formo parte de él.	0 1 2 3	0 1 2
62. Me gustan las actividades que ponen mi cuerpo en movimiento.	0 1 2 3	0 1 2
63. Siento que soy el/la dueño/a de mi vida.	0 1 2 3	0 1 2
64. Soy capaz de reírme incluso cuando algo va mal (por ejemplo, contratiempos cotidianos).	0 1 2 3	0 1 2
65. Vivo el día a día.	0 1 2 3	0 1 2
66. El conocerme mejor a mí mismo/a me ha permitido crecer como persona.	0 1 2 3	0 1 2
67. Puedo experimentar en un momento dado la sensación de que soy capaz de salir de esta situación.	0 1 2 3	0 1 2
68. Siento que los distintos profesionales que me han atendido no me han juzgado.	0 1 2 3	0 1 2
69. Sé cómo soy, lo que quiero y cuáles son mis habilidades.	0 1 2 3	0 1 2
70. Tengo a mi lado a una persona especial con la que me siento muy vinculado/a y cuya ayuda ha sido imprescindible para mí.	0 1 2 3	0 1 2

Por favor, indica en relación a qué situación has contestado el cuestionario:

A continuación aparece una lista de problemas que tiene la gente. Lee cada uno de ellos y marca tu respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo te sentiste, en qué medida ese problema te ha preocupado o molestado **durante la última semana**.

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Falta de interés en relaciones sexuales.					
2. Sentirme con muy pocas energías.					
3. Pensar en quitarme la vida.					
4. Llorar por cualquier cosa.					
5. Sentirme atrapada/o o encerrada/o.					
6. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
7. Sentirme sola/o.					
8. Sentirme triste.					
9. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
10. No tener interés por nada.					
11. Perder las esperanzas en el futuro.					
12. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
13. Sentirme un/a inútil.					

Por favor, lee las siguientes frases y contesta según la frecuencia e intensidad del síntoma. Muchas de las frases hacen referencia a un suceso, piensa en una situación negativa que hayas vivido en relación con otras personas y contesta el cuestionario pensando en esa situación o situaciones. Si has sufrido algún tipo de maltrato en una relación de pareja, contesta pensando en esa relación.

	Nada	Una vez por semana o menos	De 2 a 4 veces por semana	5 o más veces por semana
1. ¿Tienes recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?				
2. ¿Sientes dificultad para conciliar o mantener el sueño?				
3. ¿Te ves obligada/o a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?				
4. ¿Tienes sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?				

5. ¿Tienes que esforzarte para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?				
6. ¿Estás irritable o tienes explosiones de ira?				
7. ¿Realizas conductas o experimentas sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?				
8. ¿Te sientes incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?				
9. ¿Tienes dificultades de concentración?				
10. ¿Sufres un malestar psicológico intenso al exponerte a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?				
11. ¿Observas una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades importantes?				
12. ¿Estás excesivamente alerta (por ejemplo, te paras de forma súbita para ver quien está a tu alrededor, etc.) desde el suceso?				
13. ¿Experimentas una reactividad fisiológica al exponerte a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?				
14. ¿Experimentas una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?				
15. ¿Te sobresaltas o te alarmas más fácilmente desde el suceso?				
16. ¿Te sientes limitada/o en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarte)?				
17. ¿Notas que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?				

Te presentamos una lista de frases que una persona puede utilizar para **describirse a sí misma**. Por favor, lee cada frase y selecciona con una "X" la respuesta que mejor te describa.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecha/o conmigo misma/o.				
2. A veces pienso que no soy buena/o en nada.				
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgullosa/o.				
6. A veces me siento realmente inútil.				
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente.				
8. Ojalá me respetara más a mí misma/o.				
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy una persona fracasada.				
10. Tengo una actitud positiva hacia mí misma/o.				

MUCHAS GRACIAS POR DEDICAR TU TIEMPO A CONTESTAR ESTE CUADERNILLO.

**ESTUDIO UNIVERSIDAD
DE DEUSTO**



Somos un equipo de psicólogas de la Universidad de Deusto. Queremos pedirte que colabores con nosotras en este estudio sobre las consecuencias del maltrato por parte de la pareja y sobre las formas de recuperarse de la violencia. Tu participación es **voluntaria**. Puedes sentirte segura a la hora de contestar porque toda la información que nos des es **confidencial** y para el uso exclusivo de este estudio.

