



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

RESILIENCIA, RELIGIOSIDAD Y ANSIEDAD EN ADULTOS DE ETNIA GITANA

Autor: Jaime Cortés Figueroa

Tutor profesional: Jesús Oliver Pece

Tutora Metodológico: Mónica Terrazo Felipe

Madrid
Mayo 2018

Jaime
Cortés
Figuera

RESILIENCIA, RELIGIOSIDAD Y ANSIEDAD EN ADULTOS DE ETNIA GITANA



Resumen

El pueblo gitano ha afrontado experiencias adversas a lo largo de su historia, desde la persecución hasta la marginalidad y estigmatización que llega hasta nuestros días. Debido a estos factores, la presente investigación examina la relación entre la resiliencia, la ansiedad y la religiosidad en una muestra compuesta por 72 adultos de etnia gitana. Se estudia la capacidad de afrontamiento y superación de situaciones adversas, potencialmente generadoras de ansiedad, concretando estos factores en tres variables: Resiliencia, Ansiedad (estado y rasgo), y Religiosidad. Los participantes respondieron voluntariamente a las escalas CD-RISC 10, STAI y ER. Los resultados indican que existe una relación significativa negativa entre resiliencia y ansiedad. Sin embargo, no se han encontrado relaciones entre el resto de variables del estudio. Se ha observado diferencias significativas en religiosidad en función del sexo, siendo mayor en las mujeres. La dirección de este estudio nos sugiere que se debe profundizar en estudios en la población gitana de nuestro país, así como respetar y promover al pueblo gitano como los agentes de cambio en su propia comunidad.

Palabras clave: Resiliencia, Ansiedad, Religiosidad, Pueblo Gitano.

Abstract

The Roma people have faced adverse experiences throughout their history, from persecution to marginalization and stigmatization that continues to this day. Due to these factors, this research examines the relationship between resilience, anxiety and religiosity in a sample composed of 72 adults of gypsy ethnicity. We study the ability to cope and overcome adverse situations, potentially generating anxiety, specifying these factors in three variables: Resilience, Anxiety (state and trait), and Religiosity. Participants voluntarily responded to the CD-RISC 10, STAI and ER scales. The results indicate that there is a significant negative relationship between resilience and anxiety. However, no relationships were found between the other variables of the study. It has been observed significant differences in religiosity according to sex, being higher in women. The direction of this study suggests that we should deepen studies in the Roma population of our country, as well as respect and promote the Roma as agents of change in their own community.

Key Words: Resilience, Anxiety, Religiosity, Roma People.

El pueblo gitano protagonizó uno de los grandes éxodos de la historia de la humanidad, teniendo que hacer frente a incontables dificultades. Originarios de la zona noroeste de India, conocida como el Punjab, hoy frontera con Pakistán (Rodríguez, 2011), se vieron obligados a abandonar su tierra debido a las invasiones árabes y mongolas durante los siglos X y XII. Su éxodo hacia occidente les llevó a una llegada progresiva a Europa a partir de la segunda mitad del siglo XIV.

Este pueblo nómada realizó un éxodo desde oriente hasta occidente en una travesía de poco más de dos siglos de duración (Rodríguez, 2011), dejando atrás su tierra, asolada por los conflictos bélicos, de forma similar a como sucede hoy en día con las poblaciones de oriente medio. Esta similitud nos sirve para contemplar a este pueblo como los primeros refugiados de Europa (Rodríguez, 2011), en una época histórica en la que la figura del asilo no estaba constituida, y quedaban a expensas de la hospitalidad de los gobernantes.

La llegada a España tuvo lugar en torno a 1425, y a lo largo de ese siglo fueron llegando distintas poblaciones gitanas a toda la península La corona de España, desde los Reyes Católicos y pasando por los Austrias y los Borbones, adoptó una estrategia ante el pueblo gitano que consistió en la asimilación a la cultura predominante, así como la persecución de los usos culturales propios del pueblo gitano (vida nómada, lengua, vestimenta...). Este hecho se constata en que, entre 1499 y 1812, se emitieron un total de 459 leyes contra los gitanos y su forma de vivir (Rodríguez, 2011). Las implicaciones de todas estas medidas perduran todavía hasta hoy pues no se permitió a los gitanos continuar con sus profesiones tradicionales, ya que se les impidió el nomadismo, se les excluyó de acceder a la propiedad de la tierra, y se les apartó de los medios de producción que configuran el sistema capitalista con el que vivimos hoy día.

La instauración de la democracia en España en 1978 permitió disminuir la discriminación institucional hacia el pueblo gitano y dio paso a un contexto en el que surgió un gran tejido asociativo que promovió, reconoció y salvaguardó la cultura y el patrimonio gitano, como es el caso de la Fundación de Secretariado Gitano y la Unión Romani.

Aún hoy día siguen presentes en el imaginario colectivo de nuestro país estereotipos negativos asociados a la población gitana y que son fáciles de detectar. La historia de persecución y discriminación que ha sufrido el pueblo gitano ha tenido una influencia notable en la construcción de la identidad gitana, que se ha configurado, desde la mirada de la sociedad mayoritaria, asociada a la marginalidad y la exclusión social (Prieto, 2007).

Los valores de la cultura gitana se sitúan muy alejados de los de producción y consumo por los que se rige la sociedad actual; quizás por ello, algunos autores como Llopis (como se cito en Rodríguez, 2011) afirman que los gitanos no son útiles al sistema productivo.

Como hemos visto, el pueblo gitano es un pedazo de Oriente en Occidente, pero que en su camino ha ido incorporando aspectos de las diversas culturas que han transitado, manteniendo una configuración única de estar en el mundo. Es importante señalar que justo por ese tránsito entre culturas y la persecución sufrida, el pueblo gitano adoptó una estrategia de unidad comunitaria y endogamia cultural para mantener su idiosincrasia (Rodríguez, 2011).

Su forma de conocer el entorno viene marcada por el pragmatismo y la inmediatez, exigidas por la supervivencia, alejándose de este modo de lo abstracto y dando prioridad a los sentidos, configurando una cosmovisión cualitativamente distinta a la occidental. Y es que la cultura gitana es primordialmente oral y visual, y por tanto, como recoge Rodríguez (2011) en su libro *Gitanidad*: “la vida se vive, no se piensa” (p. 107).

A pesar de todo lo comentado, no debemos olvidar que la cultura gitana es heterogénea por naturaleza, y que debido al desarraigo al que ha sido sometida en la historia, su formación se ha dado a la defensiva, de forma reactiva a los “ataques” desde la cultura dominante. Este hecho implica que algunos de los elementos que componen la cultura gitana han venido marcados por la agenda de dominación de la cultura mayoritaria, y por tanto guiados por ella. Además hay que añadir que la ausencia de puntos de referencia culturales estables, tanto por la persecución, como por su carácter oral, ambas relacionadas bidireccionalmente, ha dificultado el desarrollo y evolución de la cultura gitana (Carmona, 2001).

Atendiendo a la historia vivida, una variable pertinente para estudiar el funcionamiento o la capacidad de adaptación del pueblo gitano es la *resiliencia*.

Según Grotberg la resiliencia hace referencia a la “capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad”.

El interés por el estudio de la resiliencia como variable tuvo lugar en los años 70 con estudios centrados en sujetos que, debido a las circunstancias vitales que les había tocado vivir (familiares con trastorno mental grave, conflictos armados pobreza extrema...), eran muy proclives a desarrollar psicopatologías, y aun así habían conseguido desarrollar una vida sana y satisfactoria (Iglesias, 2006). Los investigadores mostraron gran interés por este fenómeno, ya que un conocimiento más amplio sobre el mecanismo psicológico que subyace a esa

“invulnerabilidad” (así fue denominada en un primer momento) que presentaban algunos sujetos, supondría un hallazgo determinante en el campo de la prevención de psicopatologías.

En esta primera etapa de investigación sobre la resiliencia, los estudios más relevantes, entre los que destaca el estudio longitudinal de Werner (1993), se centraron en analizar de forma retrospectiva la vulnerabilidad de los sujetos que habían tenido que afrontar adversidades significativas, y cómo respondieron en aquellos momentos de riesgo. Por lo tanto el foco se situó en el individuo, ubicando a la resiliencia en la esfera de lo personal e incluso innato, pues era una capacidad de “resistencia” e “invulnerabilidad” ante la adversidad (Artuch-Garde, 2014). A pesar de esta concepción más individualista y genetista inicial, estudios como el de Werner (1993) ya comenzaron a arrojar pistas que dirigían el foco también al contexto más inmediato, en este caso a las familias, pues los niños observados por Werner en su estudio longitudinal mostraron mejor desarrollo, a pesar de la adversidad, cuando tenían unas figuras significativas con las que existían lazos afectivos, además de que tuvieran unas características personales protectoras frente a la adversidad.

Los estudios realizados en los 90 pasaron a focalizarse más en investigar acerca de los factores protectores y de riesgo, y cómo estos factores se enmarcan en una relación compleja y bidireccional entre individuo y contexto (Artuch-Garde, 2014). Este cambio vino acompañado por una conceptualización distinta de la resiliencia; ya no se la consideraba una característica o rasgo de personas “invulnerables”, sino un proceso que depende del equilibrio entre los factores internos y externos del sujeto (Villalba, 2004).

En esta etapa destacaron autoras como Masten (2001) que deja de concebir el constructo de la resiliencia como una capacidad extraordinaria, como lo hacían las primeras líneas de investigación, para concebirla como una capacidad que puede poseer y desarrollar cualquier persona.

También situamos en esta etapa a Davidson, coautor de la conocida escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC Connor y Davidson, 2003). Para el desarrollo de la misma, se basaron en el modelo de Richardson (Richardson, Neiger, Jenson y Kumpfer, 1990), que describe el proceso por el que una persona puede hacer frente a las adversidades, señalando la existencia de 4 posibles respuestas de reintegración: 1) Reintegración resiliente: la adversidad supone una oportunidad de crecimiento y se genera un proceso de resiliencia; 2) Reintegración homeostática: una vez superada la adversidad se vuelve a nuestro nivel habitual de respuesta y homeostasis; 3) Reintegración con pérdida: tras enfrentarnos a la adversidad sufrimos una disminución en nuestro nivel habitual de homeostasis; 4) Reintegración disfuncional: ante la

adversidad se adopta un estado disfuncional (Richardson et al. 1990). Desde este modelo los autores se plantearon la gran variabilidad de respuestas que hay ante la adversidad, apoyándose en los trabajos de Kobasa (1979), Rutter (1985) y Lyons (1991), que identificaban diversos aspectos del constructo de resiliencia que quedaron reflejados en el instrumento (Connor y Davidson, 2003).

Una última etapa en el estudio de la resiliencia se distingue a comienzos del siglo XXI, caracterizada por dar un paso más allá en la dialéctica que se establece entre individuo y contexto en la configuración de la resiliencia. Estos autores toman como marco de interpretación de la relación entre contexto y entorno el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1981). Esto supone un cambio cualitativo en la concepción de resiliencia, pues ahora se contemplan nuevos elementos del entorno en interacción con el individuo que participan en el proceso de resiliencia, tales como: sistema de creencias familiar, sistema educativo, económico, cultura imperante...

Dentro de ese nuevo acercamiento a la variable de resiliencia queremos señalar los trabajos que se emiten desde el *Resilience Research Centre* de Canada, cuyos autores más productivos son Michael Ungar y Linda Liebenberg. Estos autores conciben la resiliencia como un concepto que tiene sensibilidad y relevancia cultural, y por tanto el estudio de la resiliencia debe centrarse primero en el entorno (en toda su complejidad discursiva y cultural) y después en el individuo. Estos autores señalan que para que se genere un proceso de resiliencia ante unas circunstancias adversas, es más determinante la presencia en el contexto de recursos culturalmente relevantes, que los factores individuales que presente el individuo (Ungar, 2011).

Al contemplar desde esta óptica la resiliencia, se le confiere una complejidad distinta, pues se entiende que existe una cierta facilitación social del fenómeno de resiliencia, y por tanto se la sitúa en el campo de la interdependencia de diversos factores (culturales, sociales, individuales, familiares...). Esto se traduce en que hay tantas formas de explicar los comportamientos resilientes como casos concretos enmarcados en un contexto determinado existen, asumiendo que la explicación causal que vale en un contexto, no nos valdrá en otro (Ungar, 2011). Desde esta perspectiva la resiliencia es entendida como proceso, y no como rasgo o resultado, y por tanto que un comportamiento sea o no resiliente dependerá en gran medida del contexto, que determinará su utilidad. Asumir la teoría de estos autores, nos obliga de algún modo como investigadores a empatizar con los participantes y su cultura, y a desproveernos de los prejuicios que pudiésemos acumular fruto de nuestro proceso de socialización en la cultura occidental dominante, pues hay concepciones de la salud que son específicas de algunos contextos y culturas (Ungar, 2008). Esto nos permitirá valorar procesos

de resiliencia que, bajo una óptica de la cultura dominante, nos pudieran parecer atípicos (como por ejemplo la inclusión de menores en actividades laborales los fines de semana), pero que en un contexto determinado reportan beneficios al individuo como factor protector ante situaciones adversas (Ungar, 2011).

Estas líneas de trabajo se posicionan en la necesaria corriente de la psicología transcultural, que camina junto a la antropología en un intento de descentralización del etnocentrismo que domina la investigación científica (Sales, 2013). La cultura debe ser considerada como un vector productor de salud psicosocial, y por tanto tomada en cuenta en los procesos de resiliencia. Así, podemos decir que cuanto mejor es el encaje entre el individuo y sus procesos de afrontamiento ante la adversidad con las expectativas culturales hacia el individuo, más posibilidad de que se dé un proceso de resiliencia (Ungar, 2011).

Tras este somero repaso sobre la delimitación del constructo de la resiliencia, podemos ver que es difícil dar una definición inequívoca y unánimemente compartida. Con todo, las dos definiciones de la resiliencia que consideramos más pertinentes para nuestra investigación son la de Luthar, Cicchetti y Becker (2000) que la concibe como “un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa” (p.543); y la de Ungar (2008) que la define como “la capacidad de las personas para transitar su camino hacia recursos saludablemente sostenibles, incluyendo oportunidades que permitan experimentar sentimientos de bienestar, y es también la condición de la familia, la comunidad y cultura a la que pertenece la persona, que provee recursos de salud y experiencias de manera culturalmente significativa” (p.225).

El constructo de resiliencia está compuesto por varias dimensiones, las cuales dependen del investigador al que atendamos, por lo que realizaremos un breve repaso por algunas de ellas, tomando las que tengan más dimensiones en común.

Wolin y Wolin (1993) identifican una serie de factores que configuran la resiliencia, y a los que denominan “Pilares de la Resiliencia”. Estos componentes son los siguientes: Introspección (capacidad de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta), Independencia (saber fijar límites entre uno mismo y el medio adverso, manteniendo distancia emocional y física sin caer en el aislamiento), Capacidad de relacionarse (habilidad para establecer lazos e intimidad y equilibrar y gestionar la propia necesidad de afecto con la disposición a brindarse a otros), Iniciativa (capacidad de exigirse y ponerse a prueba en tareas que pueden suponer un reto), Humor (saber encontrar aspectos cómicos en circunstancias adversas), Creatividad (capacidad de generar orden, belleza y finalidad desde la adversidad) y

Moralidad (extender el deseo personal de bienestar hacia los semejantes y capacidad de comprometerse con valores). Melillo (2004) incluyó otros dos “pilares” (Autoestima consistente y Capacidad de pensamiento crítico), que van muy en línea con el trabajo de Vanistendael, que propone un modelo para la construcción de la resiliencia, estructurado usando la metáfora de una casa, desde el suelo hasta el tejado.

Vanistendael (2005) identifica como cimientos de la resiliencia el vínculo y el encuentro con el otro, donde poder reconocerse en y con el otro, y que viene a representarse en el apego y en la disponibilidad de una red de apoyo. En un segundo lugar que llama “planta baja” situaríamos el sentido, entendiéndolo como un conjunto de sensaciones que nos permiten configurar un proyecto, una dirección vital y una fe que nos ubiquen en el mundo. En el siguiente nivel de la casa, Vanistendael sitúa tres factores: Autoestima; Competencias sociales y profesionales; y el Humor. Todas las dimensiones interactúan entre sí en la configuración de la resiliencia del individuo. Vanistendael también contempla la espiritualidad como un componente de la resiliencia de importancia (Vanistendael, 2003).

Polk (1997) realizó una clasificación de las dimensiones de la resiliencia que se compone de cuatro patrones: Patrón disposicional (incluye atributos psicosociales como la competencia personal y el sentido del self, y atributos físicos, como el temperamento o la inteligencia), Patrón relacional (atributos relacionados con los roles y relaciones, además disponer de una red social) Patrón situacional (incluye las habilidades de solución de problemas y valoración cognitiva de la situación adversa) y Patrón filosófico (creencias personales, y el sentido de la vida, relacionado también con la espiritualidad).

Connor y Davidson (2003), en la elaboración de su Escala de resiliencia de Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC; Connor y Davidson, 2003), obtuvieron 5 factores que componen la resiliencia: (1) competencia personal, auto exigencia y tenacidad; (2) confianza en la propia intuición y tolerancia a la adversidad; (3) aceptación positiva del cambio y establecimiento de relaciones seguras; (4) control y (5) influencias espirituales.

Ungar (2008) adopta una visión ecológica al configurar las características de la resiliencia, obteniendo una clasificación sensible al contexto: Características propias del individuo (iniciativa, autonomía, moralidad, introspección, creatividad, humor...), Características interpersonales (relaciones significativas, red social, asertividad), Características familiares (estilo de crianza democrático, recursos económicos) y Características del medio ambiente y

socioculturales (ambiente seguro, acceso a recursos comunitarios educativos y de ocio, percibir integración y apoyo social, afiliación a comunidades religiosas).

En la literatura existente sobre resiliencia encontramos que está relacionada con diversos ámbitos (Fernandes de Araujo, Teva y Bermúdez, 2015). Se ha observado que una elevada resiliencia está relacionada con un menor nivel de estrés (Ben-Zur y Gilbar, 2011), y que los programas de promoción de la resiliencia actúan como factores protectores del estrés (Burton, Pakenham y Brown, 2010). También se han encontrado relaciones positivas entre la resiliencia y la recuperación de la sintomatología depresiva (Boardman et al. 2011), ansiosa (Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian y Brähler; 2010), e incluso altas puntuaciones en resiliencia se han relacionado con un mejor pronóstico en el tratamiento de la esquizofrenia (Chiba, Miyamoto y Kawakami, 2011). Igualmente parece tener una relación con los problemas de salud físicos, actuando como factor protector y mejorando los efectos del tratamiento; por ejemplo, en pacientes con cáncer, los de mayor resiliencia registraron una mayor calidad de vida (Hou, Law, Yin y Fu; 2010). La resiliencia presenta relación de forma similar con el afrontamiento y el pronóstico de los pacientes con VIH (Faber et al. 2000), diabetes (Steinhardt, Mamerow, Brown y Jolly; 2009) o dolor crónico (Bonnano et al. 2002).

La resiliencia también actúa como factor mediador en situaciones de exclusión social (Moscardino, Axia, Scrimin y Capello, 2007), así como mecanismo para gestionar el estigma social y el prejuicio (Bergeron y Senn, 2003; Block, 2009).

Como se ha señalado, uno de los factores comunes en todas las clasificaciones realizadas acerca de las dimensiones de la resiliencia es la espiritualidad/religiosidad. Son dos términos que en numerosas ocasiones se equiparan, y se usan de forma indistinta, pero señalaremos algunas definiciones específicas de cada uno. La espiritualidad corresponde a un “conjunto de sentimientos que conectan al individuo consigo mismo, con la comunidad, la naturaleza, o el propósito de vida en la búsqueda de su significado y valor, incluyendo un estado de paz y armonía” (Mytko y Knight, 1999, p. 440). La espiritualidad puede derivar y conllevar una religiosidad, pero no siempre tiene por qué ser de esa forma. Pargament, Exline y Jones (como se citó en Fernández, 2017) definen religiosidad como la búsqueda de significado que tiene lugar en un contexto institucional establecido que está destinado a facilitar la espiritualidad. La espiritualidad es un término más amplio, y por tanto más nuclear, que sirve de contenido y de propósito a la religiosidad, que facilita mediante un sistema de creencias, prácticas y rituales el acercamiento a la experiencia divina y sagrada, en la búsqueda de un sentido (Fernández, 2017).

La religiosidad parece estar ampliamente relacionada con el bienestar psicológico (Salgado, 2014). Koenig, George y Siegler (1988) encontraron una relación negativa entre religiosidad y elevados niveles de depresión y ansiedad. Otros autores encuentran relaciones positivas entre religiosidad y felicidad, sentido de la vida y autorrealización (French y Joseph, 1999), así como con un menor consumo de drogas, mayor capacidad de establecer apoyo social, y afrontamiento del estrés (Smith, McCullough y Poll, 2003). Cabe subrayar el trabajo de Koenig, McCullough y Larson (como se citó en Jiménez, 2005), en el que se realizó un análisis de 1200 estudios correlacionales y longitudinales y 400 revisiones acerca de las relaciones entre religiosidad y diversas condiciones físicas y mentales, obteniendo en la mayoría de los estudios (entre el 60%-80%) una relación positiva entre religiosidad y mejor salud. Para estos autores, la religiosidad ofrece una serie de beneficios que nos permiten explicar esta relación: ayuda a la prevención, acelera la recuperación y promueve la tolerancia al padecimiento.

La relación entre religiosidad y resiliencia es evidente, pues supone uno de sus componentes. En esa misma línea hay estudios como los de Zabala, Vasquez y Whetsell (2006), que encontraron que aquellos pacientes de diabetes tipo II que puntuaron más alto en religiosidad, tuvieron un mejor afrontamiento ante la ansiedad derivada de su situación adversa. Otro estudio que señala tal relación es el realizado por Clark (2004), en el que se estudió a 131 refugiados musulmanes acogidos en Chicago, de los cuales mostraron mejor adaptabilidad a su nuevo entorno aquellos que mostraban mayor espiritualidad. También hay trabajos que estudian esta relación de forma más concreta, utilizando instrumentos para medir la resiliencia y la religiosidad, como el de López y Guevara y Quinteros (2016), que observaron una relación moderadamente significativa, o el de Elizalde y Florian (2008), que encontraron una relación moderadamente positiva.

Una de las consecuencias más comunes de la presencia de adversidades en nuestro contexto es la aparición de síntomas de *ansiedad*. Definimos la ansiedad como “un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro” (Sierra et al. 2003, p. 17). La ansiedad es uno de los problemas psicológicos de mayor prevalencia (Guillem-Riquelme y Buela Casal, 2011). De hecho hay estudios que estiman que un 6.8% de los encuestados había tenido problemas de ansiedad en el último año (Wang et al. 2007), y que en el contexto europeo un 26.1% de las consultas de psiquiatría se deben a problemas de ansiedad (Alonso y cols., 2004). A pesar de la gran importancia que tiene la variable ansiedad en la psicología actual, es un concepto que sigue llevando a equívocos, pues los límites entre ansiedad, angustia y estrés

no siempre se encuentran bien delimitados (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). La ansiedad se considera propia del ser humano, y en un nivel adecuado constituye una respuesta adaptativa de nuestro organismo, que nos prepara para la acción ante la previsión de un evento amenazante (Sierra et al., 2003). Sin embargo, si la respuesta de ansiedad excede los niveles adecuados de intensidad, frecuencia o duración, o se desencadena ante estímulos que no representan una amenaza, da lugar a una respuesta desadaptativa que genera malestar evidente en el individuo (Sierra et al., 2003). Es en ese ámbito en el que se encuadran las principales entidades psicopatológicas relacionadas con la ansiedad (Trastorno de ansiedad generalizado, ataques de pánico, fobias...). Un modelo que ha permitido explicar y medir la ansiedad con eficacia ha sido el desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), que concibe la ansiedad (en su vertiente disfuncional) constituida por dos factores: rasgo y estado. El factor rasgo alude a la personalidad del individuo, y por tanto a una predisposición estable a responder con un comportamiento ansioso ante las amenazas, y a percibir las situaciones como más amenazantes (Spielberger y cols., 1970). Mientras que el factor estado señala a un periodo temporal concreto y transitorio en el que el individuo emite respuestas caracterizadas por ser típicas de la ansiedad: sentimiento de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Guillem-Riquelme y Buela Casal, 2011). Estos autores elaboraron un instrumento, el State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger y cols. 1970), que permite medir ambos factores de su modelo de ansiedad, y que ha sido ampliamente usado en investigaciones.

Es fácil intuir la estrecha relación que guardan las variables resiliencia y ansiedad, y cómo se enmarcan en un contexto de riesgo como el que hemos descrito que viven algunas poblaciones gitanas en nuestro país.

Existen trabajos previos que relacionan la resiliencia y la ansiedad. El reciente trabajo realizado por Stanley y Mettilda Bhuvanewari (2016) en estudiantes de trabajo social en la India, nos muestra que la resiliencia ejerce como variable moderadora y protectora ante la ansiedad. Otro trabajo reciente interesante es el realizado por Poole, Dobson y Pusch (2017) en el que se estudia a individuos que han tenido experiencias adversas en la infancia y se observan relaciones negativas entre la resiliencia y los síntomas de ansiedad en la adultez, es decir, que la resiliencia actúa como factor protector ante la ansiedad.

Existen otros trabajos menos recientes que apuntan en la misma dirección, situando a la resiliencia como una variable moderadora y protectora ante la ansiedad (Min, Lee, Lee, Lee, y Chae, 2012), o como una variable compensadora del estrés de los ambientes de riesgo, lo que deriva en menos síntomas de ansiedad (Anyan y Hjemdal, 2016).

Existen pocas investigaciones que se examinen la salud mental en el pueblo gitano. En el ámbito europeo la mayoría de los trabajos corresponden al Reino Unido, destacando el reciente estudio cualitativo realizado por Robinson, Woodward, White y Kinsella (2016), en el que nos ofrecen una visión de primera mano acerca de los factores que más influyen en la salud mental de los gitanos (exclusión, discriminación, pobreza...), y en el que sugieren que sería más favorecedor un servicio de salud mental que tenga más en cuenta la comunidad, y sus potencialidades, entre ellas, la resiliencia. También merece la pena subrayar el trabajo realizado en Inglaterra por Goward, Repper, Appleton y Hagan (2006), en el que realizan un estudio cualitativo sobre la salud mental de la población gitana de un municipio de Inglaterra, apuntando precisamente a la resiliencia que tienen estas personas, pese a sufrir mayores índices de ansiedad y depresión que la población general. En nuestro país, si bien es cierto que se han realizado amplias encuestas sobre el estado de salud de la población gitana (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016), que han señalado la importancia de los determinantes socioeconómicos de la salud en el caso de la población gitana (pues mostraban una buena salud, pero por debajo del conjunto de la población española), no se recogían preguntas específicas sobre salud mental.

Como se ha expuesto hasta aquí, existen pocos estudios sobre la población gitana en nuestro país, y ninguno en concreto sobre la ansiedad y la resiliencia. Por todo ello, parece relevante realizar un estudio sobre la ansiedad del pueblo gitano en España, y sobre la resiliencia, una variable positiva que no se limita a alimentar prejuicios, sino que permite resaltar cualidades positivas asociadas a su historia y cultura. Con este estudio pretendemos alcanzar los siguientes objetivos:

- Observar si existe relación entre Resiliencia y Ansiedad-rasgo.
- Observar si existe relación entre Resiliencia y Ansiedad-estado.
- Observar la relación existente entre la Resiliencia y la Religiosidad/espiritualidad.
- Observar la relación existente entre la Ansiedad (AE y AR) con la Religiosidad/espiritualidad.
- Observar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en Resiliencia, Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Religiosidad/espiritualidad.

Las hipótesis de nuestro estudio son:

- Existe relación lineal negativa entre Resiliencia y Ansiedad-rasgo.
- No se observa relación lineal estadísticamente significativa entre Resiliencia y Ansiedad-estado.
- Existe relación lineal positiva entre Resiliencia y Religiosidad/espiritualidad.
- Existe relación lineal negativa entre la Ansiedad y la Religiosidad/espiritualidad.

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en Resiliencia, siendo mayor la Resiliencia en las mujeres.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en Ansiedad (AR y AE), siendo mayor la Ansiedad (AR y AE) en las mujeres.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en Religiosidad/espiritualidad, siendo mayor la religiosidad/espiritualidad en las mujeres.

Método

Participantes.

La muestra estuvo compuesta por 72 adultos de etnia gitana residentes en la Comunidad de Madrid (N= 72), con edades comprendidas entre los 18 y 51 años (media= 32.39; DT= 8.388). De la muestra 43 eran mujeres (59.7%) y 29 hombres (40.3%). La situación laboral de los participantes era variada, encontrándose 48 sujetos en paro (66.7%), 5 con trabajo fijo (6.9%), 6 con trabajos esporádicos (8.3%) y 13 señalaron “otro” (18.1%). En cuanto al estado civil, 20 sujetos estaban solteros (27.8%), 25 casados (34.7%), 24 en pareja (33.3%), 1 viudo (1.4%) y 2 señalaron “otro” (2.8%). El 70.8% de la muestra tenía formación primaria o no tenía ninguna formación, el 22.2% formación secundaria, 1.4% formación profesional y un 5.6% formación universitaria. Además podemos confirmar que un 77.7 % de la muestra (56 sujetos) eran receptores de la Renta Mínima de Inserción (RMI).

Instrumentos.

- Cuestionario demográfico. Este cuestionario, de elaboración propia, incluía preguntas relativas al sexo, la edad, estado civil, situación laboral, nivel educativo y recepción de la Renta Mínima de Inserción (RMI).
- Escala de Resiliencia de Connor-Davidson 10 (Notario-Pacheco y cols., 2011). Adaptación al castellano de la escala Connor-Davidson Resilience Scale 10 (CD-RISC 10; Connor y Davidson, 2003), formada por diez ítems en los que la persona ha de señalar hasta qué punto el enunciado del ítem ha sido verdadero en el último mes, mediante una escala tipo Likert desde el 0 (“no ha sido verdadero en absoluto”) al 4 (“verdadera casi siempre”). Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 40, correspondiendo a mayor puntuación mayor nivel de resiliencia. El instrumento mostró buenas propiedades psicométricas en el estudio de validación en población estadounidense, su índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) fue de $\alpha = 0.85$; y su fiabilidad test-retest= 0.87 (Connor y Davidson, 2003). Los

autores en su estudio de validación inicial identificaron un solo factor que explicaba un 32% de la varianza.

La adaptación española muestra buenas propiedades psicométricas en distintas muestras. Notario-Pacheco y cols. (2011) realizan la validación de la escala reducida CD-RISC 10 en adultos jóvenes, obteniendo buenas propiedades psicométricas ($\alpha=0.85$) y el análisis factorial indica la existencia de un solo factor que explica un 44.1% de la varianza. Por otro lado, Sánchez, de Pedro e Izquierdo (2015) aplicaron la adaptación española de la escala CD-RISC 10 a una muestra multiocupacional, obteniendo buenas propiedades psicométricas ($\alpha=0.87$) y se confirmó la estructura factorial de factor único de la versión reducida de diez ítems que explica un 55.8% de la varianza. En el presente estudio se aplicó a una muestra de 72 adultos de etnia gitana, obteniéndose una consistencia interna de $\alpha=0.86$.

- State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Bermudez, 1978). Adaptación española del cuestionario original STAI (Spielberger y cols, 1970) formado por 40 ítems, 20 para cada una de las subescalas, Ansiedad-Estado (en adelante AE) y Ansiedad-Rasgo (en adelante AR), con un formato de respuesta tipo Likert, puntuando de 0 (nada) a 3 (mucho). La puntuación total de cada subescala se obtiene sumando los valores de los ítems (tras la conversión de los ítems inversos), oscilando los resultados entre 0 y 60, correspondiéndose las puntuaciones más elevadas a un mayor nivel de ansiedad. La estructura factorial más respaldada es la de cuatro factores (Guillem-Riquelme y Buela Casal, 2011): 1) Ítems Ansiedad Estado redactados de forma directa; 2) Ítems Ansiedad Estado redactados en formato inverso; 3) Ítems Ansiedad Rasgo redactados de forma directa; 4) Ítems Ansiedad Rasgo redactados en formato inverso.

En la última revisión psicométrica (Guillem-Riquelme y Buela Casal, 2011) que se ha realizado del inventario STAI en la versión adaptada al castellano (Bermúdez, 1978), las propiedades psicométricas que se han obtenido han sido buenas (AE $\alpha=0.94$; AR $\alpha=0.90$), además de obtener la estructura factorial de 4 factores comentada anteriormente (que explican un 52.04% de la varianza). En el presente estudio se aplicaron ambas escalas a una muestra de 72 adultos de etnia gitana, obteniéndose una consistencia interna para la AE de $\alpha=0.94$, y para AR de $\alpha=0.75$.

- Escala de lo Religioso (ER; Fernández, 2017). Adaptación española de la Religiosity Scale (Rohrbaugh y Jessor, 1975), formada por cuatro ítems que se refieren a los siguientes temas identificados por Glock (como se citó en Jiménez 2017): ritual, consecuencias, experiencias y valoración global. El formato de respuesta es tipo Likert, puntuando de 1 (nada) a 5 (profundamente), pudiéndose

obtener puntuaciones entre 4 y 20. Los autores facilitan unos rangos de puntuación para interpretar las puntuaciones: religiosidad débil (1-9), religiosidad media (10-14) y religiosidad fuerte (15-20). La escala mostró buenas propiedades psicométricas en el estudio de Orathinkal y Vansteenweggen (2007), con un índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) de $\alpha=0.90$ y una correlación elevada entre los ítems (entre 0.58-0.77). La validez factorial también fue adecuada, pues los ítems saturaron en un solo factor. En la adaptación y validación en muestra española realizada por Fernández (2017), también se obtuvieron buenas propiedades psicométricas con un índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) de $\alpha=0.93$; el peso factorial de los ítems osciló entre 0.85 y 0.95 y el porcentaje de varianza explicada por el único factor fue del 90%. En el presente estudio se aplicó la escala a una muestra de 72 adultos de etnia gitana, obteniéndose una consistencia interna de $\alpha= 0.94$.

Procedimiento.

Para acceder a la muestra se contactó con las asociaciones Fundación Secretariado Gitano (en Cañada Real Galiana), la asociación de Mujeres Romi Serseni (en Orcasitas) y la Iglesia Evangélica del Centro (en La Latina). A cada participante, previo consentimiento informado, y en arreglo con el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) se le suministró en formato papel el paquete de instrumentos (Cuestionario socio demográfico, CD-RISC 10, STAI y ER). Las pruebas se contestaron en aulas de las Fundación de Secretariado Gitano, Asociación Romí Serseni y la Iglