

**El Papel de la resiliencia, como factor de protección, frente a la violencia de género:**

**Una revisión sistemática**

Rosa M. Beltrán Sales

Universitat Jaume I

Master de psicología general Sanitaria

Berenice Serrano Zárate

26 de junio de 2023

## RESUMEN

La violencia de género es una grave vulneración de los derechos humanos y un problema de salud pública que amenaza a muchas mujeres. Varios estudios reportan un impacto significativo en la salud mental de las mujeres sobrevivientes. Es un fenómeno complejo y multifactorial que requiere acciones coordinadas y es necesario identificar factores protectores que ayuden a eliminar o reducir sus efectos. El objetivo de este trabajo es revisar el cuerpo de conocimiento actual sobre la resiliencia como factor protector de la salud mental en mujeres víctimas de violencia de género. En virtud de lo anterior, se realizó una búsqueda sistemática con descriptores en tres bases de datos (APA PsychInfo, PUBMED y LILACS) y se analizaron en profundidad quince estudios para observar el rol de la resiliencia desde un punto de vista salutogénico. La resiliencia surgió como un factor protector frente a las consecuencias de la violencia de género en casi todos los estudios. No se encontraron evidencias significativas al respecto (se detallaron las posibles causas). Las limitaciones derivaban de la complejidad de los conceptos, muestras pequeñas y homogéneas, siendo la mayoría de los diseños transversales observacionales, lo que imposibilitaba determinar relaciones causales y extrapolar a otras poblaciones. Se recomienda la inclusión de la promoción de la resiliencia en las intervenciones y programas con mujeres sobrevivientes para ayudarlas a romper el ciclo de la violencia y favorecer su recuperación. Se destacan futuras líneas de investigación que puedan aportar evidencias de la resiliencia como factor protector y sus mecanismos de acción.

*Palabras clave:* Resiliencia; violencia de género, violencia de pareja; salud mental, factor de protección.

## ABSTRACT

Gender violence is a serious infringement of human rights and a public health problem that threatens many women. Several studies report a significant impact on the mental health of surviving women. It is a complex and multifactorial phenomenon that requires coordinated actions and it is necessary to identify protective factors that can help eliminate or reduce its effects. The objective of this work is to review the current body of knowledge on resilience as a protective factor for mental health in women victims of gender violence. By virtue of the above, a systematic search was carried out with descriptors in three databases (APA PsychInfo, PUBMED and LILACS) and fifteen studies were analyzed in depth to observe the role of resilience from a salutogenic point of view. Resilience emerged as a protective factor against the consequences of gender violence in almost all studies. No significant evidence was found in this regard (possible causes were detailed). The limitations were derived from the complexity of the concepts, small and homogeneous samples, most of the cross-sectional designs being observational, which made it impossible to determine causal relationships and extrapolate to other populations. The inclusion of resilience promotion in interventions and programs with women survivors is recommended to help them break the cycle of violence and favor their recovery. Future lines of research that can provide evidence of resilience as a protective factor and its mechanisms of action are highlighted.

*Keywords:* Resilience; gender violence; intimate partner violence; mental health; protective factor.

## **índice de figuras**

Figura 1. Diagrama de flujo de PRISMA de la búsqueda de estudios.

## **Índice de anexos**

Anexo 1. Relación de artículos y códigos asignados

Anexo 2. Manual de codificación

Anexo 3. Tabla con los resúmenes

Anexo 4: Cuadro resumen con las principales características de los trabajos revisados

## **1. Introducción y marco teórico**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La violencia contra las mujeres se considera una grave violación de los DDHH y se ha convertido, desde hace varios años, en un verdadero problema de salud pública manifestado en múltiples formas (violencia en el hogar, ejercida por la pareja o por terceros, violencia física, psicológica, sexual...). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), la violencia de pareja se ha transformado en un factor de riesgo que afecta a la salud de las mujeres (física, mental, sexual y reproductiva) y alerta que sus consecuencias pueden llegar incluso a ser letales (homicidio perpetrado por el maltratador o suicidio, de parte de la víctima). La estimación global plantea que cerca de una de cada tres mujeres (30%) han sufrido algún tipo de violencia, física y/o sexual, en algún momento de su vida (OMS, 2019). Existen múltiples estudios que perfilan la violencia de género como un factor de riesgo que predispone a sufrir una amplia gama de trastornos de salud mental, entre los que se destacan la depresión (Coker et al., 2002), trastornos derivados del estrés y trauma (Bennice et al., 2003; Campbell, 2002) o incluso los intentos de suicidio (Devries et al, 2011; 2013b). De aquí se derivan una serie de necesidades en mujeres víctimas de violencia de género que deben ser atendidas y que abarcan un amplio abanico de aspectos y costes: laboral o productivo, legal, sanitario, entre otros, los cuales deberán ser asumidos por la sociedad. Según Devries et al. (2013), la violencia de género es un fenómeno complejo, multisectorial y multifactorial que necesitará abordajes e intervenciones concertadas desde políticas públicas a niveles asistenciales, pasando por medidas de prevención, educación, etc. que deberán complementarse entre sí con el objetivo de lograr el mayor impacto posible.

### **1.2 Justificación del estudio teórico**

La investigación en el impacto que tiene la violencia de género como factor de riesgo frente a la prevalencia de sufrir algún tipo de trastorno psicopatológico ha sido notable. Según Lorente-Acosta (1999, 2001), casi el 60% de las mujeres que han sufrido tipo de violencia de género, presenta algún tipo de problema psicológico (de moderado a grave),

siendo frecuentes los casos que presentan cuadros de ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio (Amor, 2000). Se estudió la correlación existente entre las circunstancias de la violencia doméstica sufrida por la mujer y la gravedad de los trastornos psicopatológicos (Lorente-Acosta, 1999, 2001; Amor et al, 2002) con foco en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el malestar emocional en general. La duración del maltrato, la existencia de experiencias adversas en la infancia (McLaughlin y Lambert, 2017), la situación de la mujer en el hogar, la cercanía o lejanía del maltrato, su persistencia, ofrecían una relación directa sobre la gravedad de la manifestación psicopatológica. Otro hallazgo relevante de la literatura es que el apoyo, tanto familiar como social, era un factor protector que podían llegar a incidir en un menor impacto psicopatológico. La existencia de factores de protección generó alternativas sobre las que trabajar, pues ya no solo se abordaría la problemática desde la mirada psicopatológica sino también desde las directrices de campos como la psicología positiva, la resiliencia, el crecimiento postraumático; poniendo el foco en las posibilidades de superación, más que en la psicopatología y sus consecuencias. La clave estaba en identificar los mecanismos a través de los cuáles las mujeres podrían verse fortalecidas y recuperarse de una relación de violencia de género sin, necesariamente, llegar a sufrir consecuencias en términos de salud mental, recuperarse si ya tenían algún diagnóstico clínico (depresión, ansiedad, TEPT...).

La investigación sobre resiliencia, como factor de protección que le permiten a la persona superar las adversidades, inicialmente con el foco en niñas y niños), ha ido ampliando los ámbitos y poblaciones diana a lo largo de los últimos años, siendo las mujeres víctimas de violencia de género uno de ellos.

El objetivo del presente estudio es revisar el cuerpo de conocimiento actual en materia de resiliencia, como factor de protección de la salud mental, en mujeres víctimas de violencia de género. Hasta donde hemos podido revisar en la literatura existente y en la base de datos de revisiones sistemáticas Próspero, ésta es la primera revisión sistemática

sobre trabajos que abordan el tema de la resiliencia en mujeres víctimas de violencia de género y su impacto.

### 1.3 Estado del arte

Esta revisión sistemática se articuló en torno a dos variables centrales: resiliencia y violencia de género, cuya complejidad y matices requieren un análisis conceptual, para depurar su significado y facilitar la posterior revisión de los trabajos.

#### 1.3.1 Análisis conceptual: resiliencia

La palabra resiliencia deriva del latín *resiliens* – *resilientis*, participio presente del verbo *resilire* que significa ‘saltar hacia atrás, ‘rebotar’, ‘replegarse’. La Real Academia Española (RAE) la define en su primera acepción como “Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos”. Se trata de un fenómeno complejo que ha tenido varios enfoques y varias transformaciones en su definición conceptual a lo largo de su historia, aspecto que le ha generado críticas en términos de su propia validez interna (Ungar, 2011, 2013).

Uno de los primeros y más emblemáticos trabajos en abordar de manera sistemática el término resiliencia fue el de la psicóloga del desarrollo Emmy E. Werner quien, en 1955, inició un estudio longitudinal en la isla de Kauai (Hawái), con una muestra de casi 700 niñas y niños cuyas familias tenían diferentes condiciones de vulnerabilidad (pobreza, adicciones, etc.). Su hipótesis inicial era que los entornos y situaciones adversas en su niñez, podrían generarles consecuencias negativas en su salud y desarrollar psicopatologías en su edad adulta. Sin embargo, los resultados de su estudio mostraron que alrededor de un tercio de la población objeto de estudio tuvo un desarrollo sano y sin ningún tipo de patología (Werner y Smith, 1982; Werner, 1989, 1993). Estos resultados marcaron un hito para la aparición de un nuevo enfoque de la Psicología que pondría el punto de mira en los factores positivos, protectores, y no solo en la psicopatología y los factores de riesgo. Se destacó la importancia de cómo la interacción entre el riesgo, la resiliencia y la recuperación podían influir en el bienestar humano, motivando interés en el concepto de resiliencia y el desarrollo de investigaciones posteriores. En un primer momento las investigaciones pusieron el foco

en las capacidades individuales que les permitieron superar las diferentes adversidades a pesar de haber vivido en condiciones familiares y contextos desestructurados. No obstante, las autoras alertaron también sobre la interacción de esas capacidades o factores personales con factores ambientales existentes en el entorno, como las figuras de apego, como también recoge Elder (1993) quien retomó la investigación de Werner y Smith (1982) hasta la cuarta década de los niños y niñas.

A finales de los 70, aparece el modelo ecológico-sistémico de Bronfenbrenner (1979) el cual destaca el papel de las influencias ambientales. Se concreta la idea de que los factores ambientales pueden actuar como factores de riesgo, pero también como factores de protección. Mediante una interacción dinámica, sistémica, entre las habilidades personales y los factores ambientales, se puede favorecer la superación de situaciones adversas y desarrollar la resiliencia en las personas.

En los años 80 y 90 el foco se volcó en identificar el proceso de obtención de las cualidades de resiliencia identificadas, estudiando las dinámicas existentes en los procesos resilientes y la interrelación entre los factores de riesgo y de protección. Wolin y Wolin (1993) plantea una propuesta sobre los siete pilares de la resiliencia, identificados como cualidades que se encontraban habitualmente en personas resilientes (introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, creatividad, moralidad y humor). Edith Grotberg, por su parte, desarrolló el modelo de "competencia social", enfocado en el desarrollo de habilidades sociales y emocionales para fomentar la resiliencia en niños y las niñas, y jóvenes. Su trabajo se enfoca en cuatro tipos de interacciones: "yo soy" (relacionada con el apoyo social), "yo tengo" (vinculada con las habilidades personales) y, "yo soy" y "yo estoy" (relacionadas ambas con la fortaleza interna de las personas) (Grotberg, 1995). La resiliencia pasa a entenderse no ya como una capacidad, sino como un proceso que puede ser promovido y fortalecido. A principios de la década del 2000, Cyrulnik (2002), neurólogo y psiquiatra francés, retoma esta línea y se posiciona en contra del enfoque determinista según el cual las vivencias adversas de periodos tempranos implicaban consecuencias negativas. Pone el énfasis en el aspecto relacional y acuña el

término *tutores de resiliencia*, figuras clave en los procesos de resiliencia pues favorecen la generación de nuevas relaciones de apego sanas, en un entorno de confianza (Cyrulnik, 2002). Otro de sus aportes es la teoría del doble golpe, sobre la importancia de la mirada o reacción de otras personas, aspecto que toma especial relevancia en el caso de las mujeres víctimas de violencia de género o en niñas y niños víctimas de abusos o malos tratos, cuando debido al protocolo de acción (denuncias, revisiones, etc.), de manera reiterada reviven una y otra vez la situación traumática y las emociones asociadas (culpa, miedo...).

En 2003, Henderson y Milstein desarrollaron una propuesta vinculada con la resiliencia en contextos educativos, enfocada en los jóvenes desde dos perspectivas, promoviendo la construcción de la resiliencia en el ambiente, retomando la idea de los tutores de resiliencia propuestos por Cyrulnik (brindar apoyo y afecto, establecer y transmitir expectativas elevadas y a la vez realistas, en la línea del efecto Pigmalión (Rosenthal, 1983), brindar oportunidades de participación significativa) y mitigando los posibles factores de riesgo (generar sentido de pertenencia, comunidad, fijar límites claros y firmes, escucha, comunicación, resolución de conflictos, cooperación, entre otras).

Una propuesta similar es la de Barudy y Dantagnan (2005) con el modelo de los buenos tratos que resalta el papel de las figuras adultas (padres, familiares cercanos, profesionales...) en la construcción de la resiliencia de niños y niñas, y su modelo ecosistémico. Por su parte, Ungar (2011, 2013) propone un modelo ecológico de la resiliencia y refuerza la idea de los factores individuales y factores ambientales que se alimentan entre sí. La resiliencia implica aspectos individuales, pero debe entenderse como un constructo más complejo, dinámico, afectado por factores ambientales, contextuales y culturales, que se desarrolla a través de la interacción entre todos ellos. El autor entiende la resiliencia como un paradigma desde el que se puede fomentar el desarrollo de enfoques más inclusivos y holísticos para la prevención y tratamiento de los trastornos mentales, teniendo en cuenta la diversidad y complejidad de las experiencias humanas (Ungar, 2011).

Otro enfoque para entender la resiliencia es verla desde la perspectiva del resultado, cuando el propio concepto hace referencia no tanto a una capacidad o un proceso, sino al

resultado obtenido a partir de la adversidad y como consecuencia de esta, unida a otra serie de factores (Garmezy, 1991). Esta concepción de la resiliencia implica de poder sobreponerse a la situación adversa, un cierto crecimiento y desarrollo a raíz de esta lo que la acercaría más al concepto de crecimiento postraumático. A pesar de su complejidad, la constante evolución y las críticas a las que se ha visto sometido a lo largo del tiempo, el término resiliencia se considera un constructo muy relevante en el ámbito de la Psicología por su capacidad de incidencia en la salud mental. Según Masten (2014) es posible identificar una serie de factores protectores que favorecen la promoción de la capacidad de adaptación y recuperación de las personas frente a las adversidades de sus vidas. Esta autora visualiza la resiliencia como un proceso dinámico y multidimensional de recuperación después de un evento traumático. En dicho proceso influirán tanto factores internos como externos.

La resiliencia sería entendida como un proceso que favorece el desarrollo normal y saludable de algunas personas, aun cuando hayan vivido en situaciones desfavorables e incluso, en familias desestructuradas y en situación de precariedad socioeconómica y afectiva desde su niñez (Luthar y Cicchetti, 2000; Werner, 1984). Una definición más amplia del concepto, que abarque también adversidades vividas por personas adultas podría ser la siguiente “capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (Manciaux et al, 2001, citados en Vera Poseck et al, 2006, p 43).

A finales de la década de los 90, Seligman y Csikszentmihalyi (2000) establecieron que la psicología positiva promueve el cambio de una mirada centrada en la preocupación y la patología a otra enfocada en las cualidades positivas. Su trabajo se enfoca en experiencias subjetivas experimentadas por las personas: bienestar, satisfacción (pasado); esperanza y optimismo (futuro); y fluir y felicidad (en el presente). La psicología positiva y la resiliencia son dos conceptos cuya investigación se ha ido desarrollando y alimentando de manera recíproca. Lazarus (1993), en su trabajo “Del estrés psicológico a las emociones”, resaltaba el papel de la resiliencia para referirse a las personas que viven bajo condiciones

de estrés pero son capaces de generar estrategias de afrontamiento, gracias a sus características individuales. La literatura existente ya iba en la línea de que ciertas características se asociaban a las respuestas de personas resilientes: pensamiento constructivo (Epstein y Meier 1989), resistencia (Maddi y Kobasa 1984), esperanza (Snyder et al 1991), ingenio aprendido (Rosenbaum, 1983, 1990), autoeficacia (Bandura 1982) y sentido de coherencia (Antonovsky 1987), (citados en Lazarus, 1993 p 3). Lazarus (1993) habla de dos tipos de estrategias de afrontamiento: centrado en el problema o centrado en la emoción, sobre cómo interpretamos lo que ocurre, somos capaces de resignificarlo y bajar los niveles de estrés, aun cuando la situación estresante perdure.

La resiliencia psicológica lleva implícita la capacidad de recuperación después de haber vivido experiencias emocionales negativas así como también una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación respecto de las demandas y desafíos derivados de contextos estresantes (Block & Block, 1980; Block & Kremen, 1996; Lazarus, 1993, citados en Tugade y Fredrickson, 2004, p 320). La resiliencia se presenta pues como un componente clave del bienestar psicológico y la felicidad. Por otra parte, Fredrickson (1998, 2001) desarrolló el modelo de ampliación-construcción, que se centra en el efecto que tienen las emociones positivas a la hora de ampliar el repertorio de recursos de afrontamiento que cada persona posee en términos de pensamiento y acción. Según este autor, la capacidad de adaptación se ve incrementada en el caso de emociones positivas (agradables). Las emociones negativas (desagradables) por el contrario generan respuestas más cerradas, sin necesidad de una excesiva inversión cognitiva (ante un peligro hace falta una respuesta rápida, de huida, sin análisis de alternativas). Varias investigaciones apuntan hacia la teoría que las personas resilientes se caracterizan por presentar miradas acerca de la vida más optimistas, más positivas y entusiastas; muestran curiosidad ante los azares de la vida y se muestran abiertas a vivir nuevas experiencias y con ellas recibir nuevos aprendizajes, y presentan una alta emocionalidad positiva (Block y Kremen, 1996; Klohnen, 1996, citados en Lazarus, 1993). Evidencia adicional sugiere que las personas altamente resilientes cultivan proactivamente su emotividad positiva provocando estratégicamente emociones

positivas mediante el uso del humor (Werner y Smith, 1992), las técnicas de relajación (Demos, 1989; Wolin y Wolin, 1993), y pensamiento optimista (Kumpfer, 1999). La emocionalidad positiva emerge como un elemento clave de la resiliencia psicológica.

Según Luthans y Youssef (2007), la psicología positiva se enfoca en el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, con el objetivo de promover el bienestar y la felicidad de las personas, mientras que la investigación en resiliencia, por su parte, se enfoca en la forma y los mecanismos que utilizan algunas personas para poder enfrentar y superar situaciones adversas y estresantes en la vida.

Según Masten (2001), la investigación en resiliencia ha contribuido a la comprensión de cómo las personas pueden cultivar habilidades de afrontamiento y fortalezas que les permitan superar situaciones adversas y vivir una vida más plena y satisfactoria, aspecto éste último muy cercano a la esencia de la psicología positiva. Vera Poseck (2006) alude a los diferentes matices del término resiliencia y refiere una tendencia conceptual para los autores franceses y otra para los estadounidenses. Según esta autora, en el primer caso, vinculan la resiliencia con el crecimiento postraumático, y la entienden como la capacidad de salir incólume de una experiencia adversa, aprender de ella, mejorar y salir fortalecido. Cyrulnik (2002) quien define la resiliencia como "la capacidad de construir un crecimiento resiliente después de una experiencia traumática. Es una recuperación que nos deja en una posición mejor de la que estábamos antes del trauma" (p. 9). En el segundo caso, los autores estadounidenses abogan por un concepto más restringido de la resiliencia y hacen referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, como la capacidad de los metales de volver a su forma original, y con una marcada diferencia del concepto de crecimiento postraumático. El crecimiento postraumático estaría más ligado a los cambios positivos, de crecimiento que pueden tener lugar después de una adversidad, e incorporan también el término florecimiento o *thriving* (Carver, 1998, O'Leary, 1998. Según Tedeschi y Calhoun (2003) estos cambios positivos vivenciados en el proceso de recuperación del trauma pueden ser: "un cambio de perspectiva de uno mismo, un cambio en la percepción de las relaciones con los demás y un cambio en la filosofía de vida" (p. 4).

Un último matiz para ajustar el término resiliencia es señalar que al hablar de recuperación, se habla de “un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso” (Bonanno, 2004 citado en Vera Poseck et al, 2006, p. 40). Este matiz resulta interesante en el marco de la violencia de género por cuanto la resiliencia podría aparecer y desarrollarse no solo una vez haya finalizado la situación adversa (violencia) sino también durante el tiempo que se siga manteniendo.

### 1.3.2 Análisis conceptual: violencia de género

Al hablar de género se hará referencia a todas aquellas creencias, valores, actitudes, comportamientos, etc. que se atribuyen a los hombres y las mujeres, según los respectivos roles de género que les han sido asignados, y que varían a lo largo de la historia y de una zona geográfica o cultural a otra. Los roles de género, según la Organización Mundial de la Salud (2018), serían “construcciones sociales que conforman los comportamientos, las actividades, las expectativas y las oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas. Además, el género hace referencia a las relaciones entre las personas y a la distribución del poder en esas relaciones”. Los roles de género conforman aquello que la sociedad espera de una persona (comportamiento, aficiones, gustos, lenguaje...), según el género que se le ha asignado en el momento de nacer, en función de su sexo.

En este punto, si bien tradicionalmente el género se ha considerado binario (las personas se identificaban -identidad de género- con uno de los dos géneros - masculino y femenino - que se correspondía con el sexo que se le atribuía en el momento del nacimiento), desde hace varios años se ha roto esta dicotomía y el concepto de género se ha visto ampliado dando lugar a los denominados géneros no binarios en los que las personas no se reconocen en ninguno de los dos géneros tradicionalmente definidos.

Si nos referimos al término violencia de género, se partirá de la definición que las Naciones Unidas hicieron del fenómeno en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, celebrada en Beijing (China) en 1995):

“La expresión violencia contra la mujer se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada” (Naciones Unidas, 1995, p. 51).

El fenómeno de la violencia contra la mujer y las consecuencias que empezaban a visibilizarse llevó a Lenore E. Walker a acuñar el término Síndrome de la Mujer maltratada, cuyo origen se encuentra en la teoría de la indefensión aprendida, describe las secuelas psicológicas que sufren las mujeres víctimas de violencia doméstica y explica los motivos algunas mujeres siguen viviendo inmersas en las situaciones violentas y no son capaces de identificar otras alternativas que podrían ofrecerles mejores opciones, incluyendo su protección y el autocuidado (Dutton, 1992; Walker, 1994).

Si bien existe acuerdo sobre la urgencia, resulta difícil documentar el impacto real del fenómeno para definir políticas acordes a las necesidades así como ser capaces de hacer el seguimiento de su evolución, debido en parte a la disparidad de criterios de recogida de información, informes, etc. (Devries et al, 2013). ONU Mujeres (2020) en su Informe “A 25 años de Beijing: los derechos de las mujeres bajo la lupa” recoge que “un 18% de las mujeres de 15 a 49 años que han tenido pareja alguna vez han experimentado violencia física o sexual a manos de su pareja en los últimos 12 meses” (p. 5).

