

Recursos de afrontamiento, variables cognitivas y estrés postraumático en mujeres maltratadas.

Miracco, Mariana, Arana, Fernan y Keegan,
Eduardo.

Cita:

Miracco, Mariana, Arana, Fernan y Keegan, Eduardo (2009). *Recursos de afrontamiento, variables cognitivas y estrés postraumático en mujeres maltratadas. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/179>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/wD5>

RECURSOS DE AFRONTAMIENTO, VARIABLES COGNITIVAS Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES MALTRATADAS

Miracco, Mariana; Arana, Fernan; Keegan, Eduardo
CONICET. Argentina

RESUMEN

A partir de una revisión bibliográfica se aborda la problemática del maltrato doméstico, caracterizándose sus efectos tanto en la salud general como en la salud mental de las mujeres afectadas, y haciéndose particular hincapié en el trastorno por estrés posttraumático. Asimismo se analizan las estrategias de afrontamiento puestas en juego por las mujeres maltratadas, así como diversos factores que influyen en las mismas como la severidad del maltrato y los recursos personales, sociales y materiales disponibles. Por último, se destacan los aspectos cognitivos que se vincularían con el desarrollo del trastorno por estrés posttraumático, como también aquellos que estarían ligados a la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adaptativas en esta población, y sus implicancias para futuras investigaciones.

Palabras clave

Maltrato doméstico Trastorno por estrés posttraumático Afrontamiento Variables cognitivas

ABSTRACT

COPING RESOURCES, COGNITIVE VARIABLES
AND POSTTRAUMATIC STRESS IN BATTERED WOMEN

This paper addresses the issue of intimate partner violence through a literature review, characterizing its effects on affected women's both mental and general health, emphasizing in particular posttraumatic stress disorder. Coping strategies in abused women are also analyzed, as well as several factors that impact on them, such as abuse severity and available personal, social and material resources. The cognitive aspects hypothetically linked to the development of posttraumatic stress disorder are stressed, as well as those related to the implementation of adaptive coping strategies in this population. Finally, the implications for future research are discussed.

Key words

Intimate partner violence Posttraumatic stress disorder Coping Cognitive variables

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer ha sido definida conceptualmente como "cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia, o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se produce en la vía pública como privada" (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1993). En 1999, Walker define la *violencia doméstica* como "un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella". Diversos estudios sugieren que la violencia física suele acompañarse de violencia psicológica, y que entre un tercio y la mitad de los casos sufre también violencia sexual (Majdalani, Alemán, Fayán & Mejía, 2005).

La violencia doméstica constituye una problemática de relevancia en el mundo. En un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) se observó que el porcentaje de mujeres que

había tenido pareja alguna vez y que había sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y el 71%, aunque en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24% y el 53%. En nuestro país, Pontecorvo y colaboradores estiman en el año 2004 que aproximadamente el 25% de las mujeres sufriría regularmente violencia intrafamiliar y el 50% pasaría por alguna situación de violencia a lo largo de su vida. *A esto se añade la circunstancia de que un mínimo porcentaje de los casos es denunciado (Montero Gómez, 2001), entre un 10 y un 30% de los casos reales según Sarasua y Zubizarreta (2000). Sin embargo, estas mujeres acuden frecuentemente al sistema de salud por las consecuencias que acarrea la violencia doméstica.*

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO DOMÉSTICO EN LA SALUD DE LAS MUJERES

Este tipo de violencia impacta severamente sobre la salud física de las víctimas. Además de las lesiones, se destacan el aumento de la vulnerabilidad a padecer trastornos funcionales (ej: colon irritable, trastornos gastrointestinales, dolor crónico), daños permanentes en articulaciones, pérdida parcial de audición o visión y/o disfunciones sexuales. Por otra parte, las mujeres maltratadas suelen presentar diversos problemas psicológicos entre los cuales se subrayan los síndromes depresivos, la culpa excesiva y los pensamientos disfuncionales sobre sí mismas, el mundo y los demás (Taylor, Magnusen & Amundson, 2001). Los cuadros clínicos asociados en mayor medida son los trastornos de ansiedad (Sato & Heiby, 1991), la depresión (Campbell, Sullivan & Davison, 1995; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa & Zubizarreta, 1997), el abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias y, especialmente, el trastorno por estrés posttraumático (TEPT) (Houskamp & Foy, 1991; Astin, Ogland-Hand, Foy & Coleman, 1995; Campbell, Sullivan & Davidson, 1995; Dutton, 1992; Golding, 1999).

