



Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as

Resilience in violence against women. A new approach for health professionals

Lydia Salvador Sánchez¹.@

¹ Hospital de Medina del Campo. Valladolid. España.

@ Autor/a de correspondencia: lizsalva@hotmail.com

Resumen

La resiliencia supone un nuevo punto de vista en la atención a las mujeres, niños y niñas que sufren violencia de género. Se trataría de destacar y potenciar sus propias capacidades para afrontarlo. Los/as profesionales sanitarios/as a veces carecen de herramientas suficientes para la valoración de estas mujeres y sus hijos/as. La resiliencia ha sido incluida entre las prioridades de investigación en violencia de género y maltrato infantil por expertos internacionales. Este trabajo es el resultado de una investigación bibliográfica sobre el concepto de resiliencia, con la intención de aplicarla en violencia de género desde el ámbito sanitario. Tras el análisis cualitativo, se obtuvieron distintos aspectos que podrían ser utilizados en la asistencia a las mujeres y niños/as maltratados.

Se destacan una serie de aportaciones de esta revisión: 1) Teorías, como la tutoría en resiliencia, las emociones positivas, el humor y la creatividad para superar un trauma; 2) Herramientas, como las cualidades de resiliencia de Grotberg o la casita de Vanistendael; 3) Un cambio de visión hacia las mujeres, dando más importancia a sus recursos positivos y no sólo a sus problemas o dificultades; 4) El valor de los buenos tratos en general y sobre todo en el cuidado de la infancia para favorecer su resiliencia.

Así, se presentan unas propuestas prácticas para utilizar la resiliencia en la consulta sanitaria ante un caso de violencia machista. Apoyando la resiliencia de la mujer se la ayuda a empoderarse, a ser consciente de sus capacidades para salir del ciclo de la violencia. Es necesario en la profesión sanitaria un cambio de perspectiva en la atención a las mujeres que sufren malos tratos.

Palabras clave: Violencia de género, resiliencia, empoderamiento, profesionales sanitarios.

Abstract

Resilience is a new point of view to attend women and children who suffer male violence. It is necessary to promote their qualities to face adversity. Healthcare professionals haven't enough psychological tools to help them properly. International experts say that resilience is a priority for research in child maltreatment and intimate partner violence. This research is a literature review on resilience, to try to apply it to health care of domestic violence. Some issues of resilience theories analysed could improve assistance for abused women and their children.

The most important findings of this review would be: 1) The "resilience tutoring", positive emotions, sense of humour, and creativity to overcome the experiences of adversity; 2) Psychological tools as the resilient qualities of Grotberg or the House Model of Vanistendael; 3) The importance of identifying the abilities of these women, not only their problems or difficulties; 4) Promoting good parenting will improve the resilience of children.

Practical proposals are presented to use resilience in the evaluation of cases of violence against women. Supporting resilience can help women to empower and to realise they are able to get out of violence cycle. Health providers must change their perspective, to treat abused women from resilience.

Keywords: Violence against women, resilience, empowerment, health professionals.

INTRODUCCIÓN

La violencia hacia la mujer dentro de la pareja es un grave problema que hasta hace relativamente poco tiempo se consideraba del ámbito privado o familiar. Sólo en los últimos años se está empezando a tratar con la importancia que tiene y sabiendo que implica muchos ámbitos: educativo, judicial, trabajo social, sanitario, etc. Por eso, todos los actores sociales han de involucrarse y coordinarse para ayudar a las víctimas de esta violencia.

Desde el punto de vista sanitario, ya en 1996, la OMS declaró la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud, por considerar que este sector está con frecuencia en la primera línea de contacto con las víctimas y, por lo tanto, en una situación privilegiada para ayudarlas (World Health Organization: 49ª Asamblea Mundial de la Salud, 1996). En el último informe de 2013 de la OMS, se dice que el sector de salud debe desempeñar un papel más importante para dar respuesta a la violencia conyugal y sexual contra la mujer y que es una necesidad urgente integrar estas cuestiones en la enseñanza clínica. Además, advierte que se trata de un problema de salud pública mundial de proporciones epidémicas, que requiere la adopción de medidas urgentes (World Health Organization, 2013).

La violencia de género comporta graves consecuencias para la salud física y psicológica de quienes la padecen, que son las mujeres y sus hijos e hijas. Los niños y niñas van a sufrir de manera importante por el hecho de convivir en el ambiente de violencia hacia su madre. Aunque no experimenten malos tratos directamente, incluso aunque no los presencien, los/as niños/as viven el impacto y las consecuencias que estos malos tratos dejan en su madre, por eso se les considera víctimas directas siempre.

Los/las profesionales sanitarios/as tienen la responsabilidad de trabajar la prevención de la violencia hacia la mujer, su detección en la práctica diaria y ayudar en el tratamiento y en la orientación del problema, siempre coordinándose con otros profesionales implicados.

Pero frecuentemente en la consulta sanitaria existen dificultades para ayudar a estas mujeres ya que se carece de técnicas y herramientas psicológicas para entenderlas y apoyarlas. A menudo se las revictimiza y se quiere dirigir su proceso, con el consiguiente sentimiento de frustración de los/as profesionales, cuando la mujer no sigue las indicaciones y los protocolos.

Desde hace algunos años, en el mundo de la psicología y el trabajo social se está trabajando el concepto de resiliencia que supone fijarse en las capacidades internas o externas que una persona puede tener o desarrollar para salir fortalecida de un proceso traumático.

En este trabajo, se enfoca la violencia de género desde la valoración y apoyo a las cualidades de las personas que lo sufren. Así, van a empoderarse y ser capaces de entender lo que las está pasando y tomar mejor sus decisiones.

Existen escasos estudios en este tema, pero en un consenso de expertos internacionales consideraron una prioridad la investigación de la resiliencia en violencia de género y malos tratos infantiles (Wathen, 2012).