Es muy importante que contestes con sinceridad. Si hay alguna pregunta que prefieras dejar en blanco puedes hacerlo, pero no olvides que tus respuestas son muy valiosas para ayudarnos a mejorar las intervenciones que se llevan a cabo con mujeres como TÚ. Por favor, lee cada frase y decide el grado de exactitud con que te describe. Cuando no estés segura, basa tu respuesta en lo que **realmente sientes**, **no en lo que pienses que es más correcto**.

Dentro de aproximadamente seis meses volveremos a pedirte que completes estas preguntas. No dudes en preguntar a la investigadora cualquier duda que se te ocurra.

Por favor, indica los siguientes datos:

Inicial de tu nombre: _____ Inicial de tu primer apellido: _____

Fecha de nacimiento: Día: ____ Mes: _____ Año: _____

Nº de teléfono o correo electrónico: _____

Profesión: _____ Nivel educativo: _____

País de origen: _____ Lugar de residencia actual: _____

Número, edad y sexo de las hijas/os: _____

Indica si tienes algún problema de salud: _____

¿Has recibido algún tipo de terapia psicológica? (Marca con una X)

No he recibido terapia

Terapia individual

Terapia grupal

Terapia individual y grupal

Nos gustaría comenzar haciéndote algunas preguntas específicas sobre el maltrato, de esta forma podremos conocer mejor la situación que has vivido. Por favor, marca la opción correcta con una "X" y cuando sea necesario escribe una respuesta.

1. ¿En el pasado has sido maltratada por una única pareja sentimental o por varias?

- Sólo por una pareja
- Por dos parejas
- Por más de dos parejas

2. ¿Cuántos años duró esa/s relación/es de maltrato?

3. ¿Hace cuánto tiempo rompiste con la relación?

4. ¿Qué tipo de violencia sufriste? (Marca tantas casillas como necesites)

- Psicológica
- Física
- Sexual
- Otro tipo: _____

5. ¿Qué situación civil teníais?

- Casados
- Pareja de hecho
- Novios
- Otra situación: _____

6. ¿Una vez que habías cortado la relación con esta persona, has vuelto a retomarla?

- Si. Especifica cuántas veces: _____
- No

7. ¿Has vivido alguna otra situación traumática en tu vida? (Por ejemplo, otra situación de violencia, la muerte de alguna persona querida, experiencia de maltrato en la infancia o algo que de alguna forma te marcó).

- Si
- No

En caso de haber contestado "si", explica brevemente esa situación:

A continuación aparece una lista de problemas que tiene la gente. Lee cada uno de ellos y marca tu respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo te sentiste, en qué medida ese problema te ha preocupado o molestado **durante la última semana**.

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Falta de interés en relaciones sexuales.					
2. Sentirme con muy pocas energías.					
3. Pensar en quitarme la vida.					
4. Llorar por cualquier cosa.					
5. Sentirme atrapada o encerrada.					
6. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
7. Sentirme sola.					
8. Sentirme triste.					
9. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
10. No tener interés por nada.					
11. Perder las esperanzas en el futuro.					
12. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
13. Sentirme una inútil.					

A continuación se presentan una serie de factores que pueden estar influyendo en tu **recuperación** de la situación de maltrato. Lee cada pregunta y contesta si ese factor te describe a ti o tu situación actual. Contesta utilizando la siguiente escala:

No me describe en absoluto	Me describe un poco	Me describe bastante	Me describe completamente
0	1	2	3

Si crees que ese factor no te describe en absoluto, es decir, si marcas 0 no hace falta que indiques si ese factor es neutro, beneficioso o muy beneficioso en tu recuperación. En el caso de que el factor te describa algo, es decir, si eliges la opción 1, 2 o 3 indica si crees que ese factor es neutro, beneficioso o muy beneficioso en tu recuperación. Para contestar utiliza la siguiente escala:

Neutro. Ni bueno, ni malo	Beneficioso	Muy beneficioso
0	1	2

1. Tengo proyectos, metas y/o sueños.	0	1	2	3	0	1	2
2. Desarrollo mi parte creativa a través de la escritura, el teatro, la danza, la pintura...	0	1	2	3	0	1	2
3. A menudo pienso en las cosas buenas de la vida.	0	1	2	3	0	1	2
4. Me perdono a mi misma por haber sufrido maltrato.	0	1	2	3	0	1	2