Para el diagnóstico de TEPT (DSM IV-TR) (APA, 2002) se requiere que la persona haya estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha experimentado o presenciado amenazas para su integridad física o la de otras personas, y haya respondido con temor, desesperanza u horror intensos. Los síntomas característicos de este trastorno se dividen en tres grandes grupos. En primer lugar, la re-experimentación, que se manifiesta fundamentalmente mediante recuerdos intrusivos, pesadillas, respuestas fisiológicas y malestar psicológico al exponerse a estímulos internos o externos asociados al trauma. En segundo lugar, la evitación persistente de dichos estímulos y el embotamiento afectivo y de la reactividad general. Y en tercer lugar, síntomas persistentes del aumento de la activación (ej.: dificultades en el sueño, irritabilidad, hipervigilancia). El porcentaje de mujeres maltratadas que presenta este trastorno oscila entre el 33 y el 84%, aproximadamente, hallazgo consistente en muestras diversas (Arias & Pape, 1999; Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997; Jones, Hughes & Unterstaller, 2001; Calvete, Estévez & Corral, 2007). La evidencia sugiere que a mayor severidad de los síntomas de TEPT se corresponde una mayor cantidad de problemas en la salud física de estas mujeres, quienes mostrarían una alteración de los parámetros fisiológicos e inmunológicos (Woods, 2005; Fontana, Litz & Rosenbeck, 2001; Kimerling et al 2000; Zöllner et al, 2000).

TEPT Y MALTRATO DOMÉSTICO

La evidencia sugiere que el TEPT es una consecuencia de la violencia doméstica a largo plazo, persistiendo aún muchos años luego de la separación (Woods, 2005, 2000^a, 2000^b). Houskamp y Foy (1991) realizan uno de los estudios pioneros en la vinculación del TEPT con este tipo de maltrato, hallando una relación entre la intensidad y duración de este último y la severidad de los síntomas de dicho trastorno.

Por su parte, Jones, Hughes y Unterstaller (2001) realizan una revisión de las investigaciones abocadas a esta temática, afirmando que *la población refugiada presenta un riesgo más elevado de desarrollar TEPT (40 a 84%). El haber tenido otras experiencias de victimización en el pasado (y en particular abuso sexual) también incrementa dicho riesgo*. La evidencia empírica disponible sugiere que las mujeres más jóvenes, desempleadas, con mayor cantidad de hijos, bajos ingresos y bajo nivel de apoyo

social enfrentan mayor riesgo de desarrollar síntomas de TEPT y otros problemas psicológicos. Asimismo, se señala que el TEPT podría mediar entre el abuso por parte de un compañero y el riesgo de ideación suicida en estas mujeres.

Cuando se desarrolla como consecuencia del maltrato doméstico, el TEPT presenta características específicas (Labrador & Alonso, 2005), tales como la reiteración con la que ocurre el trauma y la alta probabilidad de volver a experimentarlo nuevamente. En estos casos existe una ruptura del marco de seguridad que supone el hogar, lo que conlleva un estado de permanente hiperactivación e hipervigilancia. Ello puede acarrear la vivencia de un grave fracaso personal al afectar la relación de pareja y familiar, lo que suele generar sentimientos de culpa y pérdida de autoestima en la víctima. Con frecuencia conduce al abandono de muchas de las actividades cotidianas, con la consecuente disminución de actividades placenteras y la aparición de síntomas depresivos. La finalización de la relación con el agresor se convierte muchas veces en una situación de mayor amenaza e incluso de riesgo para la propia vida. Las víctimas recurren con frecuencia a estrategias de afrontamiento inadecuadas (consumo de alcohol y drogas, reclusión), como modo de manejar la situación o las emociones asociadas. De esta manera, se produce una desorganización masiva: abandono del hogar, amigos, trabajo y/o lugares habituales de referencia. Como consecuencia de lo antedicho pueden aparecer disfunciones a nivel social y pérdida de importantes redes de apoyo (Miracco, Vetere, Zarankin, Vallejos & Rodríguez Biglieri, 2008).