Por ello, en este artículo se presentan propuestas prácticas para incluir la resiliencia en las valoraciones clínicas

de estas mujeres en el ámbito sanitario.

MARCO CONCEPTUAL

Está claro que algunas personas resisten las adversidades mejor que otras. Hasta hace poco, esto se explicaba como una característica interna de algunos individuos privilegiados, pero recientemente se ha empezado a tener en cuenta la interacción entre la persona y los demás, el ambiente y las condiciones de vida, para configurar el concepto de resiliencia.

Hay múltiples definiciones de resiliencia, de las que destacamos:

- Según Grotberg (1995) la resiliencia es “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas”.

- “La capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (Manciaux et al., 2000, documento interno citado en Manciaux et al., 2003).

Aunque el estudio científico de la resiliencia sea reciente, esta cualidad y los factores que la conforman se conocen desde hace mucho tiempo.

El concepto surgió tras diversos estudios anglosajones que se realizaron en niños/as que expuestos a experiencias traumáticas como abandono, maltrato, guerras, pobreza extrema, etc., no sólo no desarrollaban problemas de salud, ni abuso de drogas o conductas criminales de adultos, sino que tenían un desarrollo y llevaban una vida normales (Garmezy, 1971; Werner, 1989).

Se estudiaron las características de estos niños y niñas resilientes y se descubrió que también se debía en buena medida a factores externos a ellos. Todos contaban con al menos una persona adulta que les quería y les aceptaba incondicionalmente. Se organizaron las cualidades o factores de resiliencia en tres niveles: atributos individuales, características familiares y condiciones sociales y ambientales.

Edith H. Grotberg, prolífica investigadora en resiliencia y cuya definición de resiliencia hemos apuntado anteriormente, nos dice que esta resiliencia forma parte del proceso evolutivo y debe promoverse desde la infancia. (Grotberg, 1995).

Según los estudios de esta autora, sólo alrededor de un tercio de la personas de diferentes partes del mundo demuestran habitualmente ser resilientes, es decir, que enfrentan las adversidades, las superan y logran salir fortalecidos o transformados por estas. Pero esto no quiere decir que sólo estas pocas personas puedan serlo, sino que, según ella, todos podemos volvernos resilientes. El desafío es encontrar la manera de promover esta capacidad (Grotberg, 2006).

La gran mayoría de los estudios e investigaciones sobre resiliencia se han realizado sobre niños y adolescentes; los estudios sobre edad adulta y vejez son mucho más escasos. Algunos autores (Ong et al., 2009) han relacionado la resiliencia y las emociones positivas con la capacidad para recuperarse del estrés diario o las circunstancias adversas de la vida.

En la Europa francófona, asocian resiliencia con crecimiento postraumático y se habla de trabajar tanto con la persona, como con los profesionales que la atienden y la cultura en que se hallan inmersos. En esta corriente se habla de “tutor en resiliencia” como una persona significativa que apoya a la que está pasando por el trauma a salir adelante (Cyrulnik, 2002). Se da mucha importancia al vínculo afectivo y las competencias parentales para apoyar la resiliencia infantil (Barudy y Dantagnan, 2005).

En el campo sanitario se ha trabajado con la resiliencia en Estados Unidos y América Latina donde se ha considerado un factor protector de la salud física y mental en momentos de enfermedad, existiendo algunos estudios sobre procesos crónicos (Quiceno y Vinaccia, 2011; Quiceno et al., 2011). También se está utilizando en América Latina en programas de intervención familiar (Borges y Silva, 2010) y promoción de la salud de la mujer por personal de enfermería de atención primaria (Ospina et al., 2005).

METODOLOGÍA

Este artículo está basado en una revisión bibliográfica realizada en 2014 de lo publicado hasta el momento sobre resiliencia y violencia de género, con el fin de conocer la aplicación de este concepto en el apoyo a las mujeres y niños que lo sufren y poder utilizarlo en la intervención en salud o en otros ámbitos.

La revisión se realizó en dos buscadores científicos: en Dialnet (Resiliencia Violencia Mujeres) no se obtuvieron artículos que trataran de ambos temas y en PubMed (Resilience Violence Women y Resilience Domestic Violence) se consiguieron 4 artículos relevantes para el estudio. En el buscador generalista Google se encontraron 6 trabajos latinoamericanos: sólo uno publicado en una revista de salud pública y 4 publicaciones universitarias (una se desechó por defectos metodológicos) y una tesis doctoral.

Ante la escasa información encontrada, se complementó con una búsqueda más amplia sobre el concepto general de resiliencia en las personas que han sufrido un trauma psicológico. Con ello, se realizó un profundo estudio del tema con el fin de recoger los conceptos y herramientas que puedan ser útiles en el apoyo a las mujeres y los niños que sufren violencia de género en sus familias.

En los siguientes apartados se procede a realizar un resumen de las aportaciones más importantes encontradas, y su posible aplicación en casos de violencia machista, sobre todo desde el punto de vista sanitario, pero que podría ser válido también para otros/as profesionales.

VIOLENCIA DE GÉNERO Y RESILIENCIA

Como se ha comentado en el apartado anterior, son pocos los estudios que existen (y solamente en Estados Unidos y América Latina) sobre violencia de género desde el punto de vista de la resiliencia. Lo que se ha investigado, sobre todo, son las cualidades en resiliencia que tienen las mujeres que han salido de vivencias de maltrato en la pareja (Anderson et al., 2012), sin aportar estrategias para ayudarlas reforzando estas cualidades.

Ya avanzaba la introducción, que en el año 2012, Nadine Wathen y colaboradores/as (Wathen et al., 2012)

publicaron un artículo de Salud Pública en Gran Bretaña, sobre las prioridades de investigación en maltrato infantil, violencia de pareja y resiliencia a la exposición a la violencia. Estas recomendaciones fueron el resultado de un consenso entre investigadores/as y profesionales de campo internacionales en las áreas de violencia, género y salud mental. Los/as expertos/as reconocieron la falta de conocimiento en intervenciones efectivas sobre violencia de pareja y maltrato infantil, y la carencia de trabajos sobre la aplicación específica de la resiliencia en estos dos ámbitos. Entre las prioridades de investigación basadas en la evidencia que destacaron estarían:

- Analizar programas basados en la resiliencia que hayan tenido éxito en otros ámbitos y aplicarlos a trabajos piloto en violencia de género y abuso infantil.