Sin embargo, a pesar del escenario legislativo favorable, el número de víctimas de violencia de género sigue aumentando (incluidos los casos de feminicidio y la violencia vicaria). La violencia de género es la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte para la mujer y tiene serios efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía (American Psychiatric Association (APA), 1999; Hughes y Jones, 2000; Resnick et al, 2000 citados en Jiménez y Uceda, 2015). Varios estudios abordan las consecuencias que la violencia de género tiene en la salud mental de las mujeres víctimas, observando diferentes patologías como la depresión y el TEPT (Walker, 1994), la ansiedad y alteraciones neuropsicológicas, entre otras (Devries et al, 2013; Torres García et al, 2021; Ith et al, 2022). En adición a lo anterior, cabe la posibilidad de comorbilidad y la aparición de

otros trastornos como la ansiedad, trastornos y estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y drogodependencias (Villavicencio y Sebastián, 1999). Algunos de los estudios se enfocan en identificar la eficacia de algunas de las intervenciones con mujeres sobrevivientes de violencia contra la mujer (Reid et al, 2021).

La situación vivida por cada mujer víctima de violencia es particular y caracterizada por circunstancias que se combinan entre sí y que tienen que ver, por un lado, con ella misma (creencias y actitudes, baja autoestima, culpa, malestar emocional, miedo...), y por otro con el agresor (perfil antisocial, tipología y gravedad de la violencia, “arrepentimientos” intermitentes, amenazas de suicidio o de muerte a la mujer o sus hijos e hijas - violencia vicaria-) pero también con la relación con el agresor en sí misma, ya que de ella se derivan aspectos como la dependencia económica, el aislamiento social y las dificultades para acceder a recursos comunitarios (salud, justicia, policía...), las posibles presiones familiares y sociales, entre otras. Todas estas circunstancias y factores hacen que resulte difícil romper con la relación con el agresor (Amor y Echeburúa, 2010) con el incremento en la vulnerabilidad y las consecuencias en términos de salud mental que eso conlleva.

En términos económicos, una estimación de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género (2016), recogida en el Informe sobre el Impacto de la violencia de género en España: Una valoración de sus costes tangibles (legales, laborales, sanitarios, alojamiento...) en 2016, arrojó una horquilla que oscilaba entre 1200 – 8500 millones de euros.

Parece necesario estudiar en profundidad qué elementos les pueden ofrecer a las mujeres sobrevivientes herramientas que les ayuden a salir de las situaciones de violencia o, cuando menos, mitigarla y ofrecerles alternativas saludables. En este contexto, y desde un punto de vista salutogénico, se plantea si la resiliencia podría ser un elemento que ayudara a las mujeres en su lucha contra la violencia y en su camino de recuperación.

#### **1.4. Pregunta de investigación**

¿Existe evidencia científica que demuestre el *rol positivo* de la *resiliencia*, como factor de protección, para superar situaciones de adversidad vinculadas con los malos tratos y favorecer la salud mental en mujeres víctimas de *violencia de género*?

#### **1.5. Objetivos**

Objetivo General: realizar una revisión sistemática para conocer la evidencia del papel de la resiliencia, como factor protector de la salud mental de las mujeres víctimas de violencia de género.

Objetivo específico 1: identificar en qué medida la resiliencia favorece los procesos de afrontamiento que una mujer víctima de violencia de género tiene ante una situación adversa.

Objetivo específico 2: identificar en qué medida la resiliencia permite favorecer los procesos de crecimiento a raíz de la vivencia de una adversidad (traumática o no) en la vida de una mujer víctima de violencia de género.

## **2 Método**

La presente revisión sistemática, siguiendo el protocolo de revisión de las guías PRISMA, aborda los hallazgos existentes en la literatura sobre el papel que juega la resiliencia, como factor de protección, en el caso de mujeres que han sufrido (o estén sufriendo) violencia de género. Los trabajos se buscaron entre los artículos académicos publicados y revisados por pares existentes en formato electrónico en tres de las Bases de datos de Psicología y Ciencias de la Salud disponibles en la biblioteca de la Universitat Jaume I (APA PsycInfo, Pubmed y LILACS).

### **2.1 Estrategia de búsqueda y criterios de selección**

El eje del estudio se articuló en torno a dos variables, la resiliencia y la violencia de género. Para preparar la búsqueda primaria del estudio y una vez definida la complejidad y matices de los dos términos, se procedió a identificar a través del Medical Subject Headings (MeSH) las acepciones existentes con el fin de optimizar la búsqueda y recuperar la información lo más exacta posible. Para el concepto resiliencia, surgieron tres acepciones

“Resilience, Psychological”, “Resilience M5 Protection Plus [Supplementary Concept]” y High “Reliability Organizations”. Se eligió la primera de ellas “habilidad humana para adaptarse frente a la tragedia, trauma, adversidad, dificultades y factores estresantes de la vida significativos y continuos (MeSH, 2009). Se tomó la acepción ‘Resilience, Psychological’ y aparecieron tres nuevas entradas, Psychological Resilience, Resiliency, Psychological y Psychological Resiliency. Se eligió nuevamente la primera pues las dos restantes hacían referencia al término ‘resiliency’ más vinculado al concepto ‘resistencia’ (precisamente, no se utilizó el símbolo \*, asterisco, para evitar la inclusión de términos asociados al concepto resiliency). La búsqueda del término resiliencia en español y francés, el MeSH no ofreció ningún resultado adicional.

Sobre el concepto de violencia de género, se tomaron como punto de partida los conceptos “violencia de género”, “violencia contra la mujer” y “violencia de pareja”. Al buscar el término ‘violencia de género’ (gender violence), el MeSH arrojó “Gender Based Violence”, “Violence, Gender-Based”, “Dowry Death”, “Death, Dowry” y “Dowry Deaths” (las tres últimas se refieren a un fenómeno vinculado con la “muerte por dote”). La “violencia de pareja” como “patrón de comportamiento agresivo y coercitivo por parte de un individuo contra su pareja o cónyuge que puede incluir daño físico, abuso psicológico, agresión sexual, aislamiento progresivo, acoso, privación, intimidación y coerción reproductiva” (MeSH: 2016). La búsqueda ofreció las acepciones: Partner Violence, Intimate, Violence, Intimate Partner, Intimate Partner Abuse, Abuse, Intimate Partner, Partner Abuse, Intimate, Dating Violence y Violence, Dating.

La búsqueda en MeSH de los conceptos ‘violencia contra la mujer’ y sus versiones en inglés y francés (‘violence against women’ o violence contre les femmes) no ofrecieron resultados por lo que se usaron solo los conceptos originales en la fórmula de búsqueda.

Se excluyeron de la búsqueda los términos ‘violencia intrafamiliar’ y ‘violencia doméstica’ por tratarse de términos con connotaciones diferentes a la ‘violencia de género’, si bien pueden llegar a utilizarse de manera indistinta. La violencia intrafamiliar se entiende como aquella que tiene lugar dentro de una familia y entre personas que conviven bajo un

mismo techo (salvo que mantengan relaciones como cónyuges). La violencia doméstica, se produce también dentro del ámbito familiar, pero puede sufrirla tanto la mujer (en cuyo caso estaríamos hablando de violencia de género en el ámbito familiar), niños y niñas, personas ancianas o con algún tipo de discapacidad. La violencia de género, en cambio, puede darse dentro o fuera del ámbito familiar y, aunque en muchas ocasiones es ejercida contra la mujer, por su pareja o expareja, puede también ser perpetrada por otras personas, familiares o no de la víctima, y también en otros contextos que deberán también ser tenidos en cuenta (situaciones de desastre natural, conflictos armados, entre otros).

En el momento de operativizar la búsqueda, se utilizaron los operadores booleanos (AND / OR), definiendo la siguiente ecuación de búsqueda:

("Psychological Resilience" OR "resilience" OR "resiliencia") AND (("Gender Based Violence" OR "Violence Gender-Based" OR "Dowry Death\*" OR "Death Dowry") OR ("Partner Violence Intimate" OR "Violence Intimate Partner" OR "Intimate Partner Abuse" OR "Abuse Intimate Partner" OR "Partner Abuse Intimate" OR "Dating Violence" OR "Violence Dating") OR ("Violence against women" OR "violencia contra la mujer" OR "violence contre les femmes"))

Con el objetivo de mejorar la búsqueda, se revisaron las bibliografías de los artículos seleccionados para ver si existía algún trabajo relevante que no hubiera sido reflejado en la búsqueda en las bases de datos. Asimismo, se consultó a expertos en materia de resiliencia y también de violencia de género acerca de cualquier estudio adicional que pudieran conocer y hubiera sido omitido en la selección de estudios, o bien tuvieran conocimiento de algún estudio relevante que todavía no hubiera sido publicado con el objetivo de incluirlo entre los trabajos a analizar. No se encontraron resultados adicionales a los de la búsqueda principal. La búsqueda se llevó a cabo a lo largo de los meses de abril y mayo de 2023.

## **2.2 Elegibilidad del estudio**

### **2.2.1 Criterios de inclusión**

Periodo 2018 – 2023 (últimos cinco años), descripción de la población (humanos, mujeres cisgénero, víctimas de violencia algún tipo de violencia de género, hayan

interpuesto, o no, una denuncia ante las autoridades competentes. Edad: 18 años, o más. Idioma del trabajo: inglés, francés y/o español (se tuvieron en cuenta estudios realizados en cualquier país del mundo, siempre y cuando estén escritos en una de las tres lenguas definidas). Disponibilidad del texto completo, de manera gratuita. Formato del documento: artículos de revista revisados por pares. Otro criterio fue incluido para la elegibilidad que no pudo ser aplicados de manera automática fue que los conceptos de resiliencia y violencia de género, o en cualquiera de sus equivalencias recogidas en la ecuación de búsqueda debían estar en el centro del trabajo, y no meramente como referencias.

### 2.2.2 Criterios de exclusión

Sexo: Hombres u otros no-binarios; Género: masculino u otros no binarios (transgénero u otros). Formato: se excluyen libros o capítulos de libro y tesis o tesinas. Estudios que hagan referencia a resiliencia familiar, social, institucional u otras. Registros duplicados obtenidos en diferentes bases de datos.

## 2.3 Selección de estudios y procedimiento de recogida de datos

La selección se llevó a cabo en un primer momento de manera automatizada, aplicando los criterios de inclusión y exclusión directamente en las bases de datos. Los artículos seleccionados pasaron una segunda criba manual en las que se verificaba que los artículos cumplían los criterios de inclusión y se enfocaban en el objetivo del trabajo. Finalmente, una lectura en profundidad permitió seleccionar los artículos que cumplían todos los criterios y que serían objeto de la revisión. Con el objetivo de recoger y ordenar todos los datos de los estudios analizados, se diseñó una tabla de codificación que permitió sistematizar todas las informaciones y características de los diferentes artículos. Los trabajos fueron codificados y en el resto de documento se utilizó el código que se les había asignado (Anexo 1 Relación de artículos y códigos asignados). La tabla de codificación recogía detalles e informaciones relevantes acerca de las diferentes variables, tipo de estudios, muestra, aspectos éticos, financiación, etc. de cada uno de los trabajos revisados para facilitar la posterior revisión, análisis y comparación de resultados. Con el objetivo de favorecer la codificación de las informaciones y asegurar la replicabilidad de este trabajo se

diseñó un sencillo manual de codificación que recogía, una por una, las variables analizadas, y el tipo y opciones de respuesta para cada una de ellas (Anexo 2 Manual de codificación). Los resultados del trabajo de codificación de cada uno de los estudios quedaron recogidos en una tabla de codificación (por su tamaño no se muestra en los anexos de este documento pero está disponible para su consulta).

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Resultados de la búsqueda**

La estrategia de búsqueda en las tres bases de datos seleccionadas identificó un total de 497 trabajos para su posible inclusión en la revisión sistemática. De estos, 433 fueron descartados por medio de herramientas automatizadas de las propias bases de datos por no cumplir los criterios de inclusión definidos en el presente estudio. Como se observa en la Figura 1, se recuperaron para un análisis más detallado 64 trabajos, de los cuáles 15 cumplieron con todos los criterios de inclusión y fueron escogidos para el análisis en profundidad de esta revisión sistemática. Los 49 estudios excluidos manualmente no cumplían con los criterios de inclusión, según se detalla a continuación (de mayor a menor número de artículos): La resiliencia aparecía de manera tangencial en el estudio, no era el foco del estudio: 13; la resiliencia no aparecía ni en el título, ni palabras clave, ni resumen: 10; No se cumplía el criterio de edad (mayores de 18 años): 7; la población no era mujer cisgénero: 6; otras disciplinas y/o temáticas: 4; el artículo trabajaba sobre otros tipos de resiliencia (no psicológica): 2; no abordaba la violencia de género contra la mujer: 2; no había acceso a la versión completa gratuita: 2; no había ninguna referencia explícita a la resiliencia: 1; no eran artículos de revista: 1; la fecha era anterior al periodo definido (2018-2023): 1.

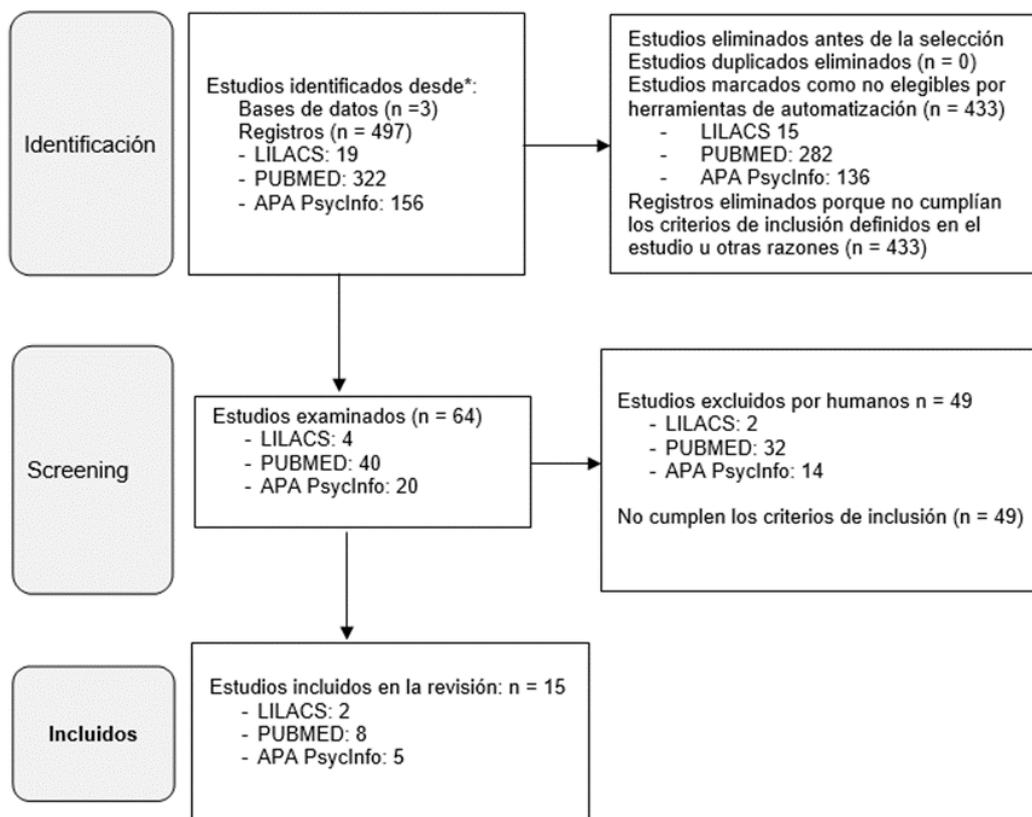
No se hallaron estudios ni referencias repetidas por lo que los 15 artículos se corresponden con el total de trabajos de investigación revisados. Todos los estudios analizados habían sido objeto de una revisión por pares antes de su publicación, aspecto considerado como requisito imprescindible por todas las revistas que aparecen en el

estudio, y en todos los casos se partió de una población que ya había estado expuesta a la variable violencia de género.

En el Anexo 3 se presenta un resumen de cada uno de los 15 artículos revisados en profundidad para la presente revisión sistemática.

Figura 1

*Diagrama de flujo de PRISMA de identificación de estudios a través de bases de datos y registros y otras fuentes.*



Al observar la figura del investigador/a principal, del total de 15 estudios, en un 80% (12 trabajos) el protocolo de la investigación fue diseñado, preparado y llevado a cabo por una mujer. Los hombres son los investigadores principales de 3 trabajos (20% del total).

En cuanto a los países en los que se realizaron los estudios sobre resiliencia, violencia de género y salud mental, encontramos Europa (5 estudios, 1 en Italia, 1 en Polonia y 3 en España), América del Norte (4 estudios EE. UU.), África (4 estudios, 1 en Tanzania, 1 en Kenia y 2 en Sudáfrica) y América Latina (2 estudios, 1 en Colombia y 1 en Brasil). Si atendemos a los países de afiliación cuyos organismos apoyan los estudios

encontramos también la inclusión de Dinamarca (1 estudio en Tanzania), Reino Unido y Canadá (1 estudio en Kenia), EEUU (1 estudio en España).

Sobre sus fuentes de financiación, cuatro de los estudios no lo especificaron; tres informaron no haber recibido financiación para llevar a cabo los estudios; los ocho restantes informaron varias fuentes: dos entidades gubernamentales (dos agencias internacionales de cooperación al desarrollo), una institución público-privada, una paraestatal y una universidad (como cofinanciadora).

### **3.2. Calidad metodológica de los trabajos seleccionados**

Para evaluar la calidad metodológica y el rigor de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática, teniendo en cuenta las limitaciones inherentes al formato y las posibilidades de un trabajo final de master, se eligieron dos herramientas, la lista de verificación del Critical Appraisal Skills Program (CASP) como herramienta de evaluación de trabajos cualitativos, y la herramienta de evaluación de la calidad para estudios cuantitativos del Effective Public Health Practice Project (EPHPP). En el caso de los estudios cualitativos a través de la lista de verificación del Critical Appraisal Skills Program (CASP) como herramienta de evaluación diseñada para ayudar a las revisiones sistemáticas al evaluar de una manera metódica y rigurosa la confiabilidad, la relevancia y los resultados de los artículos revisados. Salvo uno de los artículos revisados que obtuvo una valoración más débil, el resto de los trabajos, cubren la práctica totalidad de las áreas objeto de evaluación (validez, resultados y pertinencia del trabajo). Para los estudios cuantitativos se utilizó la herramienta de evaluación de la calidad del Effective Public Health Practice Project (EPHPP). En el caso de los siete trabajos seleccionados y revisados, siguiendo las directrices de valoración de EPHPP, obtuvieron una valoración global en la que cuatro fueron calificados con una calidad metodológica fuerte, dos moderada y uno débil.

### **3.3. Diseño del estudio**

Los trabajos elegidos habían sido publicados en revistas científicas que consideraban la revisión por pares como un elemento imprescindible. Un análisis sobre las características del diseño y la metodología utilizadas en los trabajos mostró 7 estudios

cualitativos (n1, n2, n4, n8, n10, n11 y n15) y 7 cuantitativos (n3, n5, n6, n7, n9, n12, n13 y n14). Siete de los estudios se centraron en el análisis temático (teoría fundamentada) como metodología para explorar y construir conocimiento de una manera inductiva y descriptiva, identificando categorías y subcategorías en las narrativas de las mujeres, obtenidas a partir de entrevistas en profundidad, estructuradas o semiestructuradas,. Uno de los estudios (n15) utilizó el enfoque fenomenológico (fenomenología hermenéutica heideggeriana) para explorar como las mujeres del estudio daban sentido a su mundo, interpretaban y dotaban de significado los eventos acaecidos en sus vidas y sus relaciones, pasadas y futuras, buscando experiencias comunes, particularidades y patrones que pudieran explicar sus procesos de resiliencia frente a la violencia de género.

Algunos trabajos revisados (n14, n13, n16) se integraron en una investigación de mayor envergadura que ya estaba en curso de la que obtuvieron datos secundarios con los que completar su investigación. En uno de los casos (n13) se diseñó un estudio cualitativo descriptivo en formato reporte de casos que se integró en un estudio experimental (ensayo clínico controlado aleatorizado) anterior que le sirvió como fuente de datos secundarios.

En la Tabla 1 se recoge un cuadro comparativo con las características de los diferentes trabajos revisados.

**Tabla 1**

*Cuadro comparativo con las características de los diferentes estudios revisados.*

<b>nº</b>	<b>Método</b>	<b>Diseño - Papel investigador</b>	<b>Dimensión temporal</b>	<b>Causa - efecto</b>
01	Cualitativo descriptivo	Observacional Reporte de casos n=7	Transversal	Retrospectivo
02	Cualitativo, descriptivo exploratorio	Observacional Serie de casos n=12	Transversal	Retrospectivo
03	Cuantitativo, descriptivo	Observacional Serie de casos n=52	Transversal	Retrospectivo
04	Cualitativo, descriptivo	Observacional Reporte de casos n=8	Transversal	Retrospectivo
05	Cuantitativo descriptivo	Observacional Serie de casos n=162	Transversal	Retrospectivo

nº	Método	Diseño - Papel investigador	Dimensión temporal	Causa - efecto
06	Cuantitativo, descriptivo	Observacional serie de casos n=1007	Transversal	Retrospectivo
07	Cuantitativo descriptivo	Observacional estudio de cohortes n=355	Transversal	Retrospectivo
08	Cualitativo descriptivo	Observacional Serie de casos n=40	Transversal	Retrospectivo
09	Cuantitativo descriptivo	Observacional Serie de casos n=189	Transversal	Retrospectivo
10	Cualitativo descriptivo	Observacional Serie de casos n=107	Longitudinal	Retrospectivo
11	Cualitativo descriptivo	Observacional Serie de casos n=60	Transversal	Retrospectivo
12	Cuantitativo descriptivo	Observacional Serie de casos n=109	Transversal	Retrospectivo
13	Cuantitativo descriptivo	Observacional Cohorte longitudinal n=1089	Longitudinal	Ambispectivo
14	Cuantitativo descriptivo	Observacional Serie de casos n=255	Transversal	Retrospectivo
15	Cualitativo descriptivo	Observacional Estudio de cohortes n=13	longitudinal	retrospectivo

### 3.4. Resultados asociados a las diferentes variables objetivo

El estudio se diseñó con dos variables principales, resiliencia, violencia de género (actuó como factor de riesgo en todos los trabajos) y la salud mental que adquirió diferentes formas a lo largo de los trabajos (depresión, TEPT, ansiedad, angustia...).

#### 3.4.1. Violencia de género

El término *violencia de género* aparece con nueve designaciones diferentes, tres de ellas genéricas aunque vinculadas a la violencia contra la mujer (conflictos armados, violencia interpersonal y violencia), y seis específicas que hacen referencia a la violencia ejercida contra la mujer (violencia sexual, victimización sexual, violencia contra la mujer, violencia de pareja, violencia doméstica y violencia de género). La violencia de género fue una constante en todos los trabajos y actuó como factor de riesgo.

### 3.4.2. Resiliencia

Como se observa en la Tabla 2, un análisis detallado del concepto resiliencia informó hasta seis roles o descriptores diferentes, en función del rol o tipo de variable.