5. Siento que controlo mi propia vida.	0 1 2 3	0 1 2
6. A pesar de las dificultades, tengo la capacidad de reírme.	0 1 2 3	0 1 2
7. Creo que existe algo superior que me protege.	0 1 2 3	0 1 2
8. Practico algún deporte o actividad física.	0 1 2 3	0 1 2
9. Tengo como lema "yo vivo el presente".	0 1 2 3	0 1 2
10. Tengo la capacidad de analizarme a mi misma para saber por qué ha tenido lugar el maltrato.	0 1 2 3	0 1 2
11. Siento un arrebató de fortaleza que me impulsa a salir adelante.	0 1 2 3	0 1 2
12. Soy capaz de llevar a cabo el proceso de volver a reencontrarme conmigo misma.	0 1 2 3	0 1 2
13. Tengo una casa en la que me siento protegida.	0 1 2 3	0 1 2
14. Me siento apoyada por las campañas, manifestaciones y otras actividades que se organizan contra la violencia de género.	0 1 2 3	0 1 2
15. Estoy satisfecha con mi trabajo porque me permite hacer cosas que me gustan.	0 1 2 3	0 1 2
16. Tengo relaciones de confianza con algunas de las personas de mi entorno.	0 1 2 3	0 1 2
17. He contado con la ayuda de diversos profesionales (psicólogos/as, policía, servicios sociales, etc.).	0 1 2 3	0 1 2
18. Sé lo que quiero conseguir en la vida.	0 1 2 3	0 1 2
19. Valoro las pequeñas gratificaciones de la vida.	0 1 2 3	0 1 2
20. Yo elijo qué decisiones tomo en mi vida.	0 1 2 3	0 1 2
21. Practico actividades que me ponen en contacto con mi cuerpo (por ejemplo, caminar, bailar, practicar deporte, etc.).	0 1 2 3	0 1 2
22. Le doy más importancia al presente que al futuro.	0 1 2 3	0 1 2
23. Estoy llevando a cabo un trabajo de autoanálisis para llegar a conocerme mejor.	0 1 2 3	0 1 2
24. Me gusta hacer cosas que me permiten desarrollar mi imaginación.	0 1 2 3	0 1 2
25. He sido capaz de aceptar la violencia que he sufrido, sin castigarme por ello y he pasado página.	0 1 2 3	0 1 2
26. El sentido del humor me permite relativizar mis problemas.	0 1 2 3	0 1 2
27. Siento que he vuelto a contactar conmigo misma.	0 1 2 3	0 1 2
28. Me sucedió una experiencia clave que me impulsó a salir de la relación violenta.	0 1 2 3	0 1 2
29. Me siento apoyada debido a que la sociedad cada día condena más la violencia contra las mujeres.	0 1 2 3	0 1 2
30. Siento que en mi casa no me va a pasar nada malo.	0 1 2 3	0 1 2
31. Puedo apoyarme en mi familia y/o amigos cuando tengo dificultades.	0 1 2 3	0 1 2
32. Además del dinero, mi trabajo me aporta muchas cosas buenas.	0 1 2 3	0 1 2
33. He recibido ayudas de tipo económico o ayudas materiales (ayudas para la vivienda, servicios de guardería, etc.).	0 1 2 3	0 1 2
34. Siento compasión por mi ex pareja.	0 1 2 3	0 1 2