EL ROL DE LAS VARIABLES COGNITIVAS

Diversos autores han propuesto que los acontecimientos traumáticos impactan en los esquemas cognitivos de las víctimas, de manera tal que llegan a concebir al mundo como un lugar peligroso y a verse a sí mismas como ineficaces o ineptas (Foa & Rothbaum, 1998; Janoff-Bulman, 2004; Calvete, Estévez & Corral, 2007). Foa y Kozac describen en 1986 tres características de la situación traumática a tener en cuenta en la etiología del TEPT: su peligrosidad, su incontrolabilidad y su impredecibilidad, aspectos que estarían sumamente ligados a los episodios de violencia que padecen las mujeres maltratadas.

Numerosos estudios sustentan el papel de las variables cognitivas (esquemas y creencias disfuncionales, diálogos internos negativos) en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología asociada al maltrato doméstico (Dutton, Burghardt, Perrin, Chrestman & Halle, 1994; Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Creamer & Burgess, 1992; Ehlers & Clark, 2000; Foa & Rothbaum, 1998; Kubany & Watson, 2002; Kubany, Hill & Owens, 2003; Montero Gómez, 2001; Calvete, Estévez & Corral, 2007^a; Calvete, Estévez & Corral, 2007^b; Calvete, Corral & Estévez, 2007). La autoevaluación negativa y la disminución de la autoestima relacionadas con estos acontecimientos incrementarían la vulnerabilidad frente a la depresión (Aguilar & Nightingale, 1994; Barnett, 2001). Así, se ha puesto de manifiesto que estos esquemas cognitivos negativos tendrían un efecto deletéreo en las respuestas de afrontamiento de las mujeres, reduciendo los intentos activos para cambiar la situación y el uso de pensamientos positivos y de reestructuración cognitiva, aumentando el uso de la negación y la evitación. Estas mujeres desarrollarían creencias persistentes ligadas a la privación emocional, el abuso y la falla personal, que impactarían en el afrontamiento de las situaciones cotidianas de violencia (Calvete, Corral & Estévez, 2007).

LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Tanto las atribuciones internas como las estrategias de afrontamiento empleadas por las víctimas de violencia doméstica parecen resultar importantes por el papel que jugarían como variables mediadoras de adaptación psicológica (Arata, 1999; Walker, 2000). Lazarus y Folkman (1984) describen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se ponen en juego para lidiar con las demandas externas y/o internas que enfrenta una persona, los cuales dependen de la evaluación que realice el individuo acerca de su capacidad para modificar la situación estresante.

El "síndrome de la mujer maltratada" (Walker, 1984; Dutton, 1993) describe la actitud de pasividad que caracterizaría a estas mujeres, un estereotipo vigente tanto en las representaciones sociales como

en algunas teorías que sostienen los profesionales de la salud para explicar el mantenimiento de esta problemática. Sin embargo, las mujeres en situación de violencia parecen poner en marcha diversas estrategias para propiciar su seguridad física y su bienestar emocional con más asiduidad de lo pensado (Goodman, Dutton, Weinfurt & Cook, 2003; Kocot & Goodman, 2003). Sabina y Tindale (2008) estudiaron los predictores de tres tipos de estrategias de afrontamiento centrado en la resolución de problemas (búsqueda de ayuda, obtención de una orden de protección y mantenimiento a distancia del agresor) en una muestra de 478 mujeres. Los autores concluyeron que la mayor parte de la muestra puso en marcha al menos uno de los tres tipos de estrategias estudiadas. Así, aproximadamente el 50% se mantuvo alejada del agresor y el 81% buscó ayuda de al menos una fuente (ej.: hablar con alguien acerca de la situación problemática). El tipo de abuso (la cantidad de episodios, su severidad, la presencia de acoso) y los recursos personales, materiales y sociales, destacándose la salud general, el empleo y el apoyo social, influirían en la puesta en acción de estas estrategias de afrontamiento.