**Tabla 2**

*Variaciones conceptuales del significado del término resiliencia en los trabajos revisados.*

Definición resiliencia	Frases en las que aparece el término con el que se describe la resiliencia en los diferentes artículos
Capacidad	n1 "capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas" (García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013, p. 66)"; n4 "la capacidad de superar la adversidad, resultante de la interacción entre los factores de riesgo y de protección, arraigada en sistemas interconectados, como el individuo, la familia, la comunidad y la cultura" (Mariscal, 2020, citado en Rollero, 2020, p 2); n7 "capacidad de adaptación de cada persona para hacer frente a la adversidad, recuperarse después de las dificultades, tener una capacidad de gestión emocional y adaptación al cambio sentimientos desagradables y adaptarse al cambio (Bonanno, 2004; Coono, 2003)"; n10 "capacidad que tiene una persona para hacer frente al estrés y recuperarse de un trauma mediante el uso de los recursos ambientales (Windle, Bennett y Naves, 2011)"
cualidad (innata)	n5 "cualidades personales que permiten prosperar frente a la adversidad (medir la tenacidad, la presión y el control, la adaptabilidad y el apoyo, el control y el propósito, y la espiritualidad)"
proceso	n2 "un proceso de movilización interna que desencadena un movimiento de ruptura existencial y de apertura hacia el otro, con el objetivo de ser ayudado, de trascender la experiencia, y encontrar un nuevo sentido a la existencia, aunque sea provisional"; n3 "[...] proceso de desarrollo dinámico que implica el logro de una adaptación positiva en el contexto de una adversidad significativa (Luthar et al, 2000; Egeland et al, 1993; Masten, 2001) [...] Al hablar de resiliencia no se hace referencia a un proceso individual sino a de uno desarrollado / determinado de forma múltiple, que no es fijo y estanco, sino que evoluciona"; n3 proceso dinámico en el que interactúan factores psicológicos, sociales, ambientales y biológicos, y todos ellos convergen para favorecer que la persona desarrollo / mantenga / recupere su salud mental incluso a pesar de la exposición a situaciones adversas, en ocasiones traumáticas; n9 "la resiliencia psicológica es tanto un proceso dinámico como un resultado que resulta de que las personas puedan interactuar con su entorno para promover el bienestar mental o protegerse contra la influencia de factores de riesgo adversos"; n12 "el proceso de utilizar las fortalezas (individuales, familiares o comunitarias) después de la adversidad para lograr resultados positivos como el crecimiento postraumático y el bienestar subjetivo (según el Modelo de portfollio de resiliencia de Grych et al., 2015);
Resultado	n9 "la resiliencia psicológica es tanto un proceso dinámico como un <b>resultado</b> que resulta que las personas puedan interactuar con su entorno para promover el bienestar mental o protegerse contra la influencia de factores de riesgo adversos"; "como el <b>resultado</b> a alcanzar si se utilizan estrategias adecuadas de afrontamiento frente a la sintomatología de TEPT. Resiliencia como resultado ("El afrontamiento es modificable con la intervención (Carlson, 1997; Steinhart & Dolbier, 2008) y, por lo tanto, puede contribuir a fomentar la resiliencia y la recuperación entre las personas expuestas al trauma").
indicador	n10 "la resiliencia como <i>indicador</i> de afrontamiento y superación del problema, según se desprende del "modelo triádico de resiliencia" de Grotberg (1999, citado en Puig y Rubio (2013)"
Moderador, modulador - factor protector	n5 "factor protector (Connor y Davidson, 2003); n6 "moderador potencial del efecto de la exposición a violencia de pareja en la depresión post natal"; n11 "factor de protección, como una influencia positiva en la superación de situaciones adversas que pueden llegar a afectar tanto a la salud emocional como psicológica de las mujeres víctimas"; n13 "como factor moderador (protector) potencial del impacto longitudinal de la exposición física/sexual a la violencia de pareja en la angustia posparto. en una muestra de mujeres sudafricanas"; n14 La resiliencia, como un factor protector, modulador, que favorece el "retorno homeostático a una condición previa" del individuo, antes de haber sufrido un evento adverso".
Adaptación positiva	n15 "adaptación positiva durante y después de experimentar la adversidad (Bonanno, 2004)

NOTA: La tabla recoge la palabra que se le atribuye a la resiliencia (columna izquierda) y las expresiones empleadas en los diferentes trabajos revisados (columna derecha). El código del trabajo se referencia como n + nº asignado al trabajo en la tabla de codificación.

La complejidad inherente al concepto de resiliencia se traduce también en los diferentes modelos en torno a la resiliencia: Modelo de la tríada de la resiliencia o modelo teórico de Grotberg (o modelo de las verbalizaciones resilientes); modelo de la Casita de Vanistendael, como atención en las fortalezas y potencialidades de cada persona, y no tanto en sus traumas (Vanistendael, 1995); teoría de la resiliencia del ego (Block y Kremen, 1996, la resiliencia como concepto dinámico aborda el modo en el que las personas son capaces de hacer frente a las adversidades de la vida (diseñaron la escala de resiliencia del ego); teoría de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1992); teoría de la resiliencia (Yates, 2015); trabajo de Connor y Davidson (2003, resiliencia como factor de protección frente a las experiencias adversas (desarrollan la escala de la resiliencia); modelo de la resiliencia de Werner y Smith (1971, 1992); Modelo de Bonnano (la resiliencia como una trayectoria estable de funcionamiento saludable después de un evento altamente adverso); modelo del portafolio (cartera) de la resiliencia (Grych, Hamby, & Banyard, 2015); teoría de la diátesis-estrés (Monroe & Simons, 1991; las vulnerabilidades previas (diátesis) pueden hacer que sea más difícil para las personas lidiar con los factores estresantes de la vida, como la violencia de pareja); teoría sindémica (Illangasekare et al., 2013; Singer, 2006), postula que la interacción sinérgica entre las condiciones adversas existentes, como la violencia de pareja y VIH, puede generar consecuencias más graves en la salud, que si se experimentaran de una en una; modelo de causalidad social y un modelo de selección de apoyo social aplicados a la resiliencia: en la teoría original de la causalidad social y de la selección social se centraron en la relación entre un bajo estatus socioeconómico y el riesgo de trastornos psicológicos (Johnson, Cohen, Dohrenwend, Link, & Brook, 1999); modelo de autoexpansión de Aron et al. (1998) "Las personas están inherentemente motivadas para mejorar y nutrirse en áreas como el conocimiento, las identidades, las capacidades y las experiencias. Dentro del modelo de autoexpansión, las relaciones son el medio principal

para mejorar los aspectos del yo y la experiencia que se asocia positivamente con la calidad de la relación” (Aron et al., 2004, en Rodenhizer, 2021, p 1339).

La resiliencia se plantea como un factor protector o variable moduladora en la mayoría de los trabajos revisados. Sin embargo, en uno de los estudios (n6) no pudo probarse que la resiliencia tuviera una acción moderadora o protectora del efecto de la exposición a violencia de pareja durante el embarazo sobre el riesgo de depresión prenatal. Las limitaciones planteadas por el fueron que la escala de resiliencia no había sido validada en Tanzania y que la resiliencia podría necesitar de una medida longitudinal por tratarse de un constructo no estático que se va construyendo con el tiempo.

### **3.4.3. Afrontamiento**

El afrontamiento es una variable que toma una relevancia especial dada su estrecha relación con la resiliencia y que se repite a lo largo de los artículos. En n1 y n2 surge como respuesta a las situaciones derivadas de las agresiones sexuales. En n5 los resultados muestran que puntuaciones bajas en resiliencia supondrán la falta de estrategias de afrontamiento adaptativas (tenacidad, presión y control, adaptabilidad y apoyo, control y propósito, y espiritualidad), lo cual podría explicarse debido a la impotencia que se experimenta ante la violencia reiterada de parte de sus parejas. En algunos de los artículos (n3) se convierte en el eje central de estudio para estudiar como las estrategias de afrontamiento ayudan a las mujeres víctimas de violencia de género a superar la adversidad. El afrontamiento se vincula de una manera directa con la resiliencia en varios de los artículos y a diferentes niveles, pudiendo actuar como precursor de la resiliencia que se convierte en un resultado (n10). En este mismo trabajo se llegaron a encontrar 20 estrategias diferentes de afrontamiento frente al TEPT. En la misma línea, en n11 se identifica una asociación más de dichas fortalezas con el bienestar subjetivo que con el crecimiento postraumático. Este aspecto podría ser explicado al vincular la ruptura de una relación violenta gracias al afrontamiento y el bienestar subjetivo que puede obtenerse.

#### 3.4.4. Variables moduladoras

Adicionalmente, en los diferentes trabajos han aparecido otras variables que han actuado como moduladoras (que mitigan o que exacerban los efectos estudiados) o como factores de protección vs riesgo. Como factores moduladores, además del afrontamiento revisado más arriba, los trabajos identificaron también el apoyo social, estatus socioeconómico; apoyo social familiar; religiosidad, todas ellas vinculadas a la resiliencia. Y también la prevención. Adicionalmente, otra serie de covariables fueron analizadas para estudiar su incidencia en la salud de las participantes como el estado serológico (y el impacto que podía tener su diagnóstico en la salud mental y en cómo la resiliencia podía tener un papel protector). Otras variables identificadas fueron las vinculadas con características y circunstancias personales (duración de la relación, estado de cohabitación, número de hijos e hijas, embarazo anterior y edad gestacional al inicio del estudio, entre otras) y las variables sociodemográficas (edad, sexo, raza / etnia, nivel de estudios, estado civil, nº de hijas e hijos, entre otras). Según el enfoque, las mismas variables resiliencia y violencia de género, fueron definidas como variables moduladoras.

##### Sexo – Genero

Ambos conceptos implican múltiples términos asociados por lo que se codificaron diferentes opciones con el objetivo de investigar si cada una de ellas generaba diferencias significativas en los resultados de los trabajos: sexo, orientación sexual, género e identidad de género (el presente trabajo se había centrado en las mujeres cisgénero). En términos generales, prácticamente ninguno de los trabajos especificaba aspectos como la orientación sexual (tan solo en dos de ellos se definía que la población de la muestra fue heterosexual o mayormente heterosexual, aunque como descripción, no como variable moduladora).

##### Raza

La literatura existente evidencia diferencias significativas en cuanto a las estrategias de afrontamiento que adoptan las mujeres víctimas de violencia de género en función de su raza (Weiss et al., 2016), y uno de los trabajos analizados (n10) se enfoca precisamente en

estudiar el tipo de estrategias que utilizan las víctimas afroamericanas de violencia de pareja para hacer frente a los síntomas específicos del TEPT, concluyendo que los resultados deben ser tomados con precaución pues aun cuando una estrategia de afrontamiento de huida pudiera ser entendida como adaptativa, en función del contexto, puede no serlo adaptativa. En la Tabla 2 se observa el papel que ha jugado la variable raza en los cinco estudios y en calidad de qué la contemplan (descriptor, variable, modulador...).

**Tabla 2**

*Descripción de la variable raza en el marco de los estudios de la presente revisión sistemática.*

<b>Código</b>	<b>Raza</b>	<b>Resultados</b>
n7	355 mujeres (41,4% blanca, 25,9% hispana, 16,3% negra, 13,5% asiática / isleña del Pacífico y 2,8% otra	Las variables Experiencias Adversas en la Infancia (0, 1-2 o +3) y alta vs baja resiliencia, no fueron significativamente diferentes en relación con la raza/origen étnico, ingreso medio vecindario o edad. Hubo 50 mujeres que completaron el cuestionario sobre datos demográficos pero no quisieron completar el de EAI y SM, y <i>la única diferencia fue que era más probable que marcaran "otros" o "raza/etnia desconocida"</i>
n10	Afroamericana (el estudio micro longitudinal donde se inserta trabaja con población afroamericana, latina y blanca)	La muestra que está conformada por mujeres afroamericanas, sin embargo, el estudio no la incluye como variable independiente pues la muestra es homogénea. El estudio si recoge algunos resultados de otras investigaciones que hacen referencia a diferentes significativas en personas afroamericanas que utilizan un mayor uso de estrategias supuestamente adaptativas y desadaptativas (p. ej., Plummer & Slane, 1996; Rodriguez, 1997; Tate et al., 2006; Weiss et al., 2016), las consecuencias de estas estrategias mostraron diferencias entre los grupos raciales/étnicos (p. ej., Aldridge-Gerry et al., 2011; Richman, Sohmer, Rospenda y Shannon, 2011; Weiss et al., 2016)
n14	109 blancas no hispanas; 106 hispanas; 21 africano - estadounidenses; 9 asiático - EEUU; 1 nativa americana; 1 isleña del Pacífico y 8 mujeres de raza mixta	La raza se detalla en el estudio como un mero descriptor de la muestra, no tanto como una variable objeto del estudio y sobre la cuál pueden extraerse conclusiones sobre su incidencia y relación con los resultados obtenidos.
n15	Blanca	La raza (blanca) no se planteó como una variable de estudio para observar en qué medida se relacionaba con el modo en que las mujeres eran capaces de gestionar la violencia de pareja y darle sentido futuro a su vida y a sus relaciones de pareja. La raza fue un mero descriptor de la muestra que participó en el estudio.

Los resultados de la revisión sistemática muestran que un 20% de los trabajos revisados recogen la raza como variable sociodemográfica, sin embargo tan solo en uno de los casos se la tuvo en cuenta como variable moderadora y no solo descriptora de la muestra.

## Cultura

La cultura se informa en algunos de los estudios (n10) como un factor relevante en torno a la violencia de género y al impacto que puede tener en la salud de las mujeres. La literatura existente muestra la existencia de diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en función de las razas, sin embargo no se aborda de manera exhaustiva en los artículos revisados. En tres de ellos (n6, n9 y n13) se tiene en cuenta la lengua al desarrollar las encuestas en el idioma propio de las mujeres participantes, swahili, kiswahili y zulu (o en inglés, en función de la preferencia de cada mujer). Algunos estudios (n10) la plantearon como variable significativa a la hora de identificar estrategias de afrontamiento y, particularmente, cómo algunas estrategias podían ser adaptativas en una cultura y desadaptativas en otra. Por ejemplo, la interseccionalidad, como el efecto de la coincidencia de desigualdades sistémicas superpuestas sobre factores como el género, la etnia/raza y la clase social, puede jugar en contra de las mujeres y aumentarles la carga de estrés por lo que una estrategia de afrontamiento de huida puede llegar a resultarles útil y adaptativa (Plummer y Slane, 1996) aunque putativamente podría ser considerada desadaptativa. La sensación de control en lo inmediato, derivada de la evitación, pudiera tener un efecto de refuerzo de la conducta de modo que, a medio y largo plazo, podría generar un incremento de la esperanza y la sensación de control sobre las emociones aversivas que está sufriendo (Roth y Cohen, 1986).

### **Principales resultados de los trabajos revisados**

Tal y como se ha podido constatar en apartados anteriores, y derivado de la complejidad inherente al concepto de resiliencia, los trabajos revisados, centrados en las adversidades vividas por varios colectivos de mujeres víctimas de violencia de género, abordaban el concepto desde varios modelos teóricos que arrojaban una serie de resultados que la describían desde ópticas diferentes aunque alineadas todas ellas con la idea de su papel como factor moderador y protector de la salud mental.

En algunos casos, la resiliencia actúa como un proceso dinámico, interactivo, (n1, n3) en el que convergen varios factores, tanto personales, internos, como contextuales,

sociales y familiares, los cuáles se configuran como cruciales para que la resiliencia pueda desarrollarse y favorezca la toma de conciencia, el afrontamiento de las situaciones adversas vividas y, en algunos casos, también el crecimiento, a raíz de dichas adversidades, y de qué modo todo ello acaba favoreciendo la salud mental. Esta mirada se desprende tanto del modelo de la tríada de la resiliencia de Grotberg (1979), como de la teoría de la resiliencia del Ego (Block y Kremen, 1996). Los indicadores de apoyo social (conexión social, lazos de red más fuertes y comunidades de apoyo) aparecieron como factores clave para fomentar la resiliencia entre las mujeres maltratadas en varios trabajos ((n1, n3, n9). El modelo de la cartera de la resiliencia está en la base del trabajo n12 y plantea la resiliencia como el proceso de utilizar las fortalezas (individuales, familiares o comunitarias) después de la adversidad para lograr resultados positivos como el crecimiento postraumático y el bienestar subjetivo. Según este modelo, existen dos factores la densidad y la intensidad de las fortalezas, predictores significativos del crecimiento postraumático que pueden reforzarse mediante intervenciones de amplio espectro (Roepke, 2015). Aumentar el apoyo social, por ejemplo, sería una prioridad debido a su efecto amortiguador del estrés, además de ofrecer nuevas vías de crecimiento. También se necesita conciencia emocional para facilitar la adaptación positiva y reducir la vulnerabilidad a la revictimización (Zamir & Lavee, 2015).

Otros enfoques buscan comprender cual es el proceso de construcción de la resiliencia y los mecanismos que se pusieron en marcha para ello teniendo en cuenta las vivencias de las mujeres víctimas de violencia de género en los estudios, identificando la resiliencia como un proceso de *movilización interna* que se abre a la posibilidad de superar las adversidades y de trascender (n2).

Algunos elementos empiezan a perfilarse como factores favorecedores de la resiliencia a lo largo de los trabajos, aspectos relacionados con el cuidado (de las hijas e hijos sobre todo). De hecho, la responsabilidad que sentían hacia ellos fue uno de los que se mostró con más fuerza (n2), las redes de apoyo, tanto familiares, como sociales, institucionales, entre pares (n2, n4), la trascendencia, algunos estudios hablan de

religiosidad, aunque se sugiere poder utilizar también el término espiritualidad, por resultar más amplio. Los trabajos identificaron asimismo factores de riesgo. Las mujeres sobrevivientes de violencia que habían sufrido violencia doméstica donde el padre había sido el perpetrador de la misma cuando eran niñas tenían puntuaciones más bajas en la escala de resiliencia que las mujeres víctimas que seguían viviendo con el perpetrador (n3). La edad se mostró también como predictor de resiliencia, a mayor edad, las mujeres parecían contar con más herramientas y con ello aumentaba su resiliencia (n3).

En términos de salud mental varios estudios (n11, n13) se plantearon examinar el papel de la resiliencia para ver su efecto sobre la salud mental de víctimas de violencia de pareja. Para ello se trabajó con el constructo resiliencia y las diferentes dimensiones que lo integran (flexibilidad, locus de control y resistencia) en n11, y factores identificados con la resiliencia, como son estatus socio económico, apoyo social familiar y religiosidad en n13. Las mujeres con altos niveles de resiliencia no tomaban medicación, mientras que las que tenían bajos niveles si lo hacían. Los resultados muestran una relación negativa entre resiliencia y trastornos psicopatológicos y medicación. Las mujeres víctimas de violencia de pareja que puntúan alto en resiliencia mantienen estrategias de afrontamiento activas ante la situación adversa que están viviendo como herramientas para determinar la influencia de las variables de interés, busca conocer la situación como manera de favorecer el control y, por ende, la resiliencia como indicador de afrontamiento y superación del problema. Estos resultados podrían implicar que la resiliencia favorece una salud mental más estable en mujeres que padecen violencia de pareja.

En la línea de la relación entre la resiliencia y la salud mental, el TEPT, la depresión y la ansiedad son los tres trastornos más abordados en los estudios revisados (n5). Uno de los estudios puso el foco en la prevalencia de mujeres con TEPT vs TEPTC así como en la existencia de factores de protección (resiliencia y las estrategias de regulación emocional) o de riesgo (la gravedad de la violencia o el miedo al agresor) correlacionaban con los síntomas del TEPTC. Los resultados informaron que la prevalencia de TEPTC era el doble (39,50%) de la prevalencia de TEPT (17,90%). Los resultados mostraron que bajos niveles

de resiliencia y, en particular, una tendencia a suprimir la expresión de emociones, podían aumentar el riesgo de desarrollar síntomas de TEPTC. En otro de los estudios (n10) la resiliencia se planteó como resultado a alcanzar si las mujeres utilizan las estrategias de afrontamiento adaptativas frente a los síntomas individuales del TEPT. Los resultados arrojaron 19 estrategias (20 en realidad, pero una de ellas fue "no hacer nada" - ver limitaciones) para hacer frente a los síntomas individuales del TEPT, que variaron en función del síntoma experimentado. Los resultados subrayan la importancia de investigar las experiencias de los síntomas y las estrategias de afrontamiento a nivel de síntomas individuales vs grupo de síntomas, lo que tiene implicaciones clave para futuras investigaciones y desarrollo de intervenciones. Algunas de las cuales fueron utilizadas con mucha frecuencia para hacer frente a múltiples síntomas (apoyo social 17,1%, no hacer nada 16,3%, Uso de sustancias 13,6%), otras se aprobaron con poca frecuencia y/o solo se usaron para hacer frente a uno o dos síntomas. La estrategia más respaldada, el afrontamiento a través del apoyo social, tiene el potencial de promover la resiliencia en las mujeres.

En n7 la resiliencia se dibuja como capacidad de adaptación a la adversidad. El estudio aborda la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la prevalencia de ansiedad prenatal, depresión y la exposición a la violencia de pareja y los resultados mostraron a la resiliencia como un papel protector. Sin embargo, si bien los hallazgos del estudio son consistentes con la hipótesis de que la resiliencia puede moderar el impacto de la exposición a la adversidad infantil, dado el carácter transversal del estudio, resulta difícil determinar la dirección de estas asociaciones. De este modo, los problemas de salud mental y conductual podrían provocar baja resiliencia (no solo que una elevada resiliencia se relacione con menos psicopatología).

La teoría de la diátesis – estrés (Monroe & Simons, 1991), y la sindemia fueron también dos aproximaciones que ofrecieron interesantes conclusiones al encontrar resultados que informaban la idea de que una historia de vulnerabilidades previas agrava las condiciones que sufren las mujeres y les resulta más difícil ser capaces de romper con

las experiencias adversas y desarrollar la resiliencia. Lo mismo ocurre con la sindemia, según la cual la existencia de situaciones adversas simultáneas dificultará la posibilidad de salir de la adversidad más que si dichas situaciones se dan de manera individual (n13).

Uno de los estudios transversales revisados (n6), siguiendo la línea de investigaciones previas (Werner et al, 1992; Rodríguez et al, 2008) y una metodología cuantitativa, estudió el papel de la resiliencia como moderador potencial del efecto de la violencia de pareja en la depresión posnatal de mujeres. Los resultados del estudio no proporcionaron evidencia del papel que la resiliencia tenía como moderador del efecto de la exposición a la violencia de mujeres. Los coeficientes de regresión de resiliencia, y la interacción entre resiliencia y exposición a violencia de pareja no fueron significativos en todos los modelos de regresión. Otro estudio (n14) observó la resiliencia, como factor protector, modulador, favorecedor del retorno homeostático a una condición previa a la exposición a la adversidad. Es probable que una fuerte resiliencia favorezca que una persona se recupere y sea capaz de regresar a su funcionamiento psicológico anterior y experimente menos angustia psicológica en respuesta a una experiencia traumática.

En uno de los estudios (n8) la resiliencia no se planteó como objeto de estudio, ni se recogió en las palabras clave ni en los objetivos del estudio, sin embargo apareció en los resultados de este como una constante y un factor común a las categorías resultado del análisis temático ((1) enfrentar la adversidad, (2) desarrollar resiliencia y (3) esperanzas para el futuro). Las participantes en el estudio explicaron como a pesar de las adversidades, fomentaron su resiliencia a lo largo de su vida, aprovechando lo poco que tenían para proyectarse en un futuro mejor, aspecto éste que encaja con la teoría de los sistemas ecológicos (Bronfenbrenner, 1979).

El estudio n15, basado en el modelo de la autoexpansión de Aron (1998), plantea la resiliencia como un proceso de adaptación positiva, no solo una vez ha finalizado la adversidad, sino mientras ocurre, y muestra como a lo largo del proceso longitudinal se observa una evolución en la autopercepción de las mujeres, sobre sí mismas, sobre las relaciones y el cómo son capaces de identificar como insanas las que tenían.