35. Me siento libre para hacer lo que yo quiero.	0 1 2 3	0 1 2
36. Soy una persona alegre que sonrío con frecuencia.	0 1 2 3	0 1 2
37. Considero que puedo describirme como una persona creativa.	0 1 2 3	0 1 2
38. Suelo tener muchos planes y proyectos entre manos.	0 1 2 3	0 1 2
39. Tengo facilidad para encontrar el lado positivo en una situación negativa.	0 1 2 3	0 1 2
40. Practico actividades que me permiten llegar a un estado mental de reflexión.	0 1 2 3	0 1 2
41. A través de la actividad física he aprendido a conocer mi cuerpo.	0 1 2 3	0 1 2
42. Trato de disfrutar de las cosas buenas que me están pasando ahora.	0 1 2 3	0 1 2
43. Tengo de pronto una determinación muy fuerte de superar el maltrato.	0 1 2 3	0 1 2
44. He aumentado el conocimiento que tengo sobre mi misma.	0 1 2 3	0 1 2
45. Mi casa es mi hábitat y eso me da seguridad.	0 1 2 3	0 1 2
46. He vuelto a renacer después de la situación de maltrato.	0 1 2 3	0 1 2
47. Mi trabajo me ayuda a centrarme y/o mantenerme activa.	0 1 2 3	0 1 2
48. Siento que la sociedad lucha contra la violencia de género y eso me da fuerzas.	0 1 2 3	0 1 2
49. Cuento con personas a las que puedo llamar cuando me siento mal.	0 1 2 3	0 1 2
50. Creo que existe algo superior que es justo, bueno y ayuda a las personas que lo necesitan.	0 1 2 3	0 1 2
51. No guardo rencor ni rabia hacia mi ex pareja.	0 1 2 3	0 1 2
52. Disfruto haciendo cosas originales a través de la artesanía, la cocina, el baile...	0 1 2 3	0 1 2
53. He recibido una terapia psicológica que me ha ayudado a recuperarme.	0 1 2 3	0 1 2
54. Tengo otras personas a quienes cuidar (por ejemplo, mis hijos/as).	0 1 2 3	0 1 2
55. Creo que las cosas me van a ir bien.	0 1 2 3	0 1 2
56. Me siento libre para decidir cómo arreglarme.	0 1 2 3	0 1 2
57. La gente que me conoce me considera una persona con buen humor y a la que le gusta reírse.	0 1 2 3	0 1 2
58. Suelo realizar actividades que me ayudan a liberar la mente y/o relajarme.	0 1 2 3	0 1 2
59. La actividad física es una parte importante en mi vida.	0 1 2 3	0 1 2
60. Me centro en el presente, dejando más de lado el pasado y el futuro.	0 1 2 3	0 1 2
61. He tenido alguna experiencia que me ha hecho tomar la decisión de salir adelante.	0 1 2 3	0 1 2
62. He vuelto a encontrarme conmigo misma, recordando cómo era yo antes de haber sufrido el maltrato.	0 1 2 3	0 1 2
63. Aprendo de las dificultades pasadas y las utilizo para afrontar nuevas dificultades.	0 1 2 3	0 1 2
64. Siento que cuento con el apoyo incondicional de algunas personas de mi entorno.	0 1 2 3	0 1 2

65. El valor que mi casa tiene para mi va más allá de lo material.	0 1 2 3	0 1 2
66. Siento que la sociedad está concienciada sobre la importancia de eliminar la violencia de género.	0 1 2 3	0 1 2
67. Mi trabajo me permite sentirme realizada.	0 1 2 3	0 1 2
68. He recibido la ayuda necesaria por parte de la policía y los servicios judiciales.	0 1 2 3	0 1 2
69. En los últimos meses he demostrado que soy una persona creativa.	0 1 2 3	0 1 2
70. Tengo claros algunos de los objetivos que me gustaría cumplir en mi vida.	0 1 2 3	0 1 2
71. Afronto la vida con optimismo.	0 1 2 3	0 1 2
72. Soy capaz de perdonar a mi ex pareja.	0 1 2 3	0 1 2
73. En ocasiones me siento en conexión con el universo y siento que formo parte de él.	0 1 2 3	0 1 2
74. Me gustan las actividades que ponen mi cuerpo en movimiento.	0 1 2 3	0 1 2
75. Siento que soy la dueña de mi vida.	0 1 2 3	0 1 2
76. Soy capaz de reírme incluso cuando algo va mal (por ejemplo, contratiempos cotidianos).	0 1 2 3	0 1 2
77. Vivo el día a día.	0 1 2 3	0 1 2
78. El conocerme mejor a mi misma me ha permitido crecer como persona.	0 1 2 3	0 1 2
79. Puedo experimentar en un momento dado la sensación de que soy capaz de salir de esta situación.	0 1 2 3	0 1 2
80. Tengo una casa que siento que es mi hogar.	0 1 2 3	0 1 2
81. Siento que los distintos profesionales que me han atendido no me han juzgado.	0 1 2 3	0 1 2
82. Sé cómo soy, lo que quiero y cuáles son mis habilidades.	0 1 2 3	0 1 2
83. Las campañas contra la violencia machista han sido útiles para mí.	0 1 2 3	0 1 2
84. Disfruto realizando mi trabajo.	0 1 2 3	0 1 2
85. Tengo a mi lado a una persona especial con la que me siento muy vinculada y cuya ayuda ha sido imprescindible para mí.	0 1 2 3	0 1 2