Así es como tanto los recursos disponibles, como la severidad de la violencia parecen influir en las decisiones que toman estas mujeres y en sus resultados. La "hipótesis del sobreviviente" (Gondolf & Fisher, 1988) postula que a mayor severidad del maltrato, mayor probabilidad de que la mujer busque ayuda.

La evidencia preliminar en torno de este tema sugiere que el tipo de estrategia que las mujeres utilicen en este contexto habrá de impactar en su salud mental. Si bien en la práctica se tiende a tratar los síntomas de ansiedad o depresión sin atender globalmente al contexto de maltrato, propender al fortalecimiento del afrontamiento centrado en el problema parecería ser en principio clínicamente más conducente. Por ejemplo, un estudio (Mitchell & Hodson, 1983) halló que las mujeres que se comprometían con intentos conductuales directos para lidiar con la violencia y sus efectos presentaban menos depresión y un mayor sentido de dominio y autoestima, independientemente de que los resultados fuesen exitosos, mientras que aquellas que hacían mayor uso del afrontamiento centrado en las emociones parecían presentar más síntomas de TEPT (Arias & Pape, 1999). Sin embargo, como bien señalan Kocot y Goodman (2003), el análisis de estas respuestas no puede deslindarse del contexto ecológico en que se producen. De hecho, en muchos casos en los cuales los recursos y el apoyo social son bajos, dichos intentos pueden no ser reforzados, convirtiéndose en una mayor fuente de estrés y retroalimentando las creencias disfuncionales en lugar de propiciar una salida de la situación de violencia. Este aspecto da cuenta de la necesidad de un cuidadoso análisis contextual en el abordaje de esta problemática.

CONCLUSIONES

El TEPT se presenta como uno de los diagnósticos principales en mujeres maltratadas, con sus efectos en la salud general en términos bio-psico-sociales. Se ha destacado la identificación de recursos de afrontamiento positivos o adaptativos en mujeres maltratadas, tendientes a contrarrestar los efectos del maltrato. Se ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con modelos explicativos que puedan dar cuenta de la complejidad y variedad de respuestas presentes en esta población. Resulta de interés para futuros trabajos profundizar nuestro conocimiento acerca de las creencias y estrategias saludables presentadas por estas mujeres, con adecuada atención al contexto de apoyo y a las redes sociales, dado que su implementación y resultado dependen en gran medida de estas variables.

El presente artículo se enmarca en un plan de trabajo de investigación aprobado por el CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, cuyo objetivo es indagar la relación entre los recursos de afrontamiento y el desarrollo de estrés postraumático en mujeres maltratadas. Se han de explorar los sistemas de creencias que favorecerían la utilización de recursos de afrontamiento adaptativos en esta población. Asimismo, se espera identificar estilos y estrategias de afrontamiento, adaptativos y desadaptativos, en mujeres maltratadas, así como su relación con la severidad de la sintomatología de estrés postraumático.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, R.J. & NIGHTINGALE, N.N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*. 9. 35-45.
- ALDWIN, C.M. & REVENSON, T. (1987). Does Coping Help? A Re-examination of the Relation between Coping and Mental Health. *Journal of Personality and Social Psychology*. 53. 337-348.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Cuarta Versión Revisada) (DSM IV TR). Washington DC: APA.
- 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.
- ARATA, C.M.(1999). Coping with rape. *Journal of Interpersonal Violence*., 14 (1). 62-78.
- ARIAS, I. & PAPE, K.T. (1999) Psychological abuse: implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims*. 14. 55-67.
- ASTIN, M.C.; OGLAND-HAND, S.M.; FOY, D. & COLEMAN, E.M. (1995). Post-traumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparison with martially distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63. 308-312.
- BARNETT, O.W. (2001). Why battered women do not leave, part 2. External inhibition factors-social support and internal inhibition factors. *Trauma, Violence & Abuse*. 2 (1). 3-35.
- BOLIS, M. (1993). Tipificación de la violencia contra la mujer en la legislación de América Latina. En: Gómez Elsa (ed.) *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Washington D.C: OPS/OMS. 258-65.
- BREWIN, C.; DALGLEISH, T. & JOSEPH, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103. 670-686.
- CALVETE, E.; ESTÉVEZ, A.; CORRAL, S. (2007). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research and Therapy* 45. 791-804.
- CALVETE, E.; ESTÉVEZ, A.; CORRA, S. (2007a). Trastorno por Estrés Post-traumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema* 19 (3). 446-451.
- CALVETE, E.; CORRAL, S.; ESTÉVEZ, A. (2007b). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depresión. *Anxiety, Stress & Coping* 20 (4). 369-382.
- CAMPBELL, R.; SULLIVAN, C. & DAVIDSON, W. (1995). Women who use domestic violence stulters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19. 237-255.
- CANAVAL, G.E.; GONZÁLEZ, M.C.; SÁNCHEZ, M.O. (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*. 38 (4). 72-78.
- CANO-VINDEL, A. (1999). Valoración, Afrontamiento y Ansiedad. *Revista Ansiedad y Estrés*. 5. 129-143.
- CARVER, C. & SHEIER, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*. 66. 184-195.
- CHEMTOB, C.M.; ROITBLAT, H.L.; HAMADA, R.S.; CARLSON, J.G. & TWENTYMAN, C.T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2. 253-275.
- CREAMER, M. & BURGESS, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101. 452-459.
- DUTTON, M.A. (1992). Empowering and healing the battered woman: A model of assessment and intervention. New York: Springer.
- DUTTON, M.A.; BURGHARDT, K.J.; PERRIN, S.G.; CHRESTMAN, K.R.; HALLE, P.M. (1994) Battered Women's Cognitive Schemata. *Journal of Traumatic Stress* 7 (2). 237-255.
- DYER, J. & MCGUINNESS, T. (1996). Resilience: analices of the concept. *Archive of Psychiatry Nursing*. 10. 276-282.
- ECHEBURÚA, E.; CORRAL, P.; AMOR, P.J.; SARASUA, B. & ZUBIZARRETA, (1997a) Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2. 7-19.
- ECHEBURÚA, E.; CORRAL, P.; AMOR, P.J.; ZUBIZARRETA & SARASUA, B. (1997b) Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 23. 503-526.
- EHLERS, A. & CLARK, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38. 319-345.
- FOA, E.B. & KOZAC, M. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 99. 20-35.
- FOA, E.B. & ROTHBAUM, B.O. (1998). Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press.
- FOA, E.B.; STEKETEE, G. & ROTHBAUM, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*. 20. 155-176.
- FRASER, M.W.; RICHMAN, J.M. & GALINSKY, M.J. (1999). Risk, protection and resilience: toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*. 23 (3). 131-143.
- GOLDING, J.M. (1999). Intimate partner violence as risk factor for mental disorder: A mental analysis. *Journal of Family Violence*, 14. 99-132.
- GROTEBERG, E.H. (1995). The international resilience project: research, application, and policy. *Symposium International Stress e Violencia*. Lisbon. Portugal.
- HOUSKAMP, B.M. & FOY, D.W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*. 6. 367-375.