#### 4. DISCUSIÓN

Como se ha detallado más arriba, la mayor parte de los estudios revisados en la presente revisión sistemática son cualitativos y basados en el estudio de casos por lo que, en términos del nivel de evidencia y siguiendo las pautas de Nathan y Gorman (2015) se podrían ubicar en un nivel tres. No obstante lo anterior, dado que se trata de un sector de investigación incipiente, todavía con poco cuerpo de literatura científica que lo sustente, la investigación cualitativa se consideró una opción válida por la enorme cantidad de información que revela sobre el objeto de estudio. Los estudios cualitativos de cohorte, dentro de esta misma categoría, son los que mostraron una mayor solidez y evidencia. La metodología utilizada en la mayoría de los estudios, aun con las limitaciones que presenta la investigación cualitativa, pareció muy apropiada teniendo en cuenta la necesidad de estudiar en profundidad las variables objeto del estudio, resiliencia – violencia de género, su funcionamiento y el modo en que ambas se relacionan y pueden producir efectos la una en la otra.

#### 5. CONCLUSIONES

##### 5.1. Interpretación de los resultados y su relación con otras investigaciones

Una aproximación a las variables objeto de estudio y a la multiplicidad de resultados encontrados, hace patente la ya anunciada complejidad del constructo resiliencia. Esta complejidad está asociada a las múltiples conceptualizaciones que se le asignan así como diferentes componentes con los que se relaciona (afrentamiento, resistencia, control, estatus socioeconómico, edad...). Al hablar de resiliencia se puede hablar de capacidad, factor de protección, o de riesgo (Windle, 1999) proceso de adaptación o incluso un resultado, lo cual lleva a confusión, siempre y cuando el trabajo en cuestión no discrimine entre el proceso o el resultado (Olsson et al., 2003). Se observó asimismo una relación entre la resiliencia y el crecimiento postraumático y el bienestar subjetivo en uno de los estudios (n12) entendiéndose éstos como manifestaciones específicas de la resiliencia. Esta profusión de acepciones del término se traduce a su vez en diversos modelos, enfoques,

métodos de medición e instrumentos diseñados a tal efecto (mencionados en este documento) que parecen evidenciar que la resiliencia es todavía un constructo en evolución que todavía no está definido. Y es precisamente en estos casos, cuando el objeto de estudio no está todavía bien definido y necesita ser explorado y entendido, cuando la investigación cualitativa aporta su potencial y sus beneficios pues permite estudiar los hechos en su contexto y ahondar en el fenómeno objeto de estudio para comprenderlo mejor. En adición a lo anterior, y según investigaciones previas, se resalta que las mujeres expuestas a violencia de pareja en algún momento de su vida y otras situaciones adversas adicionales (ya sea actuales o pasadas) tienden a informar más sintomatología traumática (depresión, ansiedad, TEPT) lo cual dificulta el proceso de resiliencia (Graham-Bermann et al., 2011). En este marco, y en aras de conseguir una medición mejorada que permita una mayor comprensión de las relaciones causales entre las variables así como los mecanismos inherentes en éstas, se hace asimismo necesario desarrollar investigación cuantitativa, experimental, que garantice una mayor evidencia científica de los efectos de las diferentes variables de la obtenida hasta la fecha.

Un común denominador de los trabajos revisados ha sido la comprensión de la resiliencia como un constructo en el que confluyen diferentes factores, tanto personales como contextuales (ambientales, sociales, familiares) que permite a las personas recuperarse de las consecuencias de situaciones adversas, al margen de si son precursoras (o no) de trauma (Windle, Bennett y Naves, 2011). La resiliencia fue tomando relevancia y espacio en ámbito de la salud, tanto en el ámbito de investigación, como en la intervención y también en la promoción de la salud (Jowkar et al, 2010). La literatura existente relaciona la resiliencia con una mejor salud física (Fletcher y Sarkar, 2013) y mejores resultados en materia de salud mental (Seery et al, 2010) y así se evidencia también cuando introducimos la exposición a la violencia como variable (Amor, 2002).

En términos de salud mental, varios de los trabajos revisados aluden a la resiliencia como factor de protección frente a la violencia de pareja, o bien lo hacen a través de algunos de sus componentes (control, resistencia, etc.), estudiando las consecuencias en la

salud mental, ya sea en términos de prevalencia, de gravedad de la enfermedad, cronicidad, etc. Las psicopatologías más abordadas en los estudios previos (Beydoun et al, 2012; ligadas también a las situaciones adversas y traumáticas, son el TEPT o TEPTC, trauma (Bennice et al., 2003) ansiedad, depresión (Coker et al., 2002), aspecto que recogen también algunos de los trabajos revisados (n4).

En España, hasta el momento de realizar la presente revisión sistemática, existe poca investigación que aborde la relación entre la resiliencia y la violencia de pareja, aunque sí parece perfilarse una cierta evidencia de su papel protector frente a las situaciones adversas (sean o no traumáticas), como puede ser la violencia de pareja. En este sentido algunos trabajos investigaron además la relación entre ambos conceptos a partir de factores integrantes del constructo de resiliencia (factores internos: control, creatividad, espiritualidad, sentido del humor, enfoque en el presente y metas de vida, y factores externos como el apoyo social (López-Fuentes y Calvete (2015) y Salvador (2015)). Otros autores (Muñoz et al, 2017), señalan que el locus de control interno también como una variable fundamental en el constructo de la resiliencia, aun cuando presentar también matices, pues en el caso de la violencia de género un locus de control interno elevado puede ser percibido como responsabilidad sobre lo que está ocurriendo (n11).

Un aporte de los estudios revisados fue poner el foco también en situaciones adversas crónicas, no solo agudas, como en la mayoría de los casos (accidentes, pérdidas, etc.). Cuando la situación se cronifica deben ponerse en acción otros elementos que moderen los efectos adversos y favorezcan la adaptación y la superación de la adversidad. os estudios en torno a la relación entre resiliencia y violencia de pareja (algunos apoyan este vínculo mediante factores integrantes del constructo de resiliencia (factores internos: control, creatividad, espiritualidad, sentido del humor, enfoque en el presente y metas de vida, y factores externos: apoyo social (López-Fuentes y Calvete (2015) y Salvador (2015)).

Algunas variables estudiadas en los trabajos revisados se revelan como favorecedoras de la resiliencia, aunque tampoco son predictoras de la misma ni equivalentes a recuperación, dado el carácter observacional de los estudios: tener más

edad puede implicar mayor experiencia y mayores herramientas para hacer frente a las situaciones adversas y aumenta la resiliencia se dibuja como una variable protectora. Formar parte de la muestra mujeres universitarias, o residentes en ciudades, puede implicar tener un mayor acceso a recursos que mujeres de áreas rurales, motivos por los cuáles varios de los trabajos revisados no son extrapolables. Por otro lado, como aportes a la identificación de factores de riesgo (n13), desde la perspectiva de la diátesis – estrés (Monroe & Simons, 1991), que pone el foco en la importancia de la existencia de vulnerabilidades previas a la exposición a la violencia, o en la línea de la teoría de la sindemia (Illangasekare et al., 2013) que explica los efectos de la interacción de varias condiciones adversas coexistentes, ambas circunstancias tener una mayor incidencia en los efectos nocivos de la violencia de género, dificultar su gestión y tener un impacto más nocivo sobre la salud de las mujeres sobrevivientes de violencia.

La resiliencia se entiende en varios de los trabajos revisados como un proceso dinámico en el que influyen no solo los aspectos personales (competencias, habilidades, recursos psicológicos...) sino también contextuales (sociales, familiares, ambientales...) como ya se informaba también en trabajos previos (Luthar et al, 2000; 1993; Masten, 2001).

Al hablar de resiliencia, parece que existe un acuerdo en promover un cambio de paradigmas de intervención no tanto enfocados en el riesgo, sino en la protección y en las fortalezas (Hamby, 2014), y el foco en identificar nuevas vías para alcanzar la resiliencia y el bienestar. El trabajo n12, en la línea del portafolio de la resiliencia, plantea la importancia de identificar y promover la densidad y la intensidad de las fortalezas ya existentes, como indicadores de las posibilidades de crecimiento postraumático (Roepke, 2015). El apoyo social, es también un factor protector precursor de la resiliencia.

## **5.2. Alcance de los resultados más significativos**

La mayor parte de los estudios, dado su carácter observacional y en algunos casos exploratorio o descriptivo, no alcanzan a ofrecer resultados extrapolables a otras poblaciones, ni a predecir respuestas frente a la aplicación de determinadas variables utilizadas, pero si ofrecen una información muy valiosa en un campo en el que todavía no

existe mucha literatura. No obstante, si bien será necesario seguir profundizando con futuras investigaciones que complementen los resultados encontrados, cabe resaltar que fueron varios los hallazgos que plantean importantes implicaciones clínicas y que abren posibilidades tanto en la investigación como en el diseño e implementación de programas, servicios y medidas de apoyo a las sobrevivientes de violencia de género, tanto preventivos como de intervención, teniendo en cuenta la resiliencia, como variable relevante para favorecer los procesos de afrontamiento y recuperación de las mujeres sobrevivientes.

La introducción en la investigación no solo de variables causales sino también moderadoras, entendiéndolas por aquellas que pueden amortiguar o exacerbar las asociaciones entre variables y los efectos que se van a medir. Así, por ejemplo, el estudio n13 examinó la resiliencia a través de tres factores que la integran (estatus socioeconómico, apoyo social familiar y religiosidad) pero al mismo tiempo incluyó también factores de vulnerabilidad como potenciales moderadores del impacto longitudinal a la violencia de pareja, en el caso del estudio en la angustia posparto. En este caso se encontró, de acuerdo con literatura ya existente (Mock y Arai, 2011) que el factor estatus socioeconómico puede llegar a amortiguar los efectos negativos del trauma derivado de la violencia de pareja. En la misma línea, el trabajo n14, en la línea de las teorías de la causalidad social y de la selección social (Johnson et al, 1999), encontró evidencia sobre la relación entre un bajo estatus socioeconómico y el riesgo de trastornos psicológicos. Son muchas las investigaciones que alertan acerca de la importancia de tener en cuenta el contexto, y no únicamente las variables identificadas, pues los factores de confusión podrían llegar a invalidar los resultados de las investigaciones.

El cambio hacia un paradigma más salutogénico, centrado en las fortalezas, fue también un elemento que surgió en las revisiones de los trabajos y en cómo la promoción de la resiliencia podría convertirse en un factor de protección frente a la adversidad que estaban viviendo las mujeres. La identificación de diferencias en los efectos en la salud mental de las mujeres, en función de quién sea el perpetrador de la violencia de género arrojó también claridad en términos terapéuticos.

### **5.3. Análisis del riesgo de sesgo en los trabajos revisados**

Si bien el riesgo de sesgos es uno de los elementos recogidos en las guías PRISMA, dada la naturaleza de un trabajo de final de master y las limitaciones que ello implica (el tiempo, la imposibilidad de la revisión por pares, doble ciego, etc.) resulta difícil cumplir con todos los criterios requeridos. No obstante, dada la relevancia de este aspecto, se incluyen algunos análisis sobre el riesgo de sesgo de algunos de los trabajos revisados cuyos efectos potenciales podrían incidir en los resultados y, en el caso de desarrollar esta revisión sistemática con todo el rigor de las guías PRISMA deberían ser tenidos en cuenta.

En primer lugar, el sesgo muestral fue referido en varios artículos revisados, al trabajar con muestras muy pequeñas y homogéneas. El sesgo de sujeto, que implica que las personas participantes en el estudio conocen la pregunta de investigación pues podría condicionar la tendencia de sus aportes, fue también una constante en los estudios revisados (las mujeres integrantes de la muestra conocían la investigación). El sesgo de muestreo (de selección) que ocurre al no recoger datos de todas las personas que podrían estar en nuestra población en una variable crucial (muestreo a conveniencia, perfiles muy similares, sin utilizar el azar) lo cual podría ocurrir en algunos estudios que no detallan con exactitud el procedimiento de reclutamiento de las personas participantes. El sesgo de recuerdo (distorsión de los recuerdos de manera que no coinciden con las vivencias y sucesos vividos) podría incidir en los resultados de los estudios cualitativos revisados, pues se confía en herramientas basadas en el recuerdo (historias de vida, autoinformes...). Y, dada la sensibilidad de los temas abordados, cabría además pensar que en el caso de experiencias potencialmente traumáticas o adversas (como violencia de género) podría darse una resignificación de los hechos, como herramienta de defensa y protección.

### **5.4. Qué respuesta se da a las preguntas de investigación**

En la mayoría de los trabajos se perfila la idea de que la resiliencia actuar (ya fuera sola, a través de algunos de los componentes que la integran según las diferentes teorías y modelos utilizados, o bien combinada con otras variables) como factor de protección frente

a situaciones adversas, como es la violencia de género en el presente estudio, y favorecer la salud mental de las mujeres que la sufren.

### **5.5. ¿Se han comprobado las hipótesis?**

Algunos de los trabajos definen claramente sus hipótesis de trabajo, en cambio otros, en la línea de la investigación cualitativa, exploratoria, se enfocan más en las preguntas de investigación. Un análisis conjunto de las hipótesis y las preguntas de investigación de los estudios se articularon en cuatro clústeres en los que las hipótesis de los trabajos (o sus preguntas de investigación en ausencia de las primeras) confluyen: (a) Sobre el proceso de construcción de la resiliencia (n1, n2); Sobre los factores de protección y estrategias de afrontamiento (n3, n4, n9 y n10); Sobre la relación entre la resiliencia y violencia de género y la salud mental de las mujeres (n5, n6, n11, n13 y n14); y Sobre la relación de las múltiples circunstancias adversas y resiliencia (crecimiento postraumático y bienestar subjetivo) (n8, n12, n15).

Las hipótesis definidas en los trabajos o derivadas de las preguntas de investigación fueron comprobadas (respondidas las preguntas) a raíz de los diferentes trabajos revisados, con excepción de uno de los trabajos (n6) que mostró resultados contradictorios con el resto de los trabajos respecto a la resiliencia como factor moderador. En definitiva, no pudo probarse que la resiliencia actuara como moderador del efecto de la exposición a violencia de pareja durante el embarazo sobre el riesgo de depresión prenatal. Limitaciones identificadas fueron que la escala de resiliencia no había sido validada en Tanzania y que la resiliencia puede necesitar una medida longitudinal por tratarse de un constructo dinámico.

### **5.6. Limitaciones**

Una de las principales limitaciones observadas en el análisis de los estudios tiene que ver con la falta de conceptualización unívoca del concepto resiliencia así como la multitud de componentes y factores que la componían, al igual que ocurre con las variadas expresiones de la variable violencia de género, aspectos que pueden dificultar la precisión de los resultados así como las comparaciones inter estudios. Por otro lado, algunos de los estudios trabajan con variables que podrían estar influyéndose mutuamente, de manera

bidireccional (p.e. resiliencia y algunas psicopatologías) y, dada la naturaleza cualitativa y transversal de la mayoría de los estudios, se dificultan las apreciaciones causales en el tiempo. En base a lo anterior, y partiendo del hecho que los diseños de los estudios analizados, la mayoría observacionales y prospectivos, resultan adecuados cuando, como en el caso que nos ocupa, se trataba de un área de conocimiento poco desarrollada, será interesante complementar los resultados obtenidos y el conocimiento desarrollado con otros estudios que puedan estudiar más las relaciones causas entre variables. Una limitación adicional tendría que ver con el sesgo de instrumento cuando se midieron constructos complejos con apenas algunos ítems seleccionados de algunas escalas que si están debidamente validadas. Al no utilizar escalas completas, cabría la posibilidad que las medidas no capturarán la complejidad conceptual y, por ende, las implicaciones en términos de relaciones entre variables no quedar recogidas en los resultados de manera rigurosa (p.e. las medidas de abuso infantil y religiosidad en n13 o el historial de violencia sexual contra las mujeres en n14). El apoyo social podría significarse putativamente como un factor de protección, sin embargo, algunos estudios (n9) sugieren que en mujeres sudafricanas expuestas a VPI, la valoración de este apoyo social familiar dependía de la reacción de la familia ante la noticia haber sufrido violencia de pareja. La naturaleza transversal de la mayoría de los estudios revisados (más de un 80%) dificultaba también la posibilidad de dibujar relaciones de causalidad entre las variables y estudiar la evolución de estas.

En relación con la presente revisión bibliográfica, una de las limitaciones existentes tuvo que ver con la aplicación del diseño y la metodología elegidos para desarrollarlo. Al tratarse de un Trabajo de Final de Máster no se contó un equipo de investigación en el que pudieran existir al menos dos personas validando y contrastando las decisiones tomadas en las diferentes etapas (definición de la búsqueda, términos de inclusión y exclusión de los artículos, selección de los trabajos a revisar, codificación de resultados, revisión de temas y categorías emergentes, etc.) y que pudieran garantizar una revisión por pares de los diferentes pasos llevados a cabo en el estudio. Con el objetivo de compensar estas

limitaciones, la autora registró todo el proceso con detalle de manera tal que el estudio pudiera replicarse de la manera más exacta y fiable posible.

### **5.7. Propuestas de mejora, sugerencias de cara a futuros trabajos**

El diseño de estudios comparativos entre muestras que difieran en algunas variables sociodemográficas, por ejemplo, con otros sectores poblacionales (por ejemplo, mujeres de zonas rurales, universitarias vs no universitarias, etc.) y estudios longitudinales, sobre todo teniendo en cuenta el carácter variable y multifactorial de la resiliencia puede ayudar a obtener resultados más fiables. Definir variables dependientes e independientes con el objetivo de controlar en lo posible los potenciales efectos bidireccionales en los resultados. Al margen de la metodología cualitativa que usaron los estudios revisados, en cuanto a la cuantitativa, garantizar el uso de medidas y escalas validadas para las poblaciones objeto de estudio evitando usos parciales, escalas no validadas, etc.

El desarrollo de estudios de cohortes longitudinales podría facilitar la comprensión de los mecanismos causales que relacionan las experiencias adversas en la niñez y la resiliencia para favorecer la salud de las mujeres en su etapa adulta.

### **5.8. Consideraciones para la continuación de la línea de investigación**

Una mayor profundización en el concepto de resiliencia, en las variables que lo integran y en sus mecanismos de acción se evidenció necesaria para ser desarrollada en futuras investigaciones. En general, desarrollar investigaciones más controladas, aumentando el número de estudios longitudinales, estudios de cohortes y ensayos clínicos aleatorizados, con el objetivo de facilitar la medición y obtener mayor evidencia del papel de la resiliencia como factor protector en mujeres sobrevivientes.

Partiendo de los resultados de estudios previos, se identificó la necesidad de desarrollar un enfoque transcultural, con estudios con diferentes colectivos y variables potencialmente moduladoras (cultura, raza, edad ...) que parecen haber demostrado incidencia en la resiliencia, ya sea a través de las estrategias de afrontamiento o del estudio de los componentes que componen el constructo (apoyo social, espiritualidad, autoestima, humor, entre otros). Por otro lado, consolidar la investigación ya existente sobre la relación

entre las experiencias adversas en la infancia y la violencia doméstica en niños y niñas y su desarrollo adulto para promover relaciones de pareja saludables y resilientes y poder desarrollar medidas preventivas y de intervención.

Otra línea para desarrollar fue el papel de la resiliencia frente a la violencia de género y la promoción de la salud en el caso de mujeres con identidades de género no binarias, o con una orientación sexual diferente a la heteronormativa, y poder extrapolar su potencial protector a otras poblaciones vulnerables. Este conocimiento podría tener implicaciones clínicas de promoción de la salud mental en general y también de la capacidad de respuesta a la hora de abordar la interseccionalidad entendida como la superposición de desigualdades sistémicas vinculadas al género, la etnicidad, la clase social, las situaciones de sometimiento y violencia de género. Analizar las adversidades y otras formas de victimización, previas o coexistentes, en la línea de lo planteado por el modelo de diátesis estrés (Monroe y Simons, 1991) y la teoría de la sindemia (Illangasekare et al., 2013), que puedan sufrir las mujeres y actuar como variables contextuales aumentando su vulnerabilidad (McLaughlin y Lambert, 2017).

El desarrollo de nuevas investigaciones sobre la resiliencia desde la neuropsicología consolidaría también las bases del conocimiento sobre la resiliencia y su sustrato neurológico con el fin de definir nuevas intervenciones, y fortalecer, las dirigidas a mejorar la capacidad del ser humano para hacer frente a las experiencias adversas, a veces traumáticas, para lo cual la resiliencia se está perfilando como un factor aliado.

En términos generales, dado que se trata de un ámbito relativamente reciente en el que todavía no existe mucha literatura y tampoco se han encontrado revisiones sistemáticas previas abordando la tríada resiliencia, violencia de género y salud mental, la presente revisión ofreció interesantes revelaciones que, a partir del análisis de las narrativas de las mujeres sobrevivientes, ayudan a generar nuevo conocimiento y consolidar el previo. La evidencia existente en la asociación entre violencia de género, resiliencia y salud mental tiene implicaciones tanto para la práctica clínica con mujeres sobrevivientes como para la definición de nuevas intervenciones y servicios de promoción de la salud mental.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Amor, P. (2000). *Perfil psicopatológico de las mujeres maltratadas*. Comunicaciones del Seminario de la Violencia Contra las Mujeres: Psicopatología y Tratamiento. Universidad Internacional Menéndez y Pelayo de Valencia.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.
- Amor, P.J. y Echeburúa, E. (2010). Claves psicosociales para la permanencia de la víctima en una relación de maltrato. *Clínica contemporánea*, 2, 97-104.
- Barrera Acosta, L. M. (2020). Resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual dentro del conflicto armado, Villavicencio, Colombia, *Horizonte De Enfermería*, 31(3), 268–290. [https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.31.3.268-290](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.3.268-290)
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Editorial Gedisa.
- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M., & Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder symptomatology. *Violence and victims*, 18(1), 87–94. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.87>
- Beydoun, H.A.; Beydoun, M.A.; Kaufman, J.S.; Lo, B.; Zonderman, A.B. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Soc. Sci. Med.* 2012, 75, 959–975.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and Empirical Connections and Separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.

Buchanan, A. (2014) Risk and Protective Factors in Child Development and the Development of Re-silience. *Open Journal of Social Sciences*, 2, 244-249.

<http://dx.doi.org/10.4236/jss.2014.24025>

Cátedra de RSC de la Universidad de Alcalá; Instituto Universitario de Análisis Económico y Social. (2019). *El impacto de la violencia de género en España, una valoración de sus costes en 2016*. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. <https://cpage.mpr.gob.es/producto/el-impacto-de-la-violencia-de-genero-en-espana-una-valoracion-de-sus-costes-en-2016/>

Calhoun L.G. y Tedeschi R.G. (2008). Crecimiento postraumático en las intervenciones clínicas cognitivo-conductuales. En Caballo, V.E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos, col. 2. Intervención en crisis, medicina conductual y trastornos de relación* (2ª ed). Siglo XXI.

[https://funveca.org/wp-content/uploads/2020/03/Calhoun\\_Crecimiento-postraumatico.pdf](https://funveca.org/wp-content/uploads/2020/03/Calhoun_Crecimiento-postraumatico.pdf)

Carver C. S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of personality*, 66(4), 607–619. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00026>

Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American journal of preventive medicine*, 23(4), 260–268.

[https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00514-7](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00514-7)

Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia*. Granica.

Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos: la resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa Editorial.

Devries, K.M.; Mak, J.Y.; García-Moreno, C.; Petzold, M.; Child, J.C.; Falder, G.; Lim, S.; Bacchus, L.J.; Engell, R.E.; Rosenfeld, L. The global prevalence of intimate partner

violence against women. *Science* 2013, 340, 1527–1528.

<https://www.science.org/doi/10.1126/science.1240937>

Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., ... & WHO Multi-Country Study Team. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social science & medicine*, 73(1), 79-86.