- Determinar los requisitos para las intervenciones en resiliencia basadas en la evidencia, en individuos, familia, comunidades y políticas.

- Desarrollar y evaluar intervenciones para promover la resiliencia en las personas expuestas a violencia de pareja y/o maltrato infantil.

Todo ello, apuntan, aplicando una perspectiva de género para llevarlo a cabo.

Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres

La violencia contra la mujer por parte de su pareja es la mayor contribución a la mala salud de la mujer en el mundo. En la mayoría de los países, de las mujeres que han tenido pareja, han sufrido violencia sexual o física por estas parejas un 29% a un 62%. En cuanto a la violencia psicológica o emocional la habían sufrido en el último año entre 20% y 75% de las mujeres en el mundo (García-Moreno et al., 2005).

En el ámbito de la atención primaria en nuestro país, se ha detectado que un 32% de mujeres que acuden a consulta han sufrido algún tipo de maltrato a lo largo de su vida y un 17,8% lo sufre en el último año (Ruiz-Pérez, 2006). Pero sólo llegamos a conocer el 5-10% de los casos que se producen (Sans y Sellares, 2010). En gran número de estudios, se destaca que las mujeres que sufren algún tipo de maltrato hacen un mayor uso del sistema sanitario. Con lo cual los/as sanitarios/as somos el apoyo más cercano que tienen muchas mujeres y en muchos casos el único.

Las consecuencias de la violencia machista en la salud de las mujeres son múltiples como se destaca en la Tabla 1.

Las mujeres que sufren violencia de género, a consecuencia de esta, sufren un deterioro de su autoestima, de su iniciativa, de su capacidad de reflexión en lo que les está pasando, se sienten culpables, desconfían de sí mismas y de los demás, sienten mucho miedo, impotencia, vergüenza... Muchas de ellas pueden presentar un aislamiento familiar y social que las dificulta acceder a los apoyos que precisan (basado en Walker, 1979, 2012; Jiménez Casado et al., 1999). Lenore Walker lo denominó síndrome de la mujer maltratada considerándolo dentro del trastorno de estrés postraumático (1979, 2012).

Otro aspecto muy grave del maltrato crónico en la mujer es la posible interferencia en sus competencias parentales (Consorti de Serveis Socials de Barcelona, 2012),

Consecuencias fatales:
- Muerte (por homicidio, suicidio, etc.).
Consecuencias en la salud física:
- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras... que pueden producir discapacidad. - Deterioro funcional. - Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas). - Peor salud.
Consecuencias en condiciones crónicas de salud:
- Dolor crónico. - Síndrome del intestino irritable. - Otros trastornos gastrointestinales. - Quejas somáticas.
Consecuencias en salud sexual y reproductiva:
- Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de cérvix, embarazo no deseado. - Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer...
Consecuencias en la salud psíquica:
- Depresión. - Ansiedad. - Trastornos del sueño. - Trastorno por estrés postraumático. - Trastornos de la conducta alimentaria. - Trastornos psicopatológicos. - Intento de suicidio, autolesiones. - Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos. - Dependencia psicológica del agresor (Síndrome de Estocolmo).
Consecuencias en la salud social:
- Aislamiento social. - Pérdida de empleo. - Absentismo laboral. - Disminución del número de días de vida saludable. - Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse.

Tabla 1. Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres. Fuente: Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2012).

es decir, de su capacidad de cuidar, proteger y educar a sus hijos/as para asegurarles un desarrollo sano. Todo ello puede alterar la capacidad de apego y empeorar las consecuencias psicológicas de los/as niños/as.

Resiliencia de las mujeres víctimas de violencia de pareja

Según la macroencuesta de Violencia de Género de 2011 (Instituto de la mujer, 2012), realizada por el Ministerio de Sanidad en nuestro país, un 10,9 % de las mujeres han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja alguna vez en su vida. Pero de estas mujeres maltratadas, el 72, 5 % ya ha salido del proceso de violencia.

Esto es porque, a pesar de todo, las mujeres presentan un montón de estrategias y cualidades para sobrellevar la dureza de las agresiones a las que son sometidas e incluso para acabar con la situación.

Precisamente en una investigación realizada aquí en España en que se recogen las técnicas y estrategias que utilizan las mujeres supervivientes de malos tratos, coinciden en gran medida con las cualidades de resiliencia (Instituto de la mujer, 2011):

- A estas mujeres, les va a llevar a tomar la decisión el pararse a reflexionar sobre lo que les está pasando y tomar conciencia, escuchando y teniendo en cuenta otras

perspectivas.

- Tras decidir abandonar la relación y después del abandono les va a ayudar mucho: 1) mantenerse activas, para mantener el control y la autonomía; 2) autoafirmarse por oposición al agresor, y cuando han acabado la relación hacer todo lo que él les impedía; 3) descubrir y llenar el vacío, haciendo cosas que las hagan sentirse bien consigo mismas y con sus vidas; 4) recomponer redes sociales y recuperar relaciones; 5) escucharse a sí mismas y quererse, generando pensamientos que mantengan la autoafirmación y autoestima.

Y es que las cualidades de la resiliencia individual (basado en Erikson, 1989; Wolin, 1993; Melillo, 2002, citados en Forés y Grané, 2008 y Grotberg, 2006) serían:

- La Confianza. De la persona en sí misma y en los demás. Es la base de los otros pilares y la clave principal para promover la resiliencia.

- La Autoestima consistente y la Identidad. Reconocer los propios logros y aceptarse a una misma.