Por favor, lee las siguientes frases y contesta según la frecuencia e intensidad del síntoma. Muchas de las frases hacen referencia a un suceso, contesta pensando en los **acontecimientos relacionados con el maltrato**.

	Nada	Una vez por semana o menos	De 2 a 4 veces por semana	5 o más veces por semana
1. ¿Tienes recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?				
2. ¿Sientes dificultad para conciliar o mantener el sueño?				

3. ¿Te ves obligada a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?				
4. ¿Tienes sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?				
5. ¿Tienes que esforzarte para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?				
6. ¿Estás irritable o tienes explosiones de ira?				
7. ¿Realizas conductas o experimentas sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?				
8. ¿Te sientes incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?				
9. ¿Tienes dificultades de concentración?				
10. ¿Sufres un malestar psicológico intenso al exponerte a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?				
11. ¿Observas una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades importantes?				
12. ¿Estás excesivamente alerta (por ejemplo, te paras de forma súbita para ver quien está a tu alrededor, etc.) desde el suceso?				
13. ¿Experimentas una reactividad fisiológica al exponerte a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?				
14. ¿Experimentas una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?				
15. ¿Te sobresaltas o te alarmas más fácilmente desde el suceso?				
16. ¿Te sientes limitada en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarte)?				
17. ¿Notas que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?				

Por favor, rodea con un círculo las veces que tu pareja o ex pareja hizo alguna de estas cosas **en los últimos doce meses**. Si no ha ocurrido durante los doce últimos meses, pero ha sucedido alguna vez antes, rodea con un círculo el "7".

¿Cuántas veces ocurrió?

- 1 = Una vez el año pasado
- 2 = Dos veces el año pasado
- 3 = De 3 a 5 veces el año pasado
- 4 = De 6 a 10 veces el año pasado
- 5 = De 11 a 20 veces el año pasado
- 6 = Más de 20 veces el año pasado
- 7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes
- 0 = No ha pasado antes

1. Mi pareja me dijo una palabrota.	1 2 3 4 5 6 7 0
2. Mi pareja me tiró algo que pudo hacerme daño.	1 2 3 4 5 6 7 0
3. Mi pareja me retorció el brazo o me tiró de los pelos.	1 2 3 4 5 6 7 0
4. Me hice una torcedura, pequeño corte o cardenal como consecuencia de una pelea con mi pareja.	1 2 3 4 5 6 7 0
5. Mi pareja me obligó a tener relaciones sexuales sin un condón.	1 2 3 4 5 6 7 0
6. Mi pareja me dio un empujón.	1 2 3 4 5 6 7 0
7. Mi pareja usó la fuerza (golpeando, sujetándome, o usando un arma) para obligarme a tener sexo oral o anal.	1 2 3 4 5 6 7 0
8. Mi pareja usó un cuchillo o un arma de fuego contra mí.	1 2 3 4 5 6 7 0
9. Perdí el conocimiento después de ser golpeada en la cabeza por mi pareja durante una pelea.	1 2 3 4 5 6 7 0
10. Mi pareja me insultó llamándome, por ejemplo, gorda o fea.	1 2 3 4 5 6 7 0
11. Mi pareja me dio un puñetazo o me golpeó con algo que pudo hacerme daño.	1 2 3 4 5 6 7 0
12. Mi pareja destrozó algo que me pertenecía.	1 2 3 4 5 6 7 0
13. Fui al médico como consecuencia de una pelea con mi pareja.	1 2 3 4 5 6 7 0
14. Mi pareja me agarró por el cuello como para estrangularme.	1 2 3 4 5 6 7 0
15. Mi pareja me gritó o chilló.	1 2 3 4 5 6 7 0
16. Mi pareja me lanzó contra una pared.	1 2 3 4 5 6 7 0
17. Necesité ver un médico como consecuencia de una pelea con mi pareja, pero no lo vi.	1 2 3 4 5 6 7 0
18. Mi pareja me dio una paliza.	1 2 3 4 5 6 7 0
19. Mi pareja me agarró con fuerza.	1 2 3 4 5 6 7 0
20. Mi pareja usó la fuerza (golpeándome, sujetándome o usando un arma) para obligarme a tener relaciones sexuales.	1 2 3 4 5 6 7 0
21. Mi pareja se fue furioso de la habitación, la casa o el patio durante una riña.	1 2 3 4 5 6 7 0
22. Mi pareja insistió en tener relaciones sexuales aunque yo no quería (pero no usó la fuerza física).	1 2 3 4 5 6 7 0