Elder, G. H., Jr. (1993). Escaping childhood disadvantage: The Kauai Study. *Contemporary Psychology*, 38(6), 580-581. <https://doi.org/10.1037/033388>

Fava, G.A. and Tomba, E. (2009), Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality*, 77: 1903-1934.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x>

Fernández-Fillol, C., Pitsiakou, C., Perez-Garcia, M., Teva, I., & Hidalgo-Ruzzante, N. (2021). Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: risk factors related to symptoms and diagnoses. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 2003616.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2003616>

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23.

<https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>

Fornari, L. F. y Labronici, L. M. (2018) El proceso de resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual: una posibilidad de cuidado. *Cogitare Enfermagem*, 23(1): e52081

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52081>

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology: Special Issue: New Directions in Research on Emotion*, 2, 300–319.

Fredrickson B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American psychologist*, 56(3), 218–226.

<https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.218>

Gammage, K. L., van Ingen, C., & Angrish, K. (2022). Measuring the Effects of the Shape Your Life Project on the Mental and Physical Health Outcomes of Survivors of

- Gender-Based Violence. *Violence against women*, 28(11), 2722–2741.  
<https://doi.org/10.1177/10778012211038966>
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.  
<https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>
- Gonzalez-Mendez, R., & Hamby, S. (2021). Identifying Women's Strengths for Promoting Resilience After Experiencing Intimate Partner Violence. *Violence and victims*, 36(1), 29–44. <https://doi.org/10.1891/VV-D-18-00178>
- Graham-Bermann, S., Sularz, A. R., & Howell, K. H. (2011). Additional adverse events among women exposed to intimate partner violence: Frequency and impact. *Psychology of Violence*, 1(2), 136–149. <https://doi.org/10.1037/a0022975>
- Grotberg, E. H. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. *International Resilience Project*.
- Grotberg, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades*. Gedisa.
- Grotberg, E. H. (2011). The international resilience project: Research, policy and practice. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(3), 257-266.  
<https://doi.org/10.1080/13642537.2011.590753>
- Hamby, S. (2014). *Battered women's protective strategies: Stronger than you know*. Oxford: Oxford University Press.
- Heidegger, M., & Stambaugh, J. (1996). *Being and time: A translation of Sein und Zeit*. State University of New York Press.
- Henderson, M. F., & Milstein, S. L. (2003). Resilience in schools: Making it happen for students and educators. *Health Education & Behavior*, 30(4), 378-383.  
<https://doi.org/10.1177/1090198103252221>
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., y Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797–816.

- Hirai, M., Charak, R., Seligman, L. D., Hovey, J. D., Ruiz, J. M., & Smith, T. W. (2020). An Association Between Perceived Social Support and Posttraumatic Stress Symptom Severity Among Women With Lifetime Sexual Victimization: The Serial Mediating Role of Resilience and Coping. *Violence Against Women*, 26(15-16), 1966-1986. <https://doi.org/10.1177/1077801219892645>
- Illangasekare, S., Burke, J., Chander, G., & Gielen, A. (2013). The syndemic effects of intimate partner violence, HIV/AIDS, and substance abuse on depression among low-income urban women. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90(5), 934–947. <https://doi.org/10.1007/s11524-013-9797-8>
- Infurna, F. J., & Jayawickreme, E. (2019). Fixing the Growth Illusion: New Directions for Research in Resilience and Posttraumatic Growth. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 152–158. <https://doi.org/10.1177/0963721419827017>
- Ith, S., Yi, S., Tuot, S., Yem, S., Chhoun, P., Jimba, M., & Shibanuma, A. (2022). Gender-based violence and depressive symptoms among female entertainment workers in Cambodia: A cross-sectional study. *PLOS global public health*, 2(8), e0000873. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000873>
- Jayawickreme E. y Infurna FJ. Hacia una comprensión más creíble del Crecimiento postraumático. *J Pers.* 2021;89:5–8. <https://doi.org/10.1111/jopy.12575>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Dohrenwend, B. P., Link, B. G., & Brook, J. S. (1999). A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 490–499. doi:10.1037/0021-843X.108.3.490
- Jowkar, B., Friberg, O., & Hjemdal, O. (2010). Cross-cultural validation of the resilience scale for adults (RSA) in Iran. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 418–425. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00794.x>.
- Lazarus R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44, 1–21. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>

- Lecomte, J. (2005). Les caractéristiques des tuteurs de résilience. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 22-25. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0022>
- Lorente-Acosta, M. (1999). *Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso*. Comares.
- Lorente-Acosta, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer, realidades y mitos*. Ed. Ares y Mares.
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 33(3), 321-349. <https://doi.org/10.1177/0149206307300814>
- Luthar, S. & Cicchetti, D. (2000) The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562  
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12(4), 857-885.
- Machisa, M. T., Christofides, N., & Jewkes, R. (2018). Social support factors associated with psychological resilience among women survivors of intimate partner violence in Gauteng, South Africa. *Global health action*, 11(sup3), 1491114.  
<https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1491114>
- McNaughton Reyes, H. L., Maman, S., Groves, A. K., & Moodley, D. (2020). Intimate partner violence and postpartum emotional distress among South African women: Moderating effects of resilience and vulnerability factors. *Global public health*, 15(8), 1157–1167. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1751233>
- Magnusson, F. L., Rogathi, J. J., Sigalla, G. N., Manongi, R., Rasch, V., Gammeltoft, T., & Meyrowitsch, D. W. (2021). Does resilience moderate the effect of intimate partner violence on signs of depression among Tanzanian pregnant women: A cross-sectional study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 100(4), 768–774.  
<https://doi.org/10.1111/aogs.14062>
- Maman, S., Moodley, D., McNaughton-Reyes, H. L., Groves, A. K., Kagee, A., & Moodley, P. (2014). Efficacy of enhanced HIV counseling for risk reduction during pregnancy and

- in the postpartum period: a randomized controlled trial. *PloS one*, 9(5), e97092.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097092>
- Manciaux, M. (2001). La résilience: Un regard qui fait vivre. *Études*, 395(10), 321-330.
- Masson, V. L., Benoudji, C., Reyes, S. S., & Bernard, G. (2019). How violence against women and girls undermines resilience to climate risks in Chad. *Disasters*, 43 Suppl 3(Suppl 3), S245–S270. <https://doi.org/10.1111/disa.12343>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.227>
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary Magic: Resilience in Development*. Guilford Press.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406–425. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.3.406>
- Munoz, R. T., Brady, S., & Brown, V. (2017). The psychology of resilience: A model of the relationship of locus of control to hope among survivors of intimate partner violence. *Traumatology*, 23(1), 102–111. <https://doi.org/10.1037/trm0000102>.
- Naciones Unidas (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. A/CONF.177/20/Rev.1
- Nathan, P.E. y GORMAN, J.M. (2015). *A guide to treatments that work* (4th). Oxford University Press.
- McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child Trauma Exposure and Psychopathology: Mechanisms of Risk and Resilience. *Current opinion in psychology*, 14, 29–34.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004>
- ONU Mujeres (2020). Informe Igualdad de género: a 25 años de Beijing: los derechos de las mujeres bajo la lupa. <http://unwo.men/p9Mg50yO6C9>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Género y Salud. <https://rb.gy/mliwy>
- Pichon, M., Treves-Kagan, S., Stern, E., Kyegombe, N., Stöckl, H., & Buller, A. M. (2020). A Mixed-Methods Systematic Review: Infidelity, Romantic Jealousy and Intimate

- Partner Violence against Women. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5682. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165682>
- Plummer, D. L., y Slane, S. (1996). Patterns of coping in racially stressful situations. *Journal of Black Psychology*, 22(3), 302 – 315 doi.org/10.1177/00957984960223002
- Puig, G. y Rubio, J.L. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. Editorial Gedisa.
- Reid, N., Kron, A., Rajakulendran, T., Kahan, D., Noble, A., & Stergiopoulos, V. (2021). Promoting Wellness and Recovery of Young Women Experiencing Gender-Based Violence and Homelessness: The Role of Trauma-Informed Health Promotion Interventions. *Violence against women*, 27(9), 1297–1316. <https://doi.org/10.1177/1077801220923748>
- Rodenhizer, K. A. E., Edwards, K. M., Camp, E. E., & Murphy, S. B. (2021). It's HERstory: Unhealthy relationships in adolescence and subsequent social and emotional development in college women. *Violence Against Women*, 27(9), 1337-1360. <https://doi.org/10.1177/1077801220937787>
- Rodriguez MA, Heilemann MV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Ann Fam Med*. 2008;6:44-52.
- Roepke, A. M. (2015). Psychosocial interventions and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 129-142. doi: 0.1037/a0036872
- Rollero C, Speranza F. Intimate Partner Violence and Resilience: The Experience of Women in Mother-Child Assisted Living Centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(22):8318. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228318>
- Rosenthal, R. y Jacobson, L. (2003) [1968]: *Pygmalion in the Classroom: Teacher Expectation and Pupils' Intellectual Development*. Carmarthen: Ed. Crown House Publishing.

- Sánchez, M. F., & Lopez-Zafra, E. (2019). The voices that should be heard: A qualitative and content analysis to explore resilience and psychological health in victims of intimate partner violence against women (IPVAW). *Women's Studies International Forum*, 72, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.12.005>
- Seery, M. D., Holman, E. A., & 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. <https://doi.org/10.1037/a0021344>
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.5>
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Free Press.
- Shaw, J., Mclean, K. C., Taylor, B., Swartout, K., & Querna, K. (2016). Beyond resilience: Why we need to look at systems too. *Psychology of Violence*, 6, 34-41. <https://doi.org/10.1037/vio0000020>
- Stoltz, J. A., Shannon, K., Kerr, T., Zhang, R., Montaner, J. S., & Wood, E. (2007). Associations between childhood maltreatment and sex work in a cohort of drug-using youth. *Social science & medicine* (1982), 65(6), 1214–1221. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.005>
- Sullivan, T. P., Weiss, N. H., Price, C., Pugh, N., & Hansen, N. B. (2018). Strategies for coping with individual PTSD symptoms: Experiences of African American victims of intimate partner violence. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 10(3), 336–344. <https://doi.org/10.1037/tra0000283>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2014). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *American Psychological Association*.

- Thomas, B.H., Ciliska, D., Dobbins, M., & Micucci, S. A process for systematically reviewing the literature: Providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evid Based Nurs.* 2004; 1(3):176-184. PMID: 17163895
- Torres García, A. V., Vega-Hernández, M. C., Antón Rubio, C., & Pérez-Fernández, M. (2021). Mental Health in Women Victims of Gender Violence: Descriptive and Multivariate Analysis of Neuropsychological Functions and Depressive Symptomatology. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 346. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010346>
- Tsirigotis, K., Łuczak, J. Resilience in Women who Experience Domestic Violence (2018). *Psychiatr Q* 89, 201–211 <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9529-4>
- Tugade, M. M., & 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Turquet, L. (2011). *Progress of the world's women 2011-2012: In pursuit of justice*. United Nations Publications.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x>
- Ungar M. (2013). Resilience after maltreatment: the importance of social services as facilitators of positive adaptation. *Child abuse & neglect*, 37(2-3), 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.08.004>
- Uriarte Arciniega, Juan de D. La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, vol. 10, núm. 2, 2005, 61-79 Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea Vitoria-Gazteis, España.
- Vanistendael, S. (1995). *Como crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo*. Oficina Internacional Católica de la Infancia. BICE
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Gedisa.

- Vera Poseck, B. (2004). *Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva*. [www.psicologiapositiva.com](http://www.psicologiapositiva.com)
- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., & Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 124-134.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>
- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., & Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- 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
- Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome*. Springer
- Walsh, W. A., Dawson, J., & Mattingly, M. J. (2010). How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy?. *Trauma, violence & abuse*, 11(1), 27–41. <https://doi.org/10.1177/1524838009358892>
- Werner, E.E. (1984) *Resilient children*. *Young Children*, 40 (1), 68-72
- 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.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*, 5(4), 503-515.
- Windle, G., Bennett, K., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>.
- Wanjiru, R., Nyariki, E., Babu, H. et al. Beaten but not down! Exploring resilience among female sex workers (FSWs) in Nairobi, Kenya. *BMC Public Health* 22, 965 (2022).  
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13387-3>

- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1989). *Overcoming the odds. En Children of the Garden Island: A Portrait of Children Growing Up (3-22)*. McGraw-Hill.
- Werner, E.E. y Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. Nueva York: McGrawHill.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.  
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x>
- Werner, E.E. y Smith, R.S. (1992). *Overcoming the Odds: Hig-Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca. Nueva York: Cornell University Press.
- Werner, E. E. (1992). The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 13(4), 262-268.  
[https://doi.org/10.1016/1054-139X\(92\)90157-7](https://doi.org/10.1016/1054-139X(92)90157-7)
- Wild, J. The effectiveness of resilience interventions for emergency workers: a systematic review of randomised and non-randomised studies. PROSPERO 2016  
CRD42016034072. [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42016034072](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42016034072)
- Wolin, S.J. y Wolin, S. (1993). *The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Rise above Adversity*. Nueva York: Villard Books.
- Yates TM, Tyrell FA, Masten AS. Resilience theory and the practice of positive psychology from individuals to societies. In: Joseph S, editor. *Positive Psychology in Practice*. New Jersey: Wiley; 2015. p. 773–88.
- Young-Wolff, K. C., Alabaster, A., McCaw, B., Stoller, N., Watson, C., Sterling, S., Ridout, K. K., & Flanagan, T. (2019). Adverse Childhood Experiences and Mental and Behavioral Health Conditions During Pregnancy: The Role of Resilience. *Journal of women's health* (2002), 28(4), 452–461. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7108>
- Youssef, C. M., & Luthans, F. (2007). Positive Psychological Capital in the Workplace: The Emerging Science and Practice of Resilience. *Journal of Management*, 33(5), 774-800. <https://doi.org/10.1177/0149206307305562>.

## 7. ANEXOS

## Anexo 1

### Relación de códigos y artículos revisados

nº	Citas
01	Barrera Acosta, L. M. . (2020). Resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual dentro del conflicto armado, Villavicencio, Colombia, <i>Horizonte De Enfermería</i> , 31(3), 268–290. <a href="https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.3.268-290">https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.3.268-290</a>
02	Fornari, L. F. y Labronici, L. M. (2018) El proceso de resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual: una posibilidad de cuidado. <i>Cogitare Enfermagem</i> , 23(1): e52081 <a href="http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52081">http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52081</a>
03	Tsirigotis, K., Łuczak, J. Resilience in Women who Experience Domestic Violence (2018). <i>Psychiatr Q</i> 89, 201–211 <a href="https://doi.org/10.1007/s11126-017-9529-4">https://doi.org/10.1007/s11126-017-9529-4</a>
04	Rollero C, Speranza F. Intimate Partner Violence and Resilience: The Experience of Women in Mother-Child Assisted Living Centers. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> . 2020; 17(22):8318. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph17228318">https://doi.org/10.3390/ijerph17228318</a>
05	Fernández-Fillol, C., Pitsiakou, C., Perez-Garcia, M., Teva, I., & Hidalgo-Ruzzante, N. (2021). Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: risk factors related to symptoms and diagnoses. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 12(1), 2003616. <a href="https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2003616">https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2003616</a>
06	Magnusson, F. L., Rogathi, J. J., Sigalla, G. N., Manongi, R., Rasch, V., Gammeltoft, T., & Meyrowitsch, D. W. (2021). Does resilience moderate the effect of intimate partner violence on signs of depression among Tanzanian pregnant women: A cross-sectional study. <i>Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica</i> , 100(4), 768–774. <a href="https://doi.org/10.1111/aogs.14062">https://doi.org/10.1111/aogs.14062</a>
07	Young-Wolff, K. C., Alabaster, A., McCaw, B., Stoller, N., Watson, C., Sterling, S., Ridout, K. K., & Flanagan, T. (2019). Adverse Childhood Experiences and Mental and Behavioral Health Conditions During Pregnancy: The Role of Resilience. <i>Journal of women's health</i> (2002), 28(4), 452–461. <a href="https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7108">https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7108</a>
08	Wanjiru, R., Nyariki, E., Babu, H. et al. Beaten but not down! Exploring resilience among female sex workers (FSWs) in Nairobi, Kenya. <i>BMC Public Health</i> 22, 965 (2022). <a href="https://doi.org/10.1186/s12889-022-13387-3">https://doi.org/10.1186/s12889-022-13387-3</a>
09	Machisa, M. T., Christofides, N., & Jewkes, R. (2018). Social support factors associated with psychological resilience among women survivors of intimate partner violence in Gauteng, South Africa. <i>Global health action</i> , 11(sup3), 1491114. <a href="https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1491114">https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1491114</a>
10	Sullivan, T. P., Weiss, N. H., Price, C., Pugh, N., & Hansen, N. B. (2018). Strategies for coping with individual PTSD symptoms: Experiences of African American victims of intimate partner violence. <i>Psychological trauma : theory, research, practice and policy</i> , 10(3), 336–344. <a href="https://doi.org/10.1037/tra0000283">https://doi.org/10.1037/tra0000283</a>
11	Sánchez, M. F., & Lopez-Zafra, E. (2019). The voices that should be heard: A qualitative and content analysis to explore resilience and psychological health in victims of intimate partner violence against women (IPVAW). <i>Women's Studies International Forum</i> , 72, 80–86. <a href="https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.12.005">https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.12.005</a>

- 12 Gonzalez-Mendez, R., & Hamby, S. (2021). Identifying Women's Strengths for Promoting Resilience After Experiencing Intimate Partner Violence. *Violence and victims*, 36(1), 29–44. <https://doi.org/10.1891/VV-D-18-00178>
- 13 McNaughton Reyes, H. L., Maman, S., Groves, A. K., & Moodley, D. (2020). Intimate partner violence and postpartum emotional distress among South African women: Moderating effects of resilience and vulnerability factors. *Global public health*, 15(8), 1157–1167. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1751233>
- 14 Hirai, M., Charak, R., Seligman, L. D., Hovey, J. D., Ruiz, J. M., & Smith, T. W. (2020). An Association Between Perceived Social Support and Posttraumatic Stress Symptom Severity Among Women With Lifetime Sexual Victimization: The Serial Mediating Role of Resilience and Coping. *Violence Against Women*, 26(15-16), 1966-1986. <https://doi.org/10.1177/1077801219892645>
- 15 Rodenhizer, K. A. E., Edwards, K. M., Camp, E. E., & Murphy, S. B. (2021). It's HERstory: Unhealthy relationships in adolescence and subsequent social and emotional development in college women. *Violence Against Women*, 27(9), 1337-1360. <https://doi.org/10.1177/1077801220937787>
-

## Anexo 2

### *Manual de codificación*

**Base de datos:** seleccionar de entre las opciones la base de datos en la que se ha obtenido el artículo.

**Citación:** transcribir la cita del artículo en cuestión, en formato APA 7.

**Revista:** detallar el nombre completo de la revista.

**Palabras clave:** Las palabras clave se recogen directamente del artículo de revista y se han traducido al español, con el objetivo de unificar el lenguaje.

**Revisado por pares:** respuesta dicotómica si / no.

**Acerca de la revisión por pares en la editorial de la revista:** respuesta abierta, no codificada. Si el artículo no detalla si ha sido, o no, revisado por pares, se ha buscado la revista y revisado su protocolo de aceptación de trabajos, y si requiere que sean, o no, revisados por pares.

**Autoría:** se detalla el nombre completo (nombre y apellidos) del autor principal y resto de investigadores del trabajo.

**Sexo IP:** detallar el sexo del Investigador Principal (IP) del trabajo (Hombre, mujer, no-binario).

**Año:** elegir entre las opciones codificadas la correspondiente al año de publicación del trabajo (periodo 2018 – 2023)

**Título:** transcribir el título del trabajo en el idioma en el que ha sido encontrado. Si está en varios idiomas se transcribió en todos ellos.

**Breve resumen:** detallar brevemente la justificación del trabajo y un poco el marco teórico, la descripción de las personas participantes en el estudio, las características del mismo, principales resultados y conclusiones, y líneas futuras.

**Texto completo accesible de manera gratuita:** opción codificada dicotómica si / no. El artículo debía tener acceso libre gratuito para poder ser evaluado. Si no lo tiene, el artículo fue excluido.

**Tipo de documento:** elegir una entre varias opciones (artículo de revista, libro o capítulo de libro, tesis, tesina o trabajo académico; manual, tratado, obra de consulta; monografía científica; compilación; actas de congresos y reuniones; informes técnicos y documentos de trabajo). Uno de los criterios de inclusión es que el trabajo debe ser un artículo de revista. Todas las otras opciones serían motivo de exclusión del trabajo.

**Tipo de estudio (según tipo de datos):** respuesta codificada con tres opciones, cuantitativo, cualitativo o mixto (elegir una de las tres opciones)

**Tipo de estudio (según rol investigador):** elegir una de las opciones definidas

**Tipo de estudio – dimensión temporal:** respuesta codificada con tres opciones, transversal, longitudinal, ambos. Elegir una de las tres opciones para la codificación.

**Tipo de estudio – relación causa-efecto:** repuesta codificada con dos opciones, diseño retrospectivo vs diseño prospectivo

**Idioma:** respuesta codificada. Inglés, Francés, Español. Si el idioma está disponible en más de un idioma, se detallará el idioma en el que se ha encontrado a través de la búsqueda.

**País(es) de afiliación:** anotar el/los país/es que promueven y participan en el estudio.

**Institución/es implicada/a:** anotar la relación de instituciones que llevan a cabo el trabajo de investigación.

**País(es) donde se realiza el estudio:** especificar el país donde, independientemente del país que promueva el estudio (país de afiliación) se lleva a cabo la investigación.

**Palabras clave:** transcribir las palabras clave que aparecen en el artículo, en el idioma original en el que ha sido encontrado el trabajo en las bases de datos.

**Resiliencia:** mencionar y explicar, si procede, el enfoque el trabajo le da a la resiliencia, cómo la define (capacidad, proceso, ...)

**Equipo de investigación:** detallar, si existe la información, quien integra el equipo de investigación (estudios, capacitación adicional, edad, etc.)

**Modelo teórico:** anotar el nombre, en el caso que existe un modelo teórico que sustente la investigación se menciona y describe brevemente.

**Variables:** detallar y describir brevemente las variables objeto del estudio en la investigación de referencia.

**Escalas y medidas utilizadas en el estudio:** escribir todas las escalas y herramientas de medida que el equipo investigador utiliza para medir las variables que el estudio toma en cuenta para llevar a cabo la investigación y mencionadas en la columna anterior.

**Justificación:** explicar brevemente la justificación del estudio en cuestión.

**Asunto principal:** detallar en pocas palabras el eje central de la investigación, el aspecto más relevante de la misma. .

**Pregunta de investigación / hipótesis:** definir, transcribiéndolas si existen como tales en el trabajo, la pregunta de investigación y/o hipótesis del trabajo.

**Objetivo(s):** transcribir los objetivos planteados en el trabajo.

**Descripción grupo de participantes:** describir sucintamente las principales características del grupo de participantes en la investigación (edad, nivel educativo, socioeconómico, estado civil, situación de violencia, antecedentes, hijos/nº, etc.)

**Criterios de inclusión / exclusión:** de definir / transcribir los criterios que se detallan en el trabajo.

**Tipo de violencia sufrida:** al tratarse de una revisión sistemática en la que la violencia de género es una de los variables principales, detallar tanto si es violencia de pareja o de género en general, y si es física, psicológica, sexual...

**Participantes – categoría:** respuesta codificada con cinco alternativas de respuesta: humanos, animales (veterinaria), organizaciones, ciudades y barrios, otras.

**Participantes – sexo:** respuesta codificada en cuatro alternativas: hombre, mujer, otros, ambos

**Participantes – orientación sexual:** elegir una opción (Heterosexual, Homosexual, Bisexual, Otros, Desconocida, Varias)

**Participantes – género:** respuesta codificada en cinco alternativas: masculino, femenino, ambos, no-binario, masculino y/o femenino y no-binario.