- La Introspección, Reflexión y Sentido Crítico. Preguntarse, conversar con una misma y darse una respuesta honesta.

- La Independencia y Autonomía. Saber fijar límites entre una misma y el medio con problemas. También sería la capacidad de mantener la distancia emocional y física.

- La Capacidad de relacionarse. Se trata de la habilidad para establecer vínculos e intimidad con otras personas. Se debe equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de darse a los demás.

- La Iniciativa y Aplicación. Sería disfrutar de exigirse y ponerse a prueba con actividades accesibles, aunque cada vez más exigentes y llevarlas a la práctica.

- El Sentido del Humor y las Emociones Positivas. Permiten evitar sentimientos negativos y soportar situaciones desagradables.

- La Creatividad. La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Serviría para integrar todo lo que ha pasado.

Durante el proceso devastador de la violencia sexista, el maltratador va minando todas estas cualidades de resiliencia de la mujer e interfiere en que las puedan adquirir y desarrollar los hijos/as.

Resiliencia en niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia de género

El maltrato a un/a menor, puede ser físico, sexual, negligencia de cuidados físicos y psicológico. Este maltrato psicológico puede consistir en abuso psicológico, negligencia emocional y exposición a la violencia de género. Y se consideran expuestos a violencia todos los menores que vivan en un hogar donde su padre o compañero de su madre utilice cualquier tipo de violencia hacia ella (Pâquet-Deehy, 2004, citada en Observatorio estatal de violencia sobre la mujer, 2011).

La Academia Americana de Pediatría (AAP) reconoce que "ser testigo de la violencia doméstica puede ser tan traumático para el/la niño/a como ser víctima directa de

abusos físicos o sexuales". Otras investigaciones afirman que la violencia de género en el entorno familiar es una de las principales causas de trastorno de estrés post-traumático en menores (Moreno Vela, 1999; McCloskey y Walker, 2000).

Son múltiples y muy graves las consecuencias para un niño o niña que puede tener la violencia machista dentro de su familia (Tabla 2).

Aparte de estas consecuencias de salud existe una consecuencia psicológica muy grave que es el trastorno del apego o la vinculación (Barudy y Dantagnan, 2005). El apego es el vínculo que se establece entre el niño o la niña con sus padres a través del proceso relacional desde las primeras sensaciones de la criatura. Si este apego es sano, le va a dar la base de seguridad y confianza para poder tener otras relaciones adecuadas en su vida. Además la calidad del apego también influirá en su vida futura en aspectos tan importantes como desarrollar empatía, modulación de sus impulsos y deseos, construcción del sentimiento de pertenencia, formación de una conciencia ética y tener recursos para manejar situaciones emocionales difíciles como las separaciones o pérdidas.

El agresor se opone a que se establezca un vínculo afectivo seguro y sano con la madre; además, se produce una desvalorización de la función materna y, por extensión, al papel de la mujer en la sociedad. Esto puede desembocar en comportamientos desajustados y sexistas de los niños/as.

La base de la resiliencia infantil va a ser la presencia de una persona afectuosa que le de confianza y le acepte y le quiera (Lecomte y Manciaux, 2003). En general el cuidado de los/as hijos/as sigue recayendo mayoritariamente sobre la mujer, con lo cual favorecer sus competencias va a repercutir muy positivamente en ellos/as. Y es que la resiliencia de las criaturas va a depender mucho de la resiliencia de la propia

Consecuencias fatales:
- Muerte por homicidio, o como resultado de interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia.
Consecuencias en la salud física:
- Daños y lesiones. - Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo del lenguaje, síntomas regresivos. - Alteraciones del sueño y la alimentación. - Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.
Consecuencias en la salud psicosocial:
- Ansiedad, depresión, baja autoestima. - Trastorno de estrés postraumático. - Déficit de atención y concentración, hiperactividad. - Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar. - Problemas de conducta social: adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras. - Comportamientos de riesgo. - Inhibición y aislamiento. - Adicciones. - Parentalización. Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre. - Trastornos psicopatológicos.
Consecuencias a largo plazo o violencia transgeneracional:
Si no se ha producido un proceso de elaboración de las experiencias vividas a través de una intervención profesional o de otras formas, la evidencia científica disponible señala que hay mayor probabilidad de: - Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar. - Maltrato a sus parejas en las edades adultas en los varones. - Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.

Tabla 2. Consecuencias de la violencia de género en la salud de las hijas e hijos. Fuente: Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2012).

madre, las mujeres resilientes serán muy buenas tutoras de resiliencia de sus hijos e hijas (Manciaux et al., 2003).

En los niños y niñas es necesario trabajar también la autoestima y autoconfianza, los límites, su desarrollo cognitivo y social para la resolución de conflictos, mantener expectativas grandes en ellos/as pero compatibles con sus posibilidades, ofrecerles confianza y coherencia, oírles y tenerles en cuenta, que vayan asumiendo responsabilidades. Es importante que se desarrollen en un ambiente de igualdad de género y rico en relaciones sociales y de apoyo profesional. Favorecer la expresión y la representación simbólica del maltrato para que lo puedan integrar como parte de su vida, pero con la distancia que les permita buscar un sentido a su vida y no sentirse culpables de ello (basado en Vanistendael, 2003).

LA PROFESIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Los/as sanitarios/as y todos/as los/as profesionales (policías, abogados/as, jueces/as, trabajadores/as sociales, etc.) que trabajan con mujeres que están sufriendo violencia de género deberían estar muy sensibilizados y formados en el tema. Pero a veces esto no es así y, como parte de la sociedad, también caen en estereotipos sexistas. Con frecuencia existe un problema de falta de tiempo o recursos en las consultas sanitarias. A veces se tienen carencias de competencias técnicas. Las dificultades propias de las mujeres para revelar su condición igualmente obstaculizan la detección (basado en Blanco, 2004).