23. Mi pareja me dio una bofetada.	1 2 3 4 5 6 7 0
24. Me rompí un hueso como consecuencia de una pelea con mi pareja.	1 2 3 4 5 6 7 0
25. Mi pareja usó amenazas para hacerme tener sexo oral o anal.	1 2 3 4 5 6 7 0
26. Mi pareja me provocó quemaduras o me arrojó un líquido hirviendo.	1 2 3 4 5 6 7 0
27. Mi pareja insistió en que tuviera sexo oral o anal (pero no usó la fuerza).	1 2 3 4 5 6 7 0
28. Mi pareja me acusó de ser una amante pésima.	1 2 3 4 5 6 7 0
29. Mi pareja hizo algo para fastidiarme.	1 2 3 4 5 6 7 0
30. Mi pareja me amenazó con darme un golpe o arrojarme algo.	1 2 3 4 5 6 7 0
31. Todavía tenía dolores el día después de haberme peleado con mi pareja.	1 2 3 4 5 6 7 0
32. Mi pareja me dio una patada.	1 2 3 4 5 6 7 0
33. Mi pareja usó amenazas para hacerme tener relaciones sexuales.	1 2 3 4 5 6 7 0
34. Mi pareja controló lo que yo podía y no podía hacer.	1 2 3 4 5 6 7 0
35. Mi pareja me ocultó información.	1 2 3 4 5 6 7 0
36. Mi pareja se enfadó porque no estaba de acuerdo con él.	1 2 3 4 5 6 7 0
37. Mi pareja hizo algo deliberadamente para hacerme sentirme mal (menos inteligente, menos atractiva)	1 2 3 4 5 6 7 0
38. Mi pareja hizo algo deliberadamente para avergonzarme.	1 2 3 4 5 6 7 0
39. Mi pareja usó mi dinero.	1 2 3 4 5 6 7 0
40. Mi pareja se aprovechó de mí.	1 2 3 4 5 6 7 0
41. Mi pareja hizo caso omiso a lo que yo quería.	1 2 3 4 5 6 7 0
42. Mi pareja me aisló de mis familiares y amigos/as.	1 2 3 4 5 6 7 0
43. Mi pareja me prohibió el acceso al teléfono o al transporte.	1 2 3 4 5 6 7 0
44. Mi pareja me implicó en actividades ilegales.	1 2 3 4 5 6 7 0
45. Mi pareja utilizó a mis hijos/as para controlarme	1 2 3 4 5 6 7 0
46. Mi pareja me amenazó con la pérdida de la custodia de mis hijos/as.	1 2 3 4 5 6 7 0
47. Mi pareja me negó el acceso al dinero u otros recursos básicos.	1 2 3 4 5 6 7 0
48. Mi pareja reveló información para desacreditarme.	1 2 3 4 5 6 7 0

Te presentamos una lista de frases que una persona puede utilizar para **describirse a sí misma**. Por favor, lee cada frase y selecciona con una "X" la respuesta que mejor te describa.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecha conmigo misma.				
2. A veces pienso que no soy buena en nada.				
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgullosa.				
6. A veces me siento realmente inútil.				
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente.				
8. Ojalá me respetara más a mí misma.				
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy una fracasada.				
10. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				

La flor de loto que comienza como una pequeña flor en el fondo de un estanque en el barro, poco a poco sube hacia la superficie del agua en continuo movimiento hacia la luz. Una vez que sube a la superficie comienza a florecer y a convertirse en una hermosa flor.



**MUCHAS GRACIAS POR DEDICAR TU TIEMPO
A CONTESTAR ESTE CUADERNILLO.**