**Participantes – identidad de género:** respuesta codificada con cuatro opciones de respuesta: cisgénero, otra, ambos, no detallado.

**Participantes – edad:** respuesta codificada con tres opciones de respuesta: 18 años o más, menos de 18 años, no se define.

**Participantes – raza:** anotar la raza, si se describe en el artículo. El rango se ha mantenido abierto para poder recoger la especificidad de cada estudio (pueblos originarios, afrodescendientes, indios americanos, nativos canadienses, raza negra, afroamericana, oriental, caucásica...)

**Metodología:** describir brevemente la metodología que utiliza el estudio.

**Tipo de análisis:** estadístico, análisis temático...

**Análisis de datos:** describir brevemente la estrategia de análisis de datos que utiliza el estudio.

**Principales resultados:** describir brevemente los principales resultados a los que ha llegado el estudio.

**Principales conclusiones:** describir brevemente los principales resultados a los que ha llegado el estudio.

**Principales aportes del trabajo:** describir brevemente los principales aportes que el trabajo hace al campo de conocimiento objeto del estudio.

**Limitaciones:** describir brevemente las limitaciones que presenta el estudio.

**Líneas futuras:** describir brevemente las líneas futuras que se definen el trabajo en función de los resultados alcanzados por el estudio así como de las limitaciones de éste.

**Conflictos de interés:** transcribir, si existe, la información ofrecida por los/as autores/as sobre los conflictos de interés respecto al trabajo.

**Comité de ética:** anotar la descripción de la entidad, comité de ética, si es el caso, que ha autorizado el trabajo.

**Financiación:** describir la instancia que ha financiado el trabajo y en qué modo (beca, subvención...)

**Referencias bibliográficas de otras obras a incluir en la búsqueda:** anota si en el trabajo se hace referencia a algún otro trabajo susceptible de ser incluido en la revisión.

### Anexo 3.

Tabla con los resúmenes de los artículos revisados

Código	Resumen
01	<p>Basado en el modelo teórico de Edith H. Grotbert, el artículo analiza el proceso de generación de resiliencia en mujeres que han sido víctimas de violencia de género en los últimos diez años. A partir de entrevistas semiestructuradas, el investigador analiza la noción que un grupo de 7 mujeres que residían en la ciudad de Villavicencio y que se organizaron en grupos de mujeres con el fin de apoyarse, tienen de la noción de adversidad, como se dio su proceso de adaptación positiva y los recursos individuales y colectivos con que contaron, conocer su funcionamiento en circunstancias adversas (víctimas de violencia sexual), con el fin de identificar los procesos de resiliencia que desarrollaron. El estudio se basa en el modelo teórico de Grotberg sobre la resiliencia, que la define como la interacción entre factores sociales (redes de apoyo, familia, grupos de mujeres...) y facilidades y fortalezas personales (autoestima, introspección, identidad...). Los resultados confirmaron como estos factores (tanto individuales como colectivos y sociales) resultaron cruciales en el proceso de construcción de la resiliencia en las mujeres de la muestra.</p>
02	<p>El trabajo se enfoca en aprender sobre el proceso de resiliencia vivido por mujeres víctimas de violencia sexual e identificar cuáles son los factores que favorecen su resiliencia. Se llevó a cabo una Investigación cualitativa, en torno al concepto de resiliencia, con 12 mujeres víctimas de violencia sexual, reclutadas (sep-2013 - feb2014) en un Servicio de Atendimento Especializado y una Comisaría de la Mujer, de un municipio de Paraná (Brasil). Se les pasó una entrevista semiestructurada que fue grabada y posteriormente transcrita y los textos analizados según la teoría fundamentada hasta obtener una serie de categorías y subcategorías. Entre los resultados se encontró que el sentimiento de cuidado y responsabilidad sobre sus hijos e hijas provocaron en las mujeres una movilización interna, que el estudio plantea como el inicio del proceso de resiliencia. Un papel fundamental lo jugaron también las personas que actuaron como tutores de resiliencia y las apoyaron (familia, amigos, profesionales...). Esto les permitió reconectar con el trauma, representarlo y seguir con su vida. La religación con Dios y la reactivación de la fe fueron también dos elementos clave en el proceso resiliente de recuperación. La investigación concluyó acerca de la importancia crucial que tiene el hecho de incluir la promoción de la resiliencia en la atención a las mujeres víctimas de violencia sexual desde un punto de vista de la salud, y específicamente desde la enfermería.</p>
03	<p>La violencia doméstica, violencia en la familia, se ha convertido en un verdadero problema de salud pública, con consecuencias a diferentes niveles, físicas, sociales y psicológicas. El presente trabajo aborda el tema de la resiliencia en las mujeres que sufren procesos de violencia doméstica. Para ello se utilizó la Escala de Resiliencia del Ego (ERS) para estudiar una muestra de 52 mujeres (entre 30 y 65 años) que habían sufrido violencia doméstica por la que habían sido atendidas en el Centro de Intervención en Crisis. La mayoría de las veces reportaron violencia psicológica y física, por parte del marido o pareja, como perpetrador más habitual. Las mujeres del estudio que habían sufrido violencia doméstica sacaron resultados más bajos en resiliencia (ERS). Las puntuaciones más bajas en la escala se correspondieron con aquellas mujeres que habían sufrido, además, violencia paterna, mientras que las más altas fueron alcanzadas por mujeres que sufrieron violencia por parte de la pareja íntima. La resiliencia de las mujeres del estudio que sufrieron violencia doméstica fue menor que la resiliencia de la población general. La violencia sufrida infligida por el padre ejerció el mayor impacto adverso sobre la resiliencia. Una de las recomendaciones del estudio es considerar la resiliencia como una variable a introducir en los procesos de apoyo psicosocial a las mujeres víctimas de violencia doméstica.</p>

04 El estudio pretende aportar evidencia al vacío existente en torno a los factores protectores o factores que promocionan la resiliencia en mujeres víctimas de violencia de pareja. Para ello, se planteó el objetivo de investigar la experiencia de madres maltratadas que realizan un itinerario educativo en un Centro de Vida Asistida Materno-Infantil. Se utilizó una metodología cualitativa descriptiva. Se realizaron entrevistas en profundidad cara a cara con una muestra intencional de ocho mujeres. Cuatro temas principales surgieron de las entrevistas: (1) mejora en la relación madre-hijo; (2) un proceso de cambio personal durante la trayectoria educativa; (3) la reconstrucción de relaciones de confianza; y (4) actitudes y esperanzas hacia el futuro. En conjunto, estos hallazgos destacan el proceso de resiliencia, concebido desde una perspectiva socio ecológica como la capacidad de utilizar recursos enraizados en sistemas interconectados. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos.

05 El estudio abordó el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPTC) propuesto por la CIE-11 (2018), y estudió la prevalencia de este, frente al TEPT, en 162 mujeres sobrevivientes de violencia de género. Asimismo, abordó el papel que jugaban seis factores de riesgo (gravedad de la violencia, nivel de miedo, resiliencia y estrategias de regulación emocional) para que las mujeres padecieran uno u otro de los trastornos. Se encontró una mayor prevalencia de TEPTC (39,50%) que de TEPT (17,90%). Un elevado nivel de miedo se identificó con la reexperimentación del evento traumático en el momento presente, evitación, sensación actual de amenaza y alteración en las relaciones. Bajos niveles de resiliencia y estrategias desadaptativas de regulación emocional como la supresión de la expresión se relacionaron con los síntomas de desregulación afectiva, autoconcepto negativo y alteraciones en las relaciones. Los resultados del estudio mostraron que la existencia de estrategias desadaptativas de regulación emocional diferenciaba entre cumplir los criterios de TEPTC y TEPT en mujeres supervivientes de violencia de género.

06 Existe abundante literatura que muestra cómo la violencia de pareja tiene una incidencia directa en el aumento de problemas de salud y pérdida de calidad de vida de quienes la padecen, siendo la depresión prenatal una de las consecuencias identificadas. Partiendo de la base de que la resiliencia puede actuar como factor protector y ser capaz de proteger contra la aparición de trastornos mentales derivados de la ocurrencia de algún suceso o experiencia adversa o traumática, el estudio se plantea estudiar precisamente cual es el papel de la resiliencia como moderador del efecto de la violencia de pareja en la depresión prenatal de mujeres tanzanas embarazadas. Se desarrolló un estudio transversal (anidado en un longitudinal) con una muestra final de 1007 mujeres embarazadas que habían sido atendidas por violencia de pareja (si bien la muestra final era de 1013, seis no completaron todos los datos). Se utilizaron la Escala de depresión posparto de Edimburgo y la Escala abreviada de resiliencia de Connor-Davidson y para el análisis de los datos se usó una regresión logística para probar la interacción entre resiliencia y exposición a violencia de pareja durante el embarazo sobre el riesgo de un alto nivel de signos de depresión. Los resultados mostraron que la violencia de pareja no correlacionó con signos de depresión, ni tampoco la resiliencia, ni el término de interacción entre resiliencia y violencia de pareja. En definitiva, no pudo probarse que la resiliencia actuara como moderador del efecto de la exposición a violencia de pareja durante el embarazo sobre el riesgo de depresión prenatal. Las limitaciones implican que la escala de resiliencia no había sido validada en Tanzania y que la resiliencia puede necesitar una medida longitudinal (no transversal) no ser un constructo dinámico y que se construye con el tiempo.

07 El estudio se enfoca en el efecto que pueden tener las experiencias adversas vividas en la infancia en madres gestantes y su influencia en la salud mental (ansiedad, depresión) y conductual (abuso de sustancias, y exposición a la violencia de pareja) durante el embarazo, y

el modo en que la resiliencia puede actuar como factor modulador de los efectos negativos (según presenten alto o bajo nivel de resiliencia). Los resultados mostraron que existe una relación entre las experiencias adversas en la infancia y la prevalencia de ansiedad prenatal, depresión y la exposición a la violencia de pareja. Esta relación fue más fuerte y significativa en mujeres que reportaron niveles bajos de resiliencia durante el embarazo.

08 El trabajo sexual implica ilegalidad, estigmatización y marginación en Kenia y el estudio aborda como las trabajadoras sexuales de Nairobi utilizan diferentes recursos para afrontar las vivencias, situaciones y consecuencias del trabajo sexual. Se desarrolla un estudio cualitativo, en el que se seleccionaron aleatoriamente 1003 mujeres (18-45 años) inscritas en el estudio Maisha Fiti (estudio longitudinal de métodos mixtos de 3 años que explora la relación entre el riesgo de VIH y la violencia y la salud mental). Las entrevistas se grabaron en audio, transcritas y traducidas al inglés. Los datos extraídos se codificaron por temas y se analizaron. Todas las mujeres vivieron experiencias adversas en su infancia (económicas, abusos sexuales y/o físicos) y en la adultez, incluida la violencia de género (pareja, trabajo). Todas tenían al menos 1 hijo en el momento del inicio del estudio. El cuidado de los niños se perfiló como la razón principal por la que empezaron a ejercer como trabajadoras sexuales. Las participantes utilizaron los recursos que tenían a disposición (personales, sociales, familiares...) para desarrollar resiliencia y hacer frente a las adversidades mientras mantenían la esperanza en el futuro. La maternidad, la pertenencia a grupos y su compromiso con los servicios de prevención y tratamiento del VIH fueron factores importantes para desarrollar la resiliencia. Se resaltó la importancia de desarrollar un enfoque holístico para cubrir las necesidades de salud de las trabajadoras sexuales y abordar el tema de la prevención a través de los sistemas educativos y el apoyo a las niñas para que finalicen sus estudios, adquieran competencias y apoyarlas para que puedan encontrar un trabajo.

09 El estudio parte de la evidencia respecto a las consecuencias negativas que la violencia de pareja puede tener en la salud mental de las mujeres pero incide también en aquellas mujeres que, igualmente expuestas a situaciones de violencia de pareja, son capaces de sobreponerse y son capaces de desarrollar resiliencia psicológica. En este marco, se plantea investigar los factores que actúan como protectores y están asociados con la resiliencia psicológica en las mujeres maltratadas en la provincia de Gauteng en Sudáfrica. Para ello se lleva a cabo un estudio transversal, con un enfoque de muestreo aleatorio de etapas múltiples con el que se selecciona una muestra de 511 mujeres. En el análisis secundario (en el que se utilizó el Cuestionario del Estudio multipaís sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para medir la experiencia de IPV física y sexual a lo largo de la vida) se incluyeron 189 mujeres que habían sufrido violencia intrafamiliar a lo largo de su vida. La resiliencia se midió como una puntuación por debajo del umbral de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario de Trauma de Harvard. El estudio resalta asimismo la existencia de otras variables que pueden actuar como factores de riesgo (experiencias adversas en la infancia, violaciones o todo tipo de eventos traumáticos, y también pobreza, niveles de educación, desempleo...) para la salud mental y la resiliencia. El estudio utilizó un análisis de regresión multivariada para identificar la relación de los factores con la resiliencia. Los resultados mostraron que 42% de las mujeres puntuaron por debajo del umbral de trastorno de TEPT o síntomas depresivos en el momento de la encuesta y se clasificaron como resilientes. Los indicadores de apoyo social se asociaron con una mayor resiliencia. Las mujeres con mayor apoyo social percibido y pensaban que podrían conseguir dinero en caso de necesidad tenían más probabilidades de ser resilientes. Las mujeres que bebieron en exceso experimentaron violencia de pareja grave en los últimos 12 meses, recibieron reacciones negativas a la divulgación y utilizaron servicios médicos o psicosociales tenían menos probabilidades de ser resilientes. El trabajo concluye que los indicadores de

apoyo social son factores clave para fomentar la resiliencia entre las mujeres maltratadas. Las intervenciones deben apuntar a promover redes sociales más fuertes y de apoyo y aumentar la utilización de los servicios de apoyo formales por parte de las mujeres.

10 El estudio se enfoca en las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres afroamericanas víctimas de violencia de pareja para hacer frente a los síntomas de TEPT (frente a trabajos anteriores que se centraban más en hacer frente al trauma directamente, y no a los síntomas del TEPT en si mismo). Si bien no todas las personas expuestas a un trauma desarrollan un TEPT, si pueden desarrollar algunos síntomas (aunque no cumplan con todos los criterios) por ello los autores entienden interesante este enfoque. Además, las estrategias de afrontamiento estudiadas en la literatura se refieren sobre todo a las reacciones a la situación traumática (aguda), sin embargo, es importante conocer cómo reaccionan ante eventos traumáticos crónicos, como la violencia de pareja. El objetivo es identificar las estrategias que utilizan las mujeres afroamericanas que experimentan violencia de género y usan sustancias para afrontar los síntomas individuales de TEPT. El estudio incide asimismo en estudiar los procesos de afrontamiento a nivel de síntomas individuales, en lugar de a nivel de grupos agregados de síntomas (como ha hecho la literatura). El estudio trabajó con una muestra de 107 mujeres afroamericanas con edades entre los 19 y los 62 años. El resultado del análisis del contenido de las entrevistas mostró que utilizaron hasta un total de 19 estrategias diferentes para hacer frente a los síntomas individuales, las cuales variaban en función del tipo de TEPT que experimentaban. La agregación de síntomas ocultó la variabilidad de las estrategias para hacer frente a los síntomas individuales. Una de las conclusiones es también la importancia de los factores culturales y de contexto a la hora de valorar las estrategias de afrontamiento. La estrategia más respaldada por las mujeres es la del afrontamiento a través del apoyo social, la cual tiene el potencial de promover la resiliencia.

11 Existe mucha evidencia que prueba las consecuencias en términos de salud mental que la violencia de pareja contra la mujer (IPVAW, por sus siglas en inglés) supone para las mujeres que la padecen, estando en muchas ocasiones asociadas al consumo de sustancias. La literatura de investigación ha puesto el foco sobre todo en los aspectos psicopatológicos y factores de riesgo, sin embargo, existen también otros factores de protección (como la resiliencia) que ayudan a las mujeres a superar las adversidades que están viviendo incluso a preservar su salud. El presente estudio se centra precisamente en analizar cómo las mujeres afrontan las situaciones de violencia de pareja que están viviendo, en términos de violencia de pareja, y de qué modo las situaciones adversas vividas en el pasado pueden afectar a su situación actual. Para ello, se entrevistó en profundidad (45 - 60 minutos) a 60 mujeres españolas (mayores de 18 años, con una media de edad de 37 años) y se usó la metodología de las historias de vida. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas por dos investigadores y se identificaron diferentes temas y etiquetas. Una vez las entrevistas fueron procesadas, se analizó el contenido de estas y se analizó la evolución de cada participante durante todo el proceso de violencia de pareja, hasta la actualidad, y se identificó el nivel de resiliencia y su relación con la psicopatología (las respuestas se contabilizaron como alta y baja resiliencia). Por lo tanto, podríamos analizar la relación entre las variables. El resultado del análisis permitió identificar algunas tendencias que mostraban resiliencia en las mujeres y tenían que ver con diferentes dimensiones del constructo resiliencia (flexibilidad, rusticidad/resistencia, locus de control, presencia vs ausencia de trastorno mental y consumo de drogas). En particular, las mujeres con un mayor nivel de resiliencia muestran un menor desarrollo de psicopatologías y consumo de drogas. Como resultado, la resiliencia demuestra ser un aspecto clave para mejorar y promover la reducción de los problemas de salud mental en las víctimas de violencia de género.

12

El estudio toma como referencia el Modelo de la cartera de resiliencia. Desarrolla una investigación cualitativa acerca de una serie de fortalezas, vinculadas con la salud, el bienestar y el crecimiento postraumático en mujeres que habían experimentado violencia de pareja (IPV, por sus siglas en inglés) que favorecen que estas mujeres sean capaces de recuperarse y superar las experiencias adversas, potencialmente traumáticas, que están viviendo, llegando incluso a prosperar y a crecer. Se eligió una muestra de 109 mujeres españolas (18- 64 años) receptoras de servicios psicológicos especializados en violencia de pareja que habían manifestado algún tipo de maltrato (los más comunes fueron el maltrato físico y el psicológico). Un 85% de origen español y 15% inmigrante, en su mayoría latinoamericanas. No se ofreció ninguna compensación (económica, médica, social) por participar en la investigación. Las participantes completaron una encuesta autoadministrada en la que, además de las preguntas sobre variables sociodemográficas, se incluyeron varias escalas incluidas en el paquete de medición del modelo de cartera de resiliencia (Hamby, Grych y Banyard, 2015) sobre múltiples indicadores de fortalezas, bienestar subjetivo y crecimiento postraumático, antes de participar en las sesiones grupales. Algunas participantes puntuaron alto en crecimiento postraumático lo que apoya la idea de que la resiliencia es posible después de eventos traumáticos. Al comparar mujeres con diferentes niveles de crecimiento postraumático, se encontraron dos patrones: un grupo de variables (conciencia emocional, apoyo social, afrontamiento y diversidad de fortalezas) discriminaban a mujeres con alta resiliencia. Otro patrón (resistencia, propósito, densidad de fortalezas y bienestar) discriminaron entre los tres grupos de mujeres (niveles bajos, medios y altos de crecimiento postraumático). El crecimiento postraumático y el bienestar correlacionaron positivamente entre sí, sin embargo, fueron predichas por diferentes fortalezas, y ninguna modificó la predicción de la otra en los modelos realizados. Esto respalda una relativa independencia de ambas medidas (Mguni et al., 2012) El análisis univariado que comparó los niveles de crecimiento postraumático mostró diferencias significativas en todos los factores, excepto en la regulación emocional y el optimismo. Los análisis multivariados explicaron el 42 % de la variación en el crecimiento postraumático y el 52 % en el bienestar. Los resultados sugieren formas de promover el bienestar y la resiliencia entre las mujeres victimizadas.

13

Los problemas de salud mental materna en el periodo postparto afectan en un mayor % a mujeres de países de ingresos medios-bajos (en comparación con países con ingresos altos) y este dato se agrava en presencia de la violencia de pareja. Sin embargo, la relación violencia de pareja y salud mental no es determinista, sino que hay factores que la modulan. El estudio, con un diseño longitudinal y prospectivo, abordó esta cuestión y se planteó identificar cuáles podrían ser los factores moderadores, protectores como de riesgo) del riesgo en la salud mental que podrían influir en el impacto de pareja en términos de angustia postparto en una cohorte longitudinal de mujeres sudafricanas. En el caso de los factores protectores, según la teoría de la resiliencia, tomó tres variables que forman parte del constructo de la resiliencia (el estatus socioeconómico, el apoyo social familiar y la religiosidad individual). Como factores de riesgo, a partir de las perspectivas de diátesis-estrés y sindemia, se examinaron tres potenciales amplificadores de efectos: historial de abuso infantil, nuevo diagnóstico de VIH, y niveles de angustia emocional de referencia. Las mujeres fueron evaluadas durante el embarazo (T1) y luego nuevamente a las 14 semanas (T2) y 9 meses (T3) después del parto. Los resultados en T2 y T3 mostraron que el impacto de la exposición a la violencia de pareja en la angustia emocional posparto fue significativamente más fuerte entre las mujeres que presentaron una mayor angustia inicial y más débil entre las mujeres de mayor nivel socioeconómico. En T3, aparece una interrelación con el diagnóstico de VIH ya que el impacto de la exposición a la violencia de pareja en la angustia emocional fue más fuerte para las mujeres a las que se les diagnosticó VIH positivo durante el embarazo. Los hallazgos respaldan la necesidad de intervenciones específicas de promoción de la salud mental para mujeres expuestas a IPV a las

que se les acaba de diagnosticar el VIH y/o que reportan altos niveles de angustia emocional durante el embarazo. Así mismo, invitan también a fortalecer las acciones que les permitan a las mujeres mejorar su condición socioeconómica como factor de protección que puede mitigar el impacto en la salud mental después del parto.

14 La victimización sexual se muestra como uno de los más significativos factores de riesgos para sufrir trastorno mental, incluyendo el estrés postraumático. En términos generales, existe literatura que sugiere que el apoyo social percibido, la resiliencia y el afrontamiento predicen de manera independiente la gravedad del TEPT asociado con la victimización sexual, pero además, existen también una serie de relaciones complejas entre estas variables. Este estudio examinó la asociación entre el apoyo social percibido y la gravedad de los síntomas de estrés postraumático, mediada por factores potencialmente moduladores como son la resiliencia y el afrontamiento, entre las mujeres expuestas a diferentes patrones de experiencias de victimización sexual (abuso sexual en la niñez, agresión sexual en la edad adulta, revictimización sexual). Participaron 255 mujeres (de un total de 3113 estudiantes mujeres reclutadas en cuatro universidades estadounidenses, que completaron la entrevista y los cuestionarios on line. Los resultados mostraron que un mayor apoyo social percibido, una mayor resiliencia y un menor afrontamiento desadaptativo se correlacionaron con una menor gravedad del TEPT. En general, el estudio actual encontró efectos positivos del apoyo social percibido y la resiliencia y efectos negativos del afrontamiento desadaptativo en la gravedad del TEPT en casos de abuso sexual infantil solo, abuso sexual adulto solo y revictimización solo. El estudio aporta información que invita a pensar en varias implicaciones clínicas: como que promover el apoyo social percibido y reducir el afrontamiento desadaptativo podría aumentar la eficacia de las intervenciones dirigidas al TEPT asociado con victimización sexual (al margen de la tipología de ésta). La falta de respuesta al tratamiento podría vincularse con la falta de apoyo social percibido, bajos niveles de resiliencia, uso de afrontamiento desadaptativo, o cualquier combinación de estas condiciones. En términos generales, la identificación de la resiliencia y el afrontamiento como posibles mediadores de la relación entre el apoyo social percibido y la gravedad del TEPT es un importante contribución.