Además, la formación sanitaria prepara para detectar síntomas, dificultades y problemas, pero no se enseña a detectar capacidades y potenciarlas, a ayudar al empoderamiento de los y las pacientes en general, para que sean ellos/as mismos los que dirijan su proceso curativo o paliativo con la ayuda médica.

La resiliencia invita a todos los profesionales que trabajan con mujeres maltratadas a mirarlas no tanto como a víctimas, sino como a personas con cualidades para sobreponerse a todo ello si reciben el apoyo adecuado.

Los profesionales pueden ser "tutores de resiliencia", que sirvan a la mujer de ayuda para dar el paso de romper con el ciclo de la violencia, sobre todo porque muchas viven en un aislamiento que no las permite confiarse a su propia familia o amigos/as. Y los/as sanitarios/as están en un lugar muy accesible, siendo a veces los primeros en detectar lo que la está pasando.

Como ya se ha comentado, gran cantidad de mujeres que están sufriendo este infierno son muy resilientes, y no van a precisar acudir a las consultas médicas y servicios sociales. Ya Lenore Walker (Walker, 1999) aseguraba que la mayoría de las mujeres maltratadas no necesitan psicoterapia para curarse de las heridas producidas por la violencia, si cuentan con un sistema natural de apoyo por parte de la familia y los amigos.

EL PODER DE LOS BUENOS TRATOS Y LA LUCHA FEMINISTA

Las investigaciones han demostrado la importancia de las relaciones afectivas y de los cuidados mutuos en

la conservación de la salud psíquica y en la adquisición de capacidades resilientes.

Y es que el haber sido una persona atendida, cuidada, protegida y educada durante momentos tan importantes como la infancia y la adolescencia, determinan la capacidad de cuidarse a sí misma y de participar en dinámicas sociales de cuidado de los demás. Incluso se ha estudiado que un clima conyugal de solidaridad y respeto prolonga las expectativas de vida y promueve la buena salud (Tousignant, 1992).

En los procesos terapéuticos también es necesario construir un contexto relacional de buenos tratos, con afecto y respeto incondicional.

Según Barudy (Barudy y Dantagnan, 2005), las mujeres desempeñan el papel más importante en la producción de buenos tratos y cuidados a los demás, sobre todo en el cuidado de los/as niños/as. Han sido capaces de sobrevivir a la ancestral violencia que los hombres han ejercido sobre ellas, gracias a sus capacidades de asociarse, colaborar y brindarse cuidados mutuos. Además frente al estrés, las mujeres son más capaces de solicitar ayuda y participar en dinámicas de cuidado mutuo.

Estos autores afirman que mientras los hombres no participen más en la crianza de los niños y niñas y la comunidad se mantenga al margen de lo que pase en la familia, más difícil será la tarea de lograr el bienestar infantil (Barudy y Dantagnan, 2005).

Con los cambios culturales producidos por los movimientos feministas, se ha visto que los hombres que consiguen liberarse de las ataduras sociales del patriarcado, también son capaces de ser buenos cuidadores.

En una revisión internacional sobre los movimientos sociales (Htun y Weldon, 2012) se concluyó que la movilización feminista desde la sociedad civil, tiene un fuerte impacto en el desarrollo de políticas contra la violencia de género, a través de la institucionalización de sus ideas feministas en normas internacionales.

PROPUESTAS PRÁCTICAS PARA LA VALORACIÓN SANITARIA EN RESILIENCIA DE MUJERES

Consideraciones generales

En la valoración de las víctimas de violencia conyugal, como se propone en el Protocolo de Atención Sanitaria (Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2012), tras la detección se valorará el riesgo que corren la mujer y sus hijos/as y se instaurarán medidas de protección.

Para realizar la entrevista clínica y la evaluación de la resiliencia con la paciente, se han de seguir las recomendaciones de dicho Protocolo (Tabla 3).

Es muy importante conocer el proceso interno por el que pasan estas mujeres para entender que la actuación debe adaptarse a su ritmo y sus necesidades.

Desde el primer momento ha de favorecerse la deconstrucción de género (conociendo lo que es la violencia de género y por qué se produce), y la reflexión sobre los buenos y malos tratos.

Se la ayudará a expresar y conocer mejor sus propias emociones.

Se la irá apoyando en sus ideas de cambio, ayudándola

Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato:
<ul style="list-style-type: none"> - Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad. En el caso de que tenga hijos e hijas, velar para que no estén presentes en la entrevista. - Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal). - Facilitar la expresión de sentimientos. - Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa. - Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas. - Abordar directamente el tema de la violencia. - Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
En el caso de que reconozca sufrir malos tratos:
<ul style="list-style-type: none"> - Hacer sentir a la mujer que NO es culpable de la violencia que sufre. - Creer el relato de la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso. - Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones. - Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección. - NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente. - NO dar falsas esperanzas. - NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: "¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría". - NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer. - NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar. - NO prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer y cuando sean necesarios, hacerlo con estricto control médico. - NO adoptar una actitud paternalista. - NO imponer criterios o decisiones.

Tabla 3. Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato. Fuente: Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2012).

a elaborar sus estrategias y analizar sus dificultades.

Se valorarán sus progresos y se la acompañará en sus retrocesos, analizando los motivos de los mismos.

Se la incentivará a que se apoye en su círculo familiar o social, y que busque tener momentos o actividades que la gusten (sin ponerla en peligro). Las mallas de esta red no deben ser demasiado estrechas para no crearla de nuevo una dependencia y que no pueda tomar decisiones por sí misma.

Valoración en resiliencia en violencia de género

Los autores y autoras que han estudiado sobre resiliencia, ofrecen ciertas herramientas que pueden ser aplicadas en la consulta sanitaria al hacer la valoración de la mujer que sufre malos tratos. Las de mayor utilidad práctica podrían ser las cualidades de resiliencia de Grotberg y la *casita* de Vanistendael.

Edith H. Grotberg (Grotberg, 2006), ha creado un modelo de organización de los factores de resiliencia internos, externos e interpersonales, que puede utilizarse para cualquier edad (Tabla 4).