- HUMPHREYS, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing* 24. 137-152.
- KEEGAN, E. (1998). Trastornos de ansiedad: la perspectiva cognitiva. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. IX. 197-209.
- KOCOT, T.; GOODMAN, L. (2003). The Roles of Coping and Social Support in Battered Women's Mental Health. *Violence Against Women*. 9. 323-346.
- KUBANY, E.S.; HILL, E.E. OWENS, J.A (2003). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress* 16 (1). 81-91.
- KUBANY, E.S. & WATSON, E.B. (2002). Cognitive Trauma Therapy for Formerly Battered Women with PTSD (CTT-BW): Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*. 9. 111-127.
- JANOFF-BULMAN, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*. 15 (1). 30-34.
- JONES, L.; HUGHES, M. & UNTERSTALLER, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence & Abuse*, 2. 99-119.
- LABRADOR, F.J. & ALONSO, E. (2005). Trastorno de estrés posttraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77. 47-65.
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.
- LEIBOVICH DE FIGUEROA, N.B.; SCHMIDT, V.I.; MARRO, C.T. (2002). Afrontamiento. En: *El Malestar y su Evaluación en Diferentes Contextos*. Leibovich de Figueroa, NB, Schufer ML (Ed.) Buenos Aires: Eudeba.
- LEIBOVICH DE FIGUEROA, N.B.; SCHMIDT, V.; CASULLO, G. (1999). Estrategias de Afrontamiento frente a diversos estresores contextuales. Un instrumento para su evaluación. VI Anuario de Investigaciones 1999, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- MAJDALANI, M.; ALEMÁN, M.; FAYANÁS, R.; GUEDES, A. & MEJÍA, R. (2005). Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 17 (2). 79-83.
- MEJÍA, R.; ALEMÁN, M.; FERNÁNDEZ, A.; PÉREZ STABLE, E.J. (2000). Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina (Buenos Aires)* 60. 591-594.
- MIRACCO, M.; VETERE, G.; ZARANKIN, A.; VALLEJOS, M.; RODRÍGUEZ, BIGLIERI, R. (2008). Tratamientos Psicoterapéuticos Eficaces para Mujeres Golpeadas con Trastorno por Estrés Posttraumático. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XVII (1). 57-64.
- MONTERO GÓMEZ, A. (2001). Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud* 12 (1). 371-397.
- MOOS RH (1984). Context and coping: towards a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*. 12. 5-25.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER INFLIGIDA POR SU PAREJA. Panorama general. Programas y proyectos. Género y salud de la mujer En: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/index.html
- OUIMETTE, P.C.; FINNEY, J.W. & MOOS, R.H. (1999). Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with Posttraumatic Stress Disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*. 13. 105-114.
- PIESCHACÓN FONRODONA M (2006). Estado del Arte del Trastorno de Estrés Posttraumático. *Suma Psicológica* 13 (1). 67-84.
- PONTECORVO, C.; MEJÍA, R.; ALEMÁN, M.; VIDAL, A.; MAJDALANI, M.P.; FAYANÁS, R.; FERNÁNDEZ, A.; PÉREZ STABLE, E.J (2004) Violencia doméstica contra la mujer. Una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina (Buenos Aires)* 64. 492-496.
- RESICK, P.A.; SCHNICKE, M.K. (1993). *Cognitive Processing Therapy for rape victims: a Treatment Manual*. Newbury Park CA: Sage.
- RUIZ, J.I.; LIÉVANO, M.; MALAMBO, N.; SUÁREZ, A. (2003). Cuestionario de percepción del mundo (CPM): adaptación y propiedades psicométricas en una muestra colombiana de víctimas y no víctimas. *Avances en Medición* 1 (1). 71-90.
- RUTTER, M. (1985a). Family and school influences on behavioural development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 22 (3). 349-368.
- RUTTER, M. (1985b). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*. 147. 598-611.

- RUTTER, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescents Health*. 14 (8). 626-631.
- RUTTER, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*. 21. 119-144.
- SABINA, C.; TINDALE, R.. (2008). Abuse Characteristics and Coping Resources as Predictors of Problem-Focused Coping Strategies Among Battered Women. *Violence Against Women*; 14. 437-456.
- SARASUA, B.; ZUBIZARRETA, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- TAYLOR, W.; MAGNUSSEN, L. & ADMUNDSON, M.J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women*, 7. 563-585.
- VILLAFañE, A.; MILANESIO, M.S.; MARCELLINO, C.M.; AMODEI, C. (2003). La evaluación del trastorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson. *Evaluar* 3. 80-93.
- VILLALBA QUESADA, C. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Intervención Psicosocial* 12 (3). 283-299.
- WALKER, L.E. (1999). Terapia para supervivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8. 201-210.
- WALKER, L.E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer Publishing Company.
- WISSING, M. & VORSTER, E. (2000). General coping strategies related to probability of contracting HIV-infection. XXVII Congreso Internacional de Psicología, 23-28 de Julio, Estocolmo, Suecia.