15 El paso entre la adolescencia a la edad adulta es un momento de importantes cambios vitales, donde aparecen las relaciones íntimas, y el fenómeno de la violencia puede estar presente en muchas de ellas. El estudio se centró en estudiar como las mujeres les dan sentido a estas experiencias a lo largo de los cuatro años que permanecen estudiando en la universidad. Partiendo de un enfoque basado en la fenomenología hermenéutica heideggeriana, el estudio encontró cuatro temas principales: (a) dar sentido a la relación; (b) reconocer necesidades en la relación; (c) crecimiento postraumático; y (d) madurez cognitiva social. Todo ellos presentaron un patrón central que fue cómo, a través del tiempo, las mujeres reconocieron su propia resiliencia, entendida en este trabajo como “una adaptación positiva durante y después de experimentar la adversidad”. Este proceso reconoce el manejo de recursos externos e internos, el fomento de la confianza en uno mismo, el desarrollo de un sentido de voluntad y autonomía, y contribuyendo a los demás. La resiliencia también se conectó con un mayor autoconocimiento, con las autopercepciones de las mujeres de sí mismas como mujeres jóvenes que navegan en las relaciones y son capaces de lograr el equilibrio entre sus propias necesidades individuales y las de su pareja, y también aprenden a negociar compromisos relacionales con aspiraciones personales. Todos estos descubrimientos muestran la importancia crítica de la adquisición de habilidades para la vida que puedan ayudar a las mujeres a navegar los desafíos de las relaciones de pareja, sobre todo aquellas que puedan conllevar una violencia de pareja, así como aprender de qué modo, pueden acompañar a mujeres cercanas a ellas que están pasando por este tipo de situaciones.

---

## Anexo 4

Cuadro resumen con las principales características de los trabajos revisados

nº	Muestra	Objetivo	Variables	Instrumentos de medida	Método	Análisis de datos	Resultados
01	7 mujeres, +18 años, víctimas de algún suceso violento en los últimos 10 años, (mesa de violencia sexual (Villavicencio, Depto. del Meta, Colombia)	Describir y analizar el funcionamiento de siete mujeres para comprender su funcionamiento en circunstancias adversas (violencia sexual) buscando conocer qué entienden por adversidad, como fue su proceso adaptación positiva y qué recursos, individuales y colectivos, tuvieron a disposición a lo largo de todo el proceso	Variable Independientes: Exposición violencia sexual; Variable dependiente: resiliencia.	Entrevista semiestructurada	Basado en el modelo teórico de Grotberg (1995) y a partir de entrevistas semiestructuradas, el investigador estudió la noción que las mujeres tenían de adversidad, para llegar a conocer como fueron reaccionando ante circunstancias adversas (violencia sexual), como se dio su proceso de adaptación positiva y los recursos individuales y colectivos con que contaron y los que utilizaron e identificar como fueron construyendo su resiliencia. Teoría fundamentada.	Análisis cualitativo, posterior a la realización de las siete entrevistas, a través de una matriz Se fue citando la información relevante y se iba comentando la misma, posteriormente se codificaban las citas, para luego distribuir estos códigos por categorías y subcategorías las cuales fueron creadas de acuerdo con los objetivos planteados, finalmente se procedió al análisis de la información obtenida. Teoría fundamentada.	Las categorías identificadas en el estudio coinciden con otros trabajos previos en los que la resiliencia se identifica como un proceso dinámico en el que convergen una serie de factores, tanto personales como sociales y familiares, que resultan cruciales para el desarrollo de la resiliencia. Tanto los factores de protección personales como los colectivos (familiares, sociales...) fueron elementos clave para desarrollar la resiliencia. El afrontamiento se reconoce como el elemento central dentro del proceso de resiliencia, utilizando los factores individuales, familiares y comunitarios
02	12 mujeres víctimas de violencia sexual, entre 18 y 59 años (más de 120 días entre la experiencia traumática y la entrevista) -	Investigar el proceso de resiliencia en mujeres que fueron víctimas de violencia sexual.	Variables: violencia sexual; datos socio – demográficos, el afrontamiento de la violencia sexual y la superación del trauma, a través de del posicionamiento personal y la ayuda de personas de su entorno	Entrevista semiestructurada	Estudio exploratorio con abordaje cualitativo. Se les pregunta sobre variables socio demográficas, afrontamiento de la violencia sexual y superación del trauma, a través de factores personales y factores externos (familiares, amigos). Finalizan cuando hay convergencia en las respuestas.	Análisis cualitativo, temático, compuesto por las siguientes etapas: preanálisis, exploración del material, tratamiento de los resultados, interpretación e inferencia; la interpretación de las cuestiones que surgieron de los discursos se basó en el concepto de resiliencia. Teoría fundamentada.	Surgen tres categorías empíricas (1) sentimiento de cuidado y responsabilidad (movilización interna (como inicio proceso de resiliencia); (2) Ruptura y apertura existencial: familia y red de apoyo; contar el trauma y empezar a reconstruirse; (3) trascendencia de experiencia: reconexión Dios y reactivación de la fe (enfrentar la experiencia traumática vivida, trascenderla y reconstruirse).

03	52 mujeres (30 - 65 años; usuarias de un Centro de Intervención en Crisis violencia doméstica -	Examinar la resiliencia en mujeres que experimentan violencia doméstica	Variable dependiente: resiliencia; Variables independientes: variables sociodemográficas y de violencia.	Ego Resiliency Scale (ERS) por Block y Kremen (1996) adaptado por Kaczmarek (2011). Tanto la versión original como la polaca tiene alta fiabilidad y validez	Estudio cuantitativo en el que se pasa la escala de la resiliencia del ego. Análisis estadístico de las puntuaciones con métodos descriptivos y métodos de inferencia estadística.	Para determinar valores medios de los caracteres cuantitativos, se calcularon las medias aritméticas (M). Se asumió la desviación estándar (DE) como medida de dispersión. El procesamiento estadístico de las puntuaciones recibidas usó pruebas de diferencia; análisis de regresión múltiple, para identificación variables predictores significativos de resiliencia; análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis (ANOVA de Kruskal-Wallis por rangos); y comparaciones múltiples. Para todos los análisis, el error de tipo I máximo aceptable = $\alpha$ 0,05. Se calculó la probabilidad de prueba asintótica de dos caras $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Los análisis estadísticos se realizaron por medio del paquete estadístico Estadística PL 13.0.	No se encontraron estudios previos dedicados a ese tema en la literatura disponible. Las víctimas violencia doméstica puntúan menos en la Escala de Resiliencia del Ego (ERR) que la población en general (mujeres que no sufrían violencia doméstica). Los puntajes más bajo son quienes habían sufrido violencia paterna; las más altas, solo por la pareja íntima. Cuando el padre fue el perpetrador tuvo mayor impacto adverso sobre la resiliencia. La edad actuó también como predictora de la resiliencia (más edad, más resiliencia). Se recomienda considerar la resiliencia en el proceso de brindar ayuda psicosocial a las mujeres que sufren violencia doméstica.
04	8 mujeres, víctimas (4 viviendo 4 en el centro), 19 - 42 años. 3 italianas, 2 nigerianas, 1 peruana, 1 rumana y 1 marroquí.	Investigar la experiencia de madres maltratadas haciendo un itinerario educativo en Centro de Vida Asistida Materno-Infantil, con un enfoque específico en indicadores de resiliencia, y cómo las víctimas de violencia de pareja son capaces de superar la adversidad durante ese camino	Variable independiente: violencia de pareja; Variable dependiente: resiliencia; Variables moduladoras: violencia infantil, apoyo social,	Entrevista en profundidad	Se reclutaron las mujeres en un Centro de Vida Asistida para madres e hijos con itinerarios individualizados para cada unidad familiar (por equipos multidisciplinares) Entrevistadora (había hecho pasantía en el centro) hizo las entrevistas en italiano (30-70'). Incluyó preguntas sobre hijas e hijos, autoconciencia, actitud Grabación y transcripción.	Análisis temático sin esquema de codificación predeterminado (Corbin y Strauss [36]. Elegido por su flexibilidad, y pautas bien establecidas para el análisis (inductivo, involucró codificación cada línea con códigos derivados de las narrativas). Codificación: 1 las palabras utilizadas generaron significados. 2. Se identifican códigos y categorías que emergen 3. codificación teórica para ver relaciones entre categorías. Doble codificación entrevistas; discusión.	Surgen cuatro temas (1) mejora en la relación madre-hijo; (2) proceso de cambio personal; (3) reconstrucción de relaciones de confianza; y (4) actitud y esperanza. Indicadores proceso de resiliencia, desde perspectiva socio ecológica. Mujeres lograron superar las adversidades y se apoyaron en las redes sociales y familiares e institucionales (equipo centro) y factores personales. Mejora del desarrollo de las hijas e hijos

05	<p>162 mujeres víctimas de violencia (psi, física, sexual). + de 18 años, (entre 20- 75) Residentes en España (Espa, Venez, Marruecos, Rusia, Ecuad) Leer, comprender y escribir en español.</p>	<p>Objetivo General: Analizar la prevalencia de mujeres supervivientes de violencia de pareja que cumplían los criterios de TEPT o TEPTC (la VPI es una experiencia adversa repetida y continuado y que dificulta el escape a la misma y perpetrada por alguien cercano).</p> <p>1) Analizar la prevalencia de TEPT y TEPTC según los criterios de la CIE-11; 2) Analizar las asociaciones entre la sintomatología del TEPTC y la severidad de la violencia, nivel de miedo, resiliencia y estrategias de regulación emocional; 3) Analizar qué factores de riesgo (gravedad de la violencia, nivel de miedo, resiliencia y estrategias de regulación emocional) pueden diferir entre mujeres sobrevivientes con TEPT o TEPTC.</p>	<p>Variables independientes: severidad de la violencia, miedo, resiliencia y regulación emocional</p> <p>Variables dependientes: Síntomas TEPC (Re experimentar el aquí y ahora, evitación, sensación actual de amenaza, desregulación afectiva, autoconcepto negativo, alteraciones en las relaciones).</p>	<p>Entrevista estructurada;</p> <p>International Trauma Questionnaire (ITQ) (Cloitre et al., 2018);</p> <p>Composite Abuse Scale (Revised)-Short Form (CASR-SF) (Ford-Gilboe et al., 2016)</p> <p>Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor &amp; Davidson, 2003).</p> <p>Regulación emocional: Emotion Regulation Questionnaire (ERQ-CR y ERQ-ES) (Gross &amp; John, 2003)</p>	<p>Reclutadas en asociaciones de mujeres de 30 localidades de 6 comunidades autónomas españolas. Los equipos de los centros avisaron a las mujeres y las que accedieron, el equipo de investigación les explicó detalladamente el proyecto. noviembre de 2019 a enero de 2021</p>	<p>Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, versión 26.0 - (SPSS; IBM Corp., 2019); análisis de regresión logística; prueba t de Student</p>	<p>Mayor prevalencia de TEPTC (39,50%), en comparación con el TEPT (17,90%). Un puntaje alto miedo se vinculó con reexperimentación, evitación, sensación actual de amenaza y perturbación relaciones. Bajos niveles de <b>resiliencia</b> y estrategias de regulación emocional desadaptativas (p.e. supresión expresiva) se asociaron con los tres síntomas de Alteraciones de la Auto Regulación (DSO, por sus siglas en inglés): desregulación afectiva, autoconcepto negativo y alteraciones en las relaciones. Puntuaciones bajas en resiliencia (no uso de estrategias adaptativas de <b>afrentamiento</b> - tenacidad, presión y control, adaptabilidad y apoyo, control y propósito, y espiritualidad-, Connor &amp; Davidson,2003) podría explicarse por la impotencia experimentada tras sufrir VPI. Las estrategias de regulación emocional desadaptativas diferenciaron entre cumplir con los criterios de TEPTC y TEPT en mujeres sobrevivientes Estos hallazgos pueden tener implicaciones importantes para el diseño de tratamientos específicos dirigidos a mujeres sobrevivientes de violencia de pareja que sufren TEPTC. La supresión expresiva es la variable que más contribuye a la diferencia entre ambos diagnósticos.</p>
----	--	--	--	--	---	---	---

06	<p>1007 mujeres embarazadas atendidas por violencia de pareja en dos centros.</p> <p>Criterios de inclusión: 18 años o más, que pensaban dar a luz en el municipio de Moshi y edad gestacional &lt;24 semanas momento de la inscripción, (ecografía) -</p>	<p>1.- Contribuir a la evaluación de la capacidad de la resiliencia como factor moderador en los casos de exposición a violencia de pareja en la depresión postnatal entre mujeres embarazadas en Moshi, Tanzania. 2-. evaluar la resiliencia como predictor de psicopatología ante la exposición a dificultades durante el embarazo.</p>	<p>Variable Dependiente: Depresión (nivel de signos informados de depresión); Variables independientes: exposición a violencia de pareja durante el embarazo; Resiliencia (puntuación CD-RISC-10, y el término de interacción de la puntuación CDRISC-10, el cual fue el producto de violencia de pareja durante el embarazo (cero o uno) y el puntaje CD-RISC-10)</p>	<p>Escala del Estudio multi país OMS salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer (en swahili); Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés) y Escala abreviada de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC-10)</p>	<p>Estudio cuantitativo, transversal, anidado dentro de un estudio longitudinal más amplio. entrevistó a mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal sobre la exposición a la violencia de pareja, Las entrevistas se realizaron en una habitación privada de la clínica. Solo el entrevistador y la mujer participante podían estar presentes durante la entrevista (salvo las niñas y niños menores de 2 años).</p> <p>Las entrevistas realizadas por seis investigadores asociados se realizaron en swahili. En tres momentos: 1. Inscripción (antes semana 24 de gestación) (factores sociodemográficos, salud reproductiva, enfermedades crónicas, estado de VIH/SIDA, relación con la pareja, antecedentes de depresión, exposición previa a violencia de pareja, y resiliencia; 2. semana 34 de gestación (infor sobre exposición a violencia de pareja durante el embarazo, síntomas de depresión y apoyo social; y 3. a los 40 días posparto (datos sobre signos de depresión posparto).</p>	<p>Para investigar posibles factores de confusión en los datos, se realizaron comparaciones bivariadas entre grupos con puntajes de resiliencia altos o bajos, y entre grupos expuestos o no expuestos a al menos un tipo de IPV durante el embarazo. Prueba t de Student, prueba de Mann-Whitneytu, prueba de chi-cuadrado. .</p> <p>Se aplicó regresión logística para evaluar la importancia de la resiliencia como modificador del efecto en la asociación entre violencia de pareja durante el embarazo y signos de depresión durante el embarazo. La variable dependiente fue el nivel de signos informados de depresión.</p> <p>Se utilizó la regresión logística para probar el efecto del término de interacción resiliencia y exposición a la violencia de pareja durante el embarazo sobre el riesgo de un alto nivel de signos de depresión.</p>	<p>Se partió de que uno de los muchos riesgos relacionados con la violencia de pareja íntima es la depresión prenatal. 1013 mujeres completaron todas las entrevistas, 300 mujeres informaron exposición a violencia de pareja y 113 tenían altos niveles de sintomatología depresiva. La puntuación media de resiliencia fue de 14,26. La exposición a violencia de pareja correlacionó con signos de depresión (odds ratio ajustado 6,49, IC 95% 3,75-11,24). Los resultados mostraron que ni la resiliencia, ni la violencia de pareja, ni el término de interacción entre ambos correlacionaron con signos de depresión. No se probó que la <b>resiliencia</b> actuara como moderador del efecto de la exposición a violencia de pareja durante el embarazo sobre el riesgo de depresión prenatal. Tampoco la interacción entre resiliencia y violencia de pareja. No se probó que la resiliencia actuara como moderador del efecto de la exposición a violencia de pareja durante el embarazo sobre el riesgo de depresión prenatal. Limitaciones: escala de resiliencia no había sido validada en Tanzania / la resiliencia puede necesitar una medida longitudinal (no transversal) por tratarse de un</p>
----	--	---	--	--	--	--	---

							constructo dinámico y que se construye con el tiempo. Limitaciones: escala de resiliencia no validada en Tanzania / la resiliencia puede necesitar una medida longitudinal
07	355 mujeres de habla inglesa, mayores de 18 años, a (entre las semanas 16 y 23 de gestación (41,4% blanca; 25,9% hispana; 16,3% negra; 13,5% asiática / isleña del Pacífico y 2,8% otra)	Examinar la correlación entre las asociaciones entre la exposición a las experiencias infantiles adversas y la salud mental y conductual durante el embarazo en general y, por otro lado, en mujeres con niveles altos versus bajos de resiliencia.	Experiencias infantiles adversas/ salud (mental y conductual prenatal) y resiliencia	11-item Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire Resiliencia: 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10); Ansiedad: Electronic health record (EHR), International Classification of Diseases (ICD)-9 o ICD-10 codes // Depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9); Violencia de género: (i) diagnóstico ICD-9 o ICD-10 de IPV dentro de 1 año de la detección de ACE (Tabla complementaria S1) o (ii) exposición auto informada a violencia de pareja (VP) como parte de la detección prenatal de rutina.	Desde el 1 de marzo de 2016 hasta el 30 de junio de 2016, se implementó un programa piloto para evaluar a mujeres angloparlantes de 18 o más años para EAI y resiliencia en su 2ª o 3ª visita prenatal (entre semana 16 y 23 de gestación) como parte de la atención prenatal estándar en dos centros médicos de KPNC. Las pacientes con estas características fueron incluidas en el estudio. Los pacientes completaron los cuestionarios EAI y resiliencia en la sala de examen. El personal médico revisó los cuestionarios con los pacientes y proporcionaron recursos (folletos, grupos de apoyo, libros...) si fue necesario.	Evaluación de la normalidad de los datos obtenidos en los cuestionarios y se utilizaron diferentes pruebas no paramétricas para aquellas variables que no se distribuyen normalmente. Estadísticas descriptivas para describir la prevalencia de cada categoría de experiencias adversas en la infancia así como su número. Sobre las condiciones demográficas y de salud (mental y conductual) se calcularon para la muestra en general y por categoría de experiencia adversa que tuvieron cuando niñas. La prueba chi-cuadrado sirvió para examinar si las variables demográficas y de salud mental y conductual diferían según la categoría de experiencia adversa. Y una prueba paramétrica para evaluar si la edad difería según la categoría de experiencia adversa. Para el análisis multivariable, se ejecutaron modelos de regresión logística multivariable para calcular las probabilidades de condiciones de salud mental y conductual durante el embarazo por categoría experiencia adversa en la infancia, ajustando por factores sociodemográficos (edad,	Es el primer estudio que examina cómo las ACE y la resiliencia interaccionan para influir en la salud mental y conductual durante el embarazo. La resiliencia se posiciona como factor protector relacionado con la salud (mental y conductual) materna durante el embarazo, a pesar de que las experiencias adversas en la infancia son factores de riesgo (la resiliencia puede ajustarlo y mitigarlo). Implicaciones clínicas: diseño y desarrollo de intervenciones que promuevan la resiliencia en mujeres embarazadas (para mitigar efectos experiencias Recomienda estudios de cohortes longitudinales con muestras más grandes para comprender mejor los mecanismos causales acerca de cómo interaccionan resiliencia y experiencias adversas en la infancia. Teoría de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1992) y la Teoría de la resiliencia (Yates, 2015)

						<p>raza y la mediana de ingresos del vecindario). Se calculó la prevalencia de condiciones de salud por categoría experiencia adversa por separado para mujeres con niveles bajos vs altos de resiliencia. Análisis de regresión logística multivariable estratificado para calcular las probabilidades de problemas de salud mental y conductual durante el embarazo por categoría de experiencia adversa en la infancia, ajustando por edad, raza e ingreso medio del vecindario, por separado para mujeres con resiliencia alta y baja. Todos los análisis estratificados utilizaron una medida dicotómica de las experiencias traumáticas vividas en la infancia (0 frente a 1+) para aumentar el poder de los análisis entre las poblaciones estratificadas más pequeñas.</p>	
08	<p>40 trabajadoras sexuales seleccionadas de manera aleatoria de una muestra de 1003 trabajadoras sexuales, del total de mujeres (10,292) inscritas en el estudio Maisha Fiti (estudio longitudinal de métodos mixtos</p>	<p>Explorar como las mujeres trabajadoras sexuales en Nairobi (Kenia) utilizan diferentes recursos para navegar las situaciones difíciles de su vida y las consecuencias negativas del trabajo sexual que ejercen.</p>	<p>Violencia, la salud mental, el consumo de alcohol y sustancias, y cómo se relacionan con los comportamientos de riesgo del VIH</p>	<p>Entrevistas en profundidad</p>	<p>Las mujeres trabajadoras sexuales del estudio acceden a los servicios de prevención y tratamiento de las clínicas del Programa de extensión para trabajadoras sexuales (SWOP, por sus siglas en inglés), en el condado de Nairobi</p> <p>Una muestra aleatoria de 40 de las 1003 participantes en el estudio Maisha Fiti realizaron las entrevistas en profundidad, con el objetivo de comprender la interpretación y las experiencias de las mujeres sobre la violencia, la salud mental, el consumo de alcohol y sustancias, y cómo se relacionan con los comportamientos</p>	<p>El equipo de investigación se reunía cada dos entrevistas para mejorar el guion de la misma. Se debatieron los pasos a lo largo de todo el proceso. Se codificó al azar una entrevista para crear el libro de códigos y se analizaron los datos, cuando ya todo el equipo tenía claridad y podía hacer la codificación de manera uniforme.</p>	<p>Las ACE, el abuso sexual, la agresión y el abandono físico y emocional, fueron un precursor del ingreso al trabajo sexual, en línea con los hallazgos de Stoltz y Shannon en su estudio en Vancouver. Al mismo tiempo, la responsabilidad hacia sus hijas e hijos se dibujó como la razón principal por la que las mujeres se unieron al trabajo sexual. Todas las mujeres crecieron en circunstancias adversas (pobreza, abusos sexuales y físicos cuando eran niñas) y siguieron viviendo más adversidades cuando adultas,</p>

	de 3 años de duración que explora la relación entre el riesgo de contagiarse y desarrollar VIH, violencia y salud mental				de riesgo del VIH. Dieron su consentimiento por escrito.		<p>incluida violencia de pareja y la violencia en el trabajo. Todas las participantes usaron los recursos que tenían para desarrollar la resiliencia y hacer frente a estas adversidades mientras mantenían la esperanza para el futuro. La maternidad se informó como una de las razones más fuertes para desarrollar resiliencia, los grupos de apoyo y comprometerse con los equipos y programas de prevención.</p> <p>Conclusión: la resiliencia se posicionó como un tema central en el estudio aun cuando inicialmente no aparecía como objeto de estudio. Haría falta un enfoque holístico para abordar las necesidades de salud de las trabajadoras sexuales y promover la salud y la resiliencia, animándolas a crear grupos de apoyo, como recurso crucial para promover la resiliencia y la tolerancia. Y desarrollar acciones educativas que trabajen la prevención.</p>
09	189 mujeres víctimas de violencia de pareja (sexual o física) (de un total de 511 mujeres elegibles, identificadas por un muestreo aleatorio de	Investigar los factores que están asociados con la resiliencia psicológica entre las mujeres maltratadas, utilizando datos recopilados en una encuesta de hogares realizada en la provincia de Gauteng en Sudáfrica	Variables de exposición (Independiente): violencia de pareja (física y/o sexual) a lo largo de la vida; Depresión; TEPT; Resiliencia; Salud de la mujer; sociodemográficas (edad, educación, estado de la	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D); Cuestionario de Trauma de Harvard; Resiliencia a través estudio combinado de las variables de depresión y TEPT. Cuestionario básico	Datos recopilados a través de una encuesta de hogares con una muestra representativa de mujeres de la provincia de Gauteng en Sudáfrica. El diseño de la encuesta incluyó un enfoque de muestreo aleatorio de etapas múltiples para seleccionar al azar 40 áreas de enumeración en la primera etapa. En la 2ª etapa, se seleccionaron de manera aleatoria, 20 hogares en cada una de las áreas y, por último, se invitó a participar en el	Análisis estadístico: análisis bivariado mediante tabulación cruzada de variables por la variable de resultado de resiliencia para describir la prevalencia de resiliencia por las diferentes características (sociodemog, trauma y apoyo social). Modelo de regresión logística multivariable y se incluyeron en el análisis variables sociodemográficas con un valor p inferior a 0,2 en los	La resiliencia se posiciona como una variable central, entendida como resultado (resultante de la presencia de otras variables) o como proceso dinámico. Resultados: entre las mujeres que experimentaron IPV sexual o física a lo largo de su vida, la mitad de las mujeres no informaron síntomas de TEPT o depresión y, por lo tanto, se consideraron resilientes (este

	etapas múltiples)		relación actual, consumo de alcohol, nivel económico, situación laboral e ingresos, apoyo familiar) Variables dependientes: Resiliencia	y el Instrumento del Estudio multi país de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica de la OMS	estudio a una sola mujer adulta residente en un hogar seleccionado. Se llegó al 96% de los hogares seleccionados y el 89% de estos hogares tenían un participante elegible. La tasa de respuesta entre las mujeres fue del 79%. Se realizaron entrevistas con 511 mujeres elegibles que dieron su consentimiento por escrito para participar en el estudio. En este análisis secundario, solo se incluyeron mujeres que habían experimentado IPV sexual o física en su vida (N = 189)	análisis bivariados y todas las variables explicativas que se asociaron con la resiliencia en la literatura (situación laboral, consumo de alcohol, antecedentes de violencia sexual infantil / experiencia de violación por parte de alguien que no sea su pareja, facilidad para tener dinero en caso de emergencia, percepción de contar con una comunidad de apoyo, apoyo familiar y reacción del mismo; acceso a servicios médicos y/o psicosociales, conocimiento de alguien más abusado/maltratado; cuenta con alguien con quien hablar sobre violencia de pareja).	estudio identifica la ausencia de patología como resiliencia). La gravedad de la IPV se asoció con la resiliencia (mujeres con IPV más grave en los últimos 12 meses, menos probabilidades de ser resilientes. El otro factor más asociado a la resiliencia fue el apoyo social (capital social, conectividad y comunidades de apoyo como factores protectores y favorecedores de la resiliencia y la salud). Necesidad de investigación futura sobre el apoyo social y otros factores de protección con muestras más grandes y diseño longitudinal para informar el papel específicas que funcionan.
10	107 mujeres afroamericanas, entre 19 y 62 años, de un total de 119 mujeres que completaron la entrevista de referencia; 8 no participaron en la entrevista de seguimiento, 2 no confirmaron síntomas de TEPT en la recopilación diaria de datos; 2 fueron excluidas por datos poco confiables	Identificar estrategias específicas que utilizan las mujeres afroamericanas que actualmente experimentan violencia de género y usan sustancias para afrontar los síntomas individuales de TEPT. Se incide también en estudiar los procesos de afrontamiento a síntomas individuales, en lugar de a grupos agregados de síntomas (como es más habitual en la literatura)	Síntomas de TEPT, victimización física, psicológica y sexual; trastornos por consumo de alcohol y drogas; datos sociodemográficos. (edad, situación de empleo, ingreso anual, nivel educativo, estado civil, convivencia con su pareja, tiempo en el que veían a su pareja y media de años de relación)	Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PDS; Foa, Cashman, Jaycox y Perry, 1997); Escala revisada de tácticas de conflicto (CTS-2; Straus, Hamby y Warren, 2003); Maltrato Psicológico a la Mujer – Versión Corta (PMWI-S; Tolman, 1999) y la Encuesta de Experiencias Sexuales (SES; Koss & Oros, 1982); Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV	El estudio forma parte de un estudio más amplio sobre relaciones entre el TEPT, uso de sustancias y las relaciones sexuales de riesgo en mujeres víctimas de violencia de pareja (participantes afroamericanos, latinos y blancos). Se utilizó un enfoque de muestreo estratificado para garantizar el mismo número de cada raza. El presente estudio se centra solo en mujeres afroam. 1. consentimiento informado por escrito, 2 las mujeres elegibles para el estudio completaron: (a) una entrevista cuantitativa semiestructurada inicial asistida por computadora, (b) 30 días de recopilación diaria de datos (llamaron a un número gratuito 4 veces/día para responder preguntas cerradas y pregrabadas sobre síntomas TEPT, violencia de pareja y uso de	Las respuestas obtenidas en las entrevistas fueron codificadas por dos evaluadores independientes. Los temas más relevantes se identificaron usando el enfoque de la teoría fundamentada (Charmaz, 2015). Las respuestas fueron codificadas en estrategias finales (nodos) con el software NVivo (QSR Internacional, 2013). Los evaluadores afinaron los resultados hasta obtener una codificación de consenso. Para las medidas cuantitativas que evaluaron violencia de pareja, síntomas TEPT y trastornos por uso de drogas y alcohol se proporcionaron estadísticas descriptivas. Los datos cualitativos fueron resumidos con el software NVivo. Los informes sobre cómo las mujeres reaccionaron a cada	Más del 38% cumplió con los criterios de diagnósticos de TEPT y un 79% el diagnóstico de deterioro funcional clínicamente significativo. Casi la mitad cumplió con los criterios de un trastorno por abuso de drogas y/o alcohol. Gran variabilidad en las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres en función de los síntomas individuales que presentaban: 19 estrategias (20 pues una de ellas fue "no hacer nada" para hacer frente a los síntomas individuales del TEPT, que variaron en función del síntoma experimentado. La estrategia más respaldada, el afrontamiento a través del apoyo social, tiene el potencial de promover la resiliencia en las

				(SCID-IV; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996)	sustancias) y (c) una entrevista de seguimiento el día 31 del estudio o después (otra entrevista semiestructurada asistida por computadora a todas las mujeres). Las mujeres que respaldaron cualquier síntoma de TEPT durante el período de recopilación de datos diarios de 30 días respondieron a las preguntas estructuradas de la entrevista de seguimiento que evaluó el afrontamiento a los síntomas individuales.	uno de los síntomas fueron examinados de manera individual. Se realizaron comparaciones entre las estrategias de afrontamiento frente a síntomas individuales y también frente a grupos de síntomas	mujeres. Sobre las estrategias desadaptativas, el uso de sustancias era la más habitual, para varios síntomas. No se hace referencia a la variable raza (afroamericanas) aunque el trabajo si recoge diferencias entre etnias. Es importante investigar las experiencias de los síntomas y las estrategias de afrontamiento a nivel de síntomas individuales vs grupo de síntomas, lo que tiene implicaciones clave para futuras investigaciones y desarrollo de intervenciones.
11	60 mujeres, mayores de edad (edad promedio 37,03 años), viviendo en hogares para mujeres maltratadas de Andalucía y Madrid con mujeres de diferentes regiones de España (64 mujeres, de diferentes regiones de España, víctimas, 4 registros fueron anulados)	<p>Identificar estrategias específicas que utilizan las mujeres afroamericanas que actualmente experimentan violencia de género y usan sustancias para afrontar los síntomas individuales de TEPT. El estudio incide asimismo en estudiar los procesos de afrontamiento a nivel de síntomas individuales, en lugar de a nivel de grupos agregados de síntomas (como ha hecho la literatura).</p> <p>Hipótesis: existe una relación entre la resiliencia y la salud mental. Se esperan mayores niveles de resiliencia, menor incidencia y prevalencia de psicopatologías, menor consumo de drogas y, por tanto, mejor salud mental en</p>	Resiliencia (flexibilidad, locus de control, robustez / resistencia), violencia de pareja, consumo de medicamentos y psicopatología.	Entrevista en profundidad con preguntas relacionadas con resiliencia (flexibilidad, locus de control, robustez) así como con diferentes etapas de la vida (niñez, adolescencia y adultez); preguntas sobre consumo de medicamentos y trastornos psicológicos. Fuentes externas: entrevistas a sus equipos médicos y registros.	Entrevistas, historias de vida. Teoría fundamentada. Encuentro previo con cada mujer para obtener datos individuales generales (ver Anexo 1). Este encuentro previo tuvo una duración de 45 a 60 min con cada mujer. Entrevistas en profundidad, centradas en la metodología de las historias de vida (90 minutos). Fuentes externas: entrevistas al equipo y registros médicos de las participantes.	<p>Se recolectó información a través de una grabación de audio digital. Se transcriben literalmente y se obtienen la información sobre el seguimiento de la evolución de cada participante hasta la situación actual, constatando el nivel de resiliencia real y la relación con las psicopatologías.</p> <p>Las transcripciones fueron leídas por las dos personas del equipo de investigación de manera independiente, obteniendo temas y etiquetas. Se realiza un análisis de contenido de las historias de vida a raíz de las entrevistas. El contenido se relacionó con las dimensiones del constructo resiliencia, siguiendo un procedimiento categorial de presencia ausencia de cada una de ellas: flexibilidad, rusticidad, locus de control, junto con la</p>	<p>La flexibilidad es una característica importante para hacer frente a situaciones difíciles o traumáticas, al igual que el locus de control. Sin embargo, dependiendo de la población específica con la que estemos trabajando, podría tener diferentes implicaciones y generar matices perversos (una víctima de violencia de género puede ser flexible y adaptarse a la relación con el maltratador, o desde el locus de control interno, pensar que lo que ocurre es culpa suya).</p> <p>La resistencia es una variable fundamental para el afrontamiento y una dimensión importante del constructo de resiliencia.</p> <p>Consideramos de gran importancia medir la resiliencia a través de entrevistas en</p>

		las mujeres que padecen violencia de pareja.				presencia o ausencia de trastorno mental y consumo de drogas. Posteriormente se hizo una codificación indicando la presencia o ausencia de las variables de interés.	profundidad semiestructuradas. Primero, hacer un análisis más profundo a través de las historias de vida ha arrojado una mayor riqueza documental, ya que la investigación en el campo es fundamental (Luthar & Brown, 2007). En segundo lugar, como menciona López-Fuentes y Calvete (2015) y Salvador (2015), en España no existen estudios que analicen la relación entre IPVAV y resiliencia.
12	109 mujeres (18 – 64 años) recibiendo servicios psicológicos	Identificar las fortalezas en tres dominios (regulatorio, creación de significado e interpersonal) que pueden ayudar a una muestra de mujeres españolas sobrevivientes de violencia de género a lograr la resiliencia ( bienestar subjetivo y el crecimiento postraumático). Y en segundo lugar, examinar la importancia de la densidad (mayor intensidad de las fortalezas) y diversidad (poli fortalezas, o mayor cantidad de fortalezas o puntos fuertes) de fortalezas, como sugiere el Modelo de Portafolio de Resiliencia.	(1) Fortalezas, y otras dos variables de resultado (2) bienestar subjetivo y (3) crecimiento postraumático.	Preguntas socio-demográficas  Paquete de Medición del Portafolio de Resiliencia (Hamby, Grych y Banyard, 2015); Escala de 9 ítems del Inventario de Crecimiento Postraumático (Tedeschi & Calhoun, 1996); Bienestar subjetivo con una pregunta adicional  Estas escalas fueron traducidas al español, con evidencia previa de confiabilidad y validez para las versiones en español (Gonzalez-Mendez et al., 2018) y las versiones originales (Hamby et al., 2018).	Se obtuvo la aprobación de las instituciones responsables de los servicios a las víctimas y de la Junta de Revisión Institucional de la universidad del primer autor. Los investigadores informaron a las mujeres sobre los objetivos del estudio. No se ofreció ninguna compensación por participar. Tras recibir una formación específica, el personal de cada servicio fue el encargado de recoger la información. Dado que ya conocían a las mujeres, pudieron establecer un clima adecuado para la encuesta	En el primer conjunto de análisis, realizamos correlaciones de Pearson de orden cero entre todas las variables. Luego los participantes fueron clasificados según sus puntuaciones en el crecimiento postraumático para análisis posteriores. Después de calcular la prueba de Levene, se realizaron análisis de varianza univariado (ANOVA) y comparaciones post hoc para examinar la existencia de diferencias significativas. Se utilizó la prueba de Welch cuando las varianzas de los grupos no eran homogéneas.  Se calcularon análisis de regresión lineal múltiple paso a paso para probar la influencia relativa de las fortalezas y los índices de densidad y diversidad para predecir dos indicadores de funcionamiento psicológico, crecimiento postraumático y bienestar subjetivo. También exploramos si cada indicador de funcionamiento psicológico	Es la primera aplicación del modelo a sobrevivientes de IPV y uno de los primeros estudios de resiliencia en esta población.  Los resultados indicaron que el Crecimiento Postraumático correlacionó positivamente con el bienestar y todas las fortalezas. El análisis univariado que comparó los niveles de crecimiento postraumático mostró diferencias significativas en todos los factores, excepto en la regulación emocional y el optimismo. Los análisis post hoc revelaron dos patrones, con algunos puntos fuertes que distinguen todos los niveles de CPT y otros que solo discriminan a las mujeres más resilientes (como lo indica el CPT) del resto. Los análisis multivariados explicaron el 42 % de la variación en el crecimiento postraumático y el 52 % en el bienestar. Los resultados sugieren formas de promover el

						mejoraba la capacidad del modelo para predecir el otro indicador (ya sea crecimiento postraumático o bienestar subjetivo)	bienestar y la resiliencia entre las mujeres victimizadas
13	1089 mujeres que buscaban atención prenatal en una clínica de salud en KwaZulu-Natal, Sudáfrica.	Identificar los factores que condicionan (es decir, moderan) el impacto de la violencia de pareja en la angustia emocional posparto en una cohorte longitudinal de mujeres sudafricanas que fueron evaluadas durante el embarazo y luego nuevamente a las 14 semanas y 9 meses posparto.	Variable objeto de estudio: angustia (estrés emocional); variables dependientes: protectoras (estatus socioeconómico, apoyo social familia y religiosidad, las tres vinculadas con la resiliencia) y de riesgo (estado serológico y abuso infantil); exposición a violencia de pareja durante el embarazo.	Lista de verificación de síntomas de Hopkins (HSCL-25; Hesbacher, Rickels, Morris, Newman y Rosenfeld, 1980); siete ítems de una versión modificada del Instrumento de Violencia contra la Mujer (VAWI; García-Moreno et al., 2006); Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck (Norbeck et al., 1981); La religiosidad se evaluó mediante dos ítems y la participación religiosa con una pregunta; estado serológico: dos pruebas rápidas de VIH;	Estudio actual: cohorte longitudinal de mujeres sudafricanas que fueron evaluadas durante el embarazo y luego nuevamente a las 14 semanas y 9 meses posparto. Partiendo de la perspectiva de la resiliencia, examinamos tres factores: el estatus socioeconómico, el apoyo social familiar y la religiosidad individual, que pueden permitir que las mujeres enfrenten positivamente los impactos negativos de la VPI y, por lo tanto, atenúen los efectos en la angustia). Además, a partir de las perspectivas de diátesis-estrés y sindemia, examinamos tres potenciales amplificadores de efectos: historial de abuso infantil, nuevo diagnóstico de VIH, y niveles de angustia emocional de referencia, que pueden funcionar de manera sinérgica con IPV para exacerbar los impactos en la angustia emocional posparto El detalle de las informaciones puede encontrarse Maman et al. 2014.  Análisis secundarios a raíz de datos existentes de un ensayo controlado aleatorizado que examinó la eficacia del asesoramiento mejorado sobre el VIH para la reducción del riesgo durante el embarazo y el posparto en mujeres que buscaban atención prenatal en una clínica de salud en KwaZulu-Natal, Sudáfrica.	Análisis estadístico: Para facilitar la interpretación, todas las variables continuas ingresadas como predictores se centraron antes del análisis. Se usaron modelos lineales generalizados para evaluar las interacciones entre la exposición a violencia de pareja y cada uno de los modificadores de efectos putativos (seis términos de interacción) en la predicción de la angustia emocional posparto a las 14 semanas y los 9 meses de seguimiento posparto. Para cada seguimiento, primero estimamos un modelo de efecto principal (Modelo 1) que incluía la exposición a IPV, las variables moderadoras y todas las covariables del estudio y luego estimamos un modelo completo que además incluía los seis términos de interacción.	En la línea de la hipótesis planteada, la fuerza de la asociación entre la exposición a violencia de pareja y la angustia posparto fue más fuerte para las mujeres que informaron mayores niveles de angustia durante el embarazo y más débil para las mujeres con mayores activos socioeconómicos. Además, estos efectos persistieron a lo largo de las evaluaciones de seguimiento posparto de 14 semanas y 9 meses. El hallazgo de que el estatus socioeconómico amortiguó los impactos negativos de la exposición a IPV es consistente con la investigación que encontró que el SES amortigua los impactos negativos del trauma

					El reclutamiento para el estudio comenzó en 2008 y la recopilación de datos finalizó en 2011.		
14	255 mujeres, 18 años o +; de cuatro univers. de EEUU (entre una muestra de 3.113 de 4 univ. de EEUU, en un estudio en línea)., 2235 mujeres completaron el cuestionario en línea. Un total de 321 mujeres (14,4%) denunciaron victimización sexual	<p>Investigar el proceso de resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual: Analizar en qué medida el apoyo social, la resiliencia y el afrontamiento podrían actuar como moduladores, interactuar entre sí, y tener efectos directos sobre la gravedad de los síntomas de TEPT.</p> <p>asociación entre el apoyo social percibido y la gravedad de la síntomas de estrés postraumático, mediados en serie por la resiliencia y el afrontamiento entre mujeres expuestas a diferentes patrones de experiencias de victimización sexual: abuso sexual infantil, solo agresión sexual de adultos, solo y revictimización sexual.</p>	<p>Factores de exposición: agresión sexual adulta, abuso sexual infantil y revictimización sexual.</p> <p>V. Dependiente: TEPT;</p> <p>Moduladores: resiliencia y afrontamiento</p>	<p>Stressful Experience Checklist (SEC: Hirai, Skidmore, Clum y Dolma, 2012); PTSD Checklist for DSM-5 version (PCL-5; Weathers, Keane, Palmieri, Marx, &amp; Schnurr, 2013) - Brief COPE (cuestionario de autoinforme de 20 ítems – gravedad síntomas de ETP ; Social Provisions Scale (=apoyo social) (SPS; Cutrona &amp; Russell, 1987) evalúa la disponibilidad percibida de las funciones de apoyo social; Resiliencia - Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC); Afrontamiento - The Brief Coping, autoinforme de 28 ítems que evalúa respuestas de afrontamiento;</p>	<p>El estudio actual fue parte de una evaluación en línea más grande en materia de psicología y conducta. Individuos que leyeron el formulario de consentimiento en línea y aceptaron participar completaron los cuestionarios en línea, de forma anónima. El estudio actual probó el modelo de mediación en serie (Figura 1) en tres grupos: uno de mujeres expuestas a Abuso Sexual Infantil; otro de mujeres expuestas solo a agresión sexual adulta; y un tercer grupo de mujeres expuestas a Revictimización sexual.</p> <p>Los participantes recibieron crédito extra del curso como compensación.</p>	<p>Análisis estadístico. Para comparar los niveles de las variables examinadas por grupo, se realizaron ANOVA con SPSS Versión 24. Para probar los modelos de mediación se utilizó PROCESS (Hayes, 2012). A obtener intervalos de confianza corregidos por sesgo del 95 % para los modelos de mediación, 5000 bootstrap</p> <p>Se utilizaron estimaciones.</p>	<p>Los hallazgos indican que los diferentes patrones de experiencias de victimización sexual pueden verse mediados a través de las variables objeto del estudio (apoyo social percibido, afrontamiento, resiliencia). En general, el estudio actual encontró efectos positivos del apoyo social percibido y la resiliencia y efectos negativos del afrontamiento desadaptativo en la gravedad de TEPT en Abuso Sexual en la Infancia solo, Agresión Sexual adulta solo y casos de Revictimización Sexual (RS) y grupos Efectos diferenciales de los mediadores sobre la relación entre el apoyo social percibido y la gravedad del TEPT también se encontraron para diferentes patrones de experiencias de victimización sexual. El trabajo hace aportes con implicaciones clínicas, como el hecho de que los tres grupos identificaran efectos diferenciales, con variables mediadoras. Promover el apoyo social percibido y reducir el afrontamiento desadaptativo podría aumentar la eficacia de las intervenciones dirigidas al TEPT asociado con victimización sexual, independientemente de los patrones de experiencias de</p>

							victimización. La falta de repuesta al tratamiento podría atribuirse a la falta de apoyo social percibido, bajos niveles de resiliencia, uso de estrategias de afrontamiento desadaptativo, o cualquier combinación de estas condiciones. La identificación de la resiliencia y el afrontamiento como posibles mediadores de la relación entre el apoyo social percibido y la gravedad del TEPT es una importante contribución al conocimiento.
15	13 mujeres en su primer semestre de la universidad, con edades (18 y 19 años en el momento de la primera entrevista), con una relación violenta en ese momento, o la habían tenido en los últimos 6 meses	Examinar cómo las relaciones tempranas no saludables y las experiencias sexuales no deseadas influyen en cómo las mujeres perciben, entran y negocian futuras relaciones de pareja durante el periodo crítico de desarrollo de la adultez emergente.	V.I. violencia de pareja antes de entrar en la universidad. V.D. percepción y significado otorgado a las relaciones de pareja y cómo se gestionan las futuras. Sentido del mundo y significado atribuidos a sus experiencias (modo en que relaciones insanas tempranas y experiencias sexuales no deseadas influyeron en relaciones posteriores)	Entrevistas semiestructuradas (cualitativas). Escala de tácticas de conflictos (Straus et al, 1996) para detección de situaciones de violencia / abuso físico, sexual y/o psicológico severo	El estudio tuvo dos cohortes: C1 (n=4) y octubre de 2013 y abril de 2017 para la cohorte 2 (n=10). (Ambas cohortes estuvieron expuestas a violencia de pareja) Procedimiento: encuesta cuantitativa con papel y lápiz y entrevista semiestructurada. Las entrevistas cualitativas se basaron en la fenomenología hermenéutica heideggeriana (Heidegger y Stambaugh, 1996), orientada en cómo las personas dan sentido a su mundo y los significados que atribuyen a sus experiencias. Al final de cada entrevista cualitativa, las mujeres fueron compensadas con US\$20 o se les otorgó crédito del curso por su participación en el estudio.	Análisis temático. 101 entrevistas (del total de 108) fueron utilizadas en el análisis final en el que se utilizó de nuevo el método HHP. Los autores identificaron una serie de categorías que, después de un proceso de análisis, fueron identificadas como temas primarios. Identificaron asimismo un patrón que tenía que ver con la resiliencia y que representaba un tema general coincidente en todas las participantes.	A raíz de las entrevistas y categorías emergentes que las mujeres sacaron en las mismas, se descubrieron cuatro temas principales: dar sentido a la relación, reconocer las necesidades en la relación, el crecimiento postraumático y la madurez cognitiva social. El patrón constitutivo de los cuatro temas fue la resiliencia (entendida en este trabajo como la adaptación positiva durante y después de experimentar la adversidad) y en cómo ésta se entrelaza con la autopercepción de las mujeres.