En la mujer víctima de violencia machista, como ya se ha apuntado, muchos de estos aspectos van a estar afectados por los malos tratos. Es interesante plantear estas afirmaciones (yo soy, yo tengo, yo puedo) a la mujer y detectar en qué cualidades tiene más necesidad de apoyo.

En cuanto a la casita de Vanistendael (Vanistendael y Lecomte, 2002; Figura 1), es un sencillo esquema que ayuda a comprender la construcción de la resiliencia.

Desde la base (suelo) de las necesidades básicas cubiertas, se irá construyendo la red de relaciones que nos hace sentirnos aceptados profundamente (sótano). En la planta baja estaría el sentido de nuestra vida y el cuidado a los demás y a la naturaleza. En el primer piso se encuentra

la autoestima, las competencias y aptitudes personales (empatía, comunicación, autonomía, perspectivas de futuro, habilidad para resolver problemas, etc.) y el humor u otras estrategias de adaptación. En el desván se encontraría la apertura hacia otras experiencias que pueden contribuir a la resiliencia, como conocer a alguien interesante, la belleza de un paisaje, recordar una experiencia pasada positiva, las emociones positivas.

Al igual que la anterior, esta sencilla herramienta puede ayudar a los/as profesionales a detectar las fortalezas y debilidades de una persona y dirigir su intervención.

Por otro lado, simplemente se puede incorporar a la entrevista clínica una serie de preguntas centradas en los aspectos positivos, logros y capacidades de la mujer en su vida (Tabla 5).

De estas distintas formas se van analizando sus cualidades internas y sus apoyos externos a la vez que se fortalecen sus pilares de resiliencia.

Fortalecimiento de los pilares de resiliencia

Confianza: Se ha de construir una relación basada en la confianza con la mujer, para que la ayude a implicarse en otras relaciones interpersonales, resolver conflictos y pedir ayuda.

Autoestima e Identidad: Analizándose a sí misma y su sentido de la vida y haciéndose preguntas para buscar sus respuestas (¿Quién soy yo? ¿Hacia dónde quiero ir?). Cuidarse y respetarse a sí misma. Aprender a conocer sus emociones y la manera de expresarlas.

Independencia o autonomía: Se la irá estimulando a que vaya tomando pequeñas decisiones por sí sola y hacerla ver que se puede cometer errores y aprender de ello. Apoyarla en los fracasos, sin crear una nueva relación de

Yo tengo apoyo externo:
<ul style="list-style-type: none"> - Una o más personas de mi entorno familiar en quien confío y me quieren incondicionalmente. - Personas de fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente. - Personas que me ponen límites en mi comportamiento. - Personas que me incentivan a ser independiente. - Buenos modelos a imitar. - Acceso a la salud, la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito (o en niños alguien que me cuida cuando estoy enfermo, en peligro o necesito aprender). - Una familia y entorno social estable.
Yo soy (fuerza interior) y estoy dispuesta a hacer:
<ul style="list-style-type: none"> - Una persona que agrada a la mayoría de la gente. - Generalmente tranquila y bien dispuesta. - Alguien que consigue aquello que se propone y planifica el futuro. - Una persona respetuosa de sí misma y de los demás. - Alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos. - Responsable de mis acciones y acepto sus consecuencias. - Una persona segura de sí misma, optimista, confiada y que posee muchas esperanzas.
Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos):
<ul style="list-style-type: none"> - Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas. - Realizar una actividad hasta finalizarla. - Encontrar el humor en la vida y utilizarlo por reducir tensiones. - Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás. - Resolver conflictos en diversos ámbitos; académico, laboral, personal y social. - Controlar mi conducta: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento. - Pedir ayuda cuando lo necesito.

Tabla 4. Cualidades de resiliencia de Grotberg. Fuente: elaboración propia con base en Grotberg (2006).

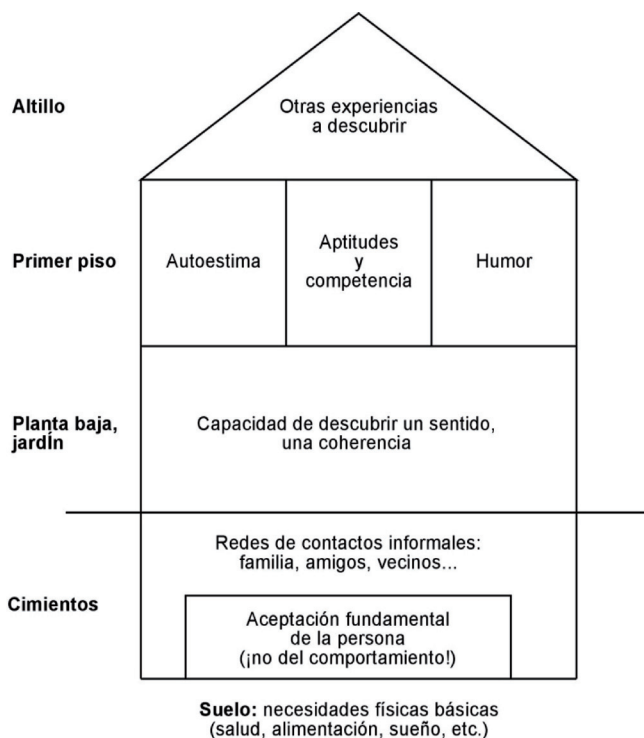


Figura 1. La casita de Vanistendael. Fuente: elaboración propia con base en Vanistendael y Lecomte (2002).

dependencia sino que sea responsable de sus propios actos.

Introspección, reflexión y sentido crítico: Todo el trabajo de análisis comentado anteriormente va a ser un importante ejercicio de introspección y reflexión, con lo que puede ir elaborando una crítica constructiva de lo que la ha pasado o la está pasando.

Capacidad para relacionarse: Se promoverá que cuide y refuerce las relaciones interpersonales importantes e incluso que haga nuevas amistades.

Iniciativa y Aplicación: Es necesario que se proponga pequeñas metas e intente llegar a ellas, aunque al principio no lo consiga. También debe valorar las consecuencias de lo que puede pasar, para buscar otras alternativas si fuera necesario. Serán importantes los modelos a imitar (otras mujeres que ya han salido de la violencia). Fomentar las capacidades comunicativas mediante la práctica, para sentirse segura y aprender a escuchar. Aprender a pedir ayuda.

Humor, emociones positivas: Son estrategias de adaptación que la ayudarán a sobrellevar el sufrimiento y liberar energías, incluso proporcionan otra perspectiva de la realidad. Pueden ser muy útiles las técnicas de relajación, etc.

Creatividad: Para elaborar distintas estrategias o también fomentar expresión artística que la llevará a tomar distancia de lo que les ha pasado e integrarlo en su historia de vida.

Al ir mejorando unas cualidades se potencian otras y va mejorando todo globalmente:

Iniciativa > Confianza > Autónoma > Responsable > Mejor humor > Expresa mejor sus emociones > Resolución de problemas > Es capaz de pedir ayuda si lo necesita...

Todo ello se trabajará a lo largo de una serie de consultas programadas con la mujer en las que vayamos tratando los distintos aspectos de la resiliencia. Se puede elaborar un cuadernillo para escribir en privado o hacerlo directamente con la entrevista clínica en la consulta. Por supuesto, coordinándose en equipo y complementándose con otros profesionales que puedan ayudarla, como psicólogos, etc.

- ¿Cuáles crees que son tus mejores cualidades?
- ¿Cuáles son las principales cualidades que los demás ven en ti?
- ¿Hay alguien a quien admires mucho? ¿Por qué?
- ¿Qué va bien en tu vida ahora?
- ¿Crees que podrías mejorar algo de tu vida, de tu forma de vivir?
- ¿Cuáles son tus actividades favoritas, tus distracciones preferidas?
- ¿Cómo haces amigos?
- ¿A quién sueles acudir cuando quieres resolver un problema?
- ¿Puedes poner un ejemplo de una situación difícil que hayas conseguido dominar?
- ¿Qué haces para conservar la salud? Reflexiona sobre los cuidados a ti misma, la salud, hacer cosas que te gustan, saber decir que no ante algo que no quieres, etc. Proponte comenzar a hacer alguna cosa que te guste a menudo.
- ¿Qué responsabilidades asumes en la vida, en casa, en el trabajo, en otras partes?
- Reflexiona sobre los pensamientos que tienes en la cabeza y cómo te hablas a ti misma.
- Presta atención a tus emociones, sobre todo a las que sientes hacia ti misma: qué te hace enfadar o poner triste de ti misma y cómo lo sientes físicamente en tu cuerpo; qué te hace feliz y te enternece de ti misma, cómo lo expresas y sientes físicamente. Valorar qué emociones no se sienten porque están bloqueadas.
- Trabaja los sentimientos de culpa y de miedo: ¿qué te hace sentir culpable/sentir miedo? ¿Te impiden hacer cosas que te gustaría o cumplir tus deseos? ¿Distingues entre sentirte responsable o sentirte culpable (en la primera se toma la decisión libremente asumiendo las consecuencias, pero sin querer hacer ningún mal, en la segunda se hacen las cosas mal deliberadamente o con negligencia)?

Cuando ya han podido dejar atrás la violencia, se puede explorar el significado que le dan a lo que les ha pasado:

- ¿Qué has aprendido, si hay algo, de todo lo que ha pasado: cambios en ti misma, relación con los otros, sentido de la vida?
- ¿Cómo, si se puede, encuentras sentido a lo que te ha pasado?
- ¿Cómo, si es así, el sufrimiento te ha ayudado a alcanzar un propósito mayor en la vida: romper el ciclo de la violencia, querer ser diferente a otras...?

Tabla 5. Sugerencias de preguntas basadas en la resiliencia para la entrevista clínica de la mujer que sufre malos tratos. Fuente: elaboración propia inspirado en Michaud (2003), Lagarde (2000) y Anderson (2012).

CONCLUSIONES

Como sabemos, la violencia de género va a producir un detrimento importante de la salud física y psicológica de las mujeres que la sufren. Y aunque el propio maltrato puede dañar muchas de sus capacidades de resiliencia, se puede trabajar para potenciarlas y recuperarlas. Así, la mujer se va empoderando, va siendo más consciente de su situación, y estará más preparada para las dificultades que se va a encontrar para salir de su relación de violencia.

Los/as profesionales, y entre ellos los sanitarios/as por muchos factores mencionados, a veces no son capaces de ayudar a estas mujeres adecuadamente, con lo cual deben ser formados, romper sus prejuicios y buscar nuevas herramientas para hacerlo mejor.

La resiliencia es una perspectiva interesante para la valoración y tratamiento de las mujeres y los niños que están sufriendo esta violencia sexista.

Como se ha mencionado, aporta herramientas útiles y aplicables, como las cualidades de Grotberg, la *casita* de Vanistendael o simplemente el introducir en la valoración clínica preguntas sobre sus cualidades internas y apoyos externos (pilares de la resiliencia individual).

Existen escasas investigaciones que relacionen la aplicación de la resiliencia en la violencia de género, pero se ha recomendado por los expertos internacionales su utilización e investigación.

En cuanto a la infancia, como se ha visto, el que la madre se convierta en resiliente es uno de los factores más importantes para que los niños y niñas también lo sean. Desde pediatría y atención primaria es necesario promover la resiliencia de los/as infantes y adolescentes estimulándoles a la creación de vínculos y relaciones estables y alentando a las personas adultas que los cuidan a creer en ellos y educarlos

en un ambiente abierto y responsable. Es importante trabajar con ellos de forma crítica y realista lo que les está pasando y así impedir que repitan el proceso de sexismo y violencia cuando se conviertan en adultos.

Se aportan en el este artículo unas propuestas prácticas para su aplicación por los profesionales en general, y en particular en el ámbito médico, en la valoración de las mujeres que están sufriendo esta violencia. Se la atenderá de una manera global, flexible, aceptando sus contradicciones y considerándolas la pieza principal del proceso terapéutico. Sin olvidar todas las ayudas que deben serle prestadas, desde el principio se la debería estimular a utilizar sus propias capacidades. Desde la detección del caso, se la propondrá acudir a la consulta programada para más tranquilamente, ir analizando con ella los distintos recursos de los que dispone y cómo utilizarlos. Así, reflexionando sobre lo que le está pasando, y con su ritmo y sus decisiones, alcanzará los objetivos que se vaya proponiendo.

Por todo lo anteriormente comentado, el apoyo a la resiliencia por parte de todos los profesionales, sería adecuado que se incluyera en los distintos protocolos de atención a las víctimas de violencia de género, entre ellos en el sanitario.

REFERENCIAS

- Anderson, Kim M.; Renner, Lynette M. y Danis, Fran S. 2012. Recovery: Resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence Against Women*, 18(11): 1279-1299.
- Barudy, Jorge y Dantagnan, Maryorie. 2005. *Los buenos tratos a la infancia. Parentabilidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Blanco Prieto, Pilar. 2004. Consecuencias de la violencia

- sobre la salud de las mujeres. La detección precoz en la consulta. En *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*, 103-117. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Borges, Zaida y Silva, María E. 2010. Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(2): 250-257.
- Cyrułnik, Boris. 2002. *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Consorti de Serveis Socials de Barcelona. 2012. *Intervención con niños, niñas y adolescentes en situaciones de violencia machista desde el Sistema Público de Servicios Sociales de la ciudad de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2012. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Forés, Anna y Grané, Jordi. 2008. *La resiliencia. Crecer en la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- García-Moreno, Claudia; Jansen, Henrica A.F.M.; Watts, Charlotte; Ellsberg, Mary y Heise, Lori. 2005. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.
- Garmezzy, Norman. 1971. Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41: 101-116.
- Grotberg, Edith Henderson. 1995. *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. La Haya: The Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, Edith Henderson. 2006. *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Htun, Mala y Weldon, S. Laurel. 2012. The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combating Violence against Women in Global Perspective, 1975–2005. *American Political Science Review*, 106(3): 548-569.
- Instituto de la Mujer (estudios e investigaciones). 2011. *Recuperando el control de nuestras vidas: Reconstrucción de identidades y empoderamiento en mujeres víctimas de violencia de género*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Instituto de la Mujer. 2012. *Principales resultados Macroencuesta de violencia de género 2012*. Madrid,: Delegación de gobierno para la violencia de género, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Jiménez Casado, Carmen; Lorente Acosta, Miguel; Perlado del Campo, Paloma y Rodríguez Marín, Milagro. 1999. *Violencia contra las mujeres. Manual de formación. Ámbito sanitario (2)*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela. 2000. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid: Horas y horas.
- Lecomte, Jacques y Manciaux, Michel. 2003. Maltrato y resiliencia. En *La resiliencia: resistir y rehacerse*, 113-120. Barcelona: Editorial Gedisa.
- McCloskey, L.A. y Walker, M. 2000. Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1): 108-15.
- Manciaux, Michel; Vanistendael, Stefan; Lecomte, Jacques y Cyrułnik, Boris. 2003. La resiliencia: estado de la cuestión. En *La resiliencia: resistir y rehacerse*, 17-27. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Michaud, Pierre-André. 2003. El adolescente y el médico. En *La resiliencia: resistir y rehacerse*, 75-86. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Moreno Vela, Joaquín y Pedreira Massa, Jose Luis. 1999. Trastorno de estrés postraumático en la infancia y la adolescencia: formas clínicas de presentación. *Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 20(6).
- Observatorio estatal de violencia sobre la mujer. 2011. *Informe del grupo de trabajo de investigación sobre la infancia víctima de la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ong, Anthony D.; Bergeman, C.S. y Boker, Steven M. 2009. Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77(6): 1777-1804.
- Ospina, Doris E.; Jaramillo, Diva E. y Uribe, Tulia M. 2005. La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1): 78-89.
- Quiceno, Japcy M. y Vinaccia, Stefano. 2011. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17): 69-82.
- Quiceno, Japcy M.; Vinaccia, Stefano y Remor, Eduardo. 2011. Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Revista de Psicoopatología y Psicología Clínica*, 16(1): 27-47.
- Ruiz-Pérez, Isabel; Plazaola-Castaño, Juncal; Blanco-Prieto, Pilar y González-Barranco, Juana María. 2006. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(3): 202-208.
- Sans, Mireia y Sellares, Jaume. 2010. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3): 104-109.
- Tousignant, Michel. 1992. *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris: P.U.F.
- Vanistendael, Stefan y Lecomte, Jacques. 2002. *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Vanistendael, Stefan. 2003. La resiliencia en lo cotidiano. En *La resiliencia: resistir y rehacerse*, 227-238. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Walker, Lenore. 1979. *Battered women*. New York: Harper y Row Publishers.
- Walker, Lenore. 1999. Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8(3): 201-210.
- Walker, Lenore. 2012. *El síndrome de la mujer maltratada*. Bilbao: Desclee de brouwer.
- Wathen, C. Nadine; MacGregor, Jennifer C.D.; Hammerton, Joanne; Coben, Jeffrey H.; Herrman, Helen; Stewart, Donna E. y MacMillan, Harriet L. 2012. Priorities for research in child maltreatment, intimate partner violence and resilience to violence exposures: results of an international Delphi consensus development process. *BMC Public Health*, 12: 684, 12 p.
- Werner, Emmy E. 1989. High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American*

Journal of Orthopsychiatry, 59: 72-81.

World Health Organization: 49a Asamblea Mundial de la Salud. 1996. *WHA49.25: Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*. Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization. 2013. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Italia: World Health organization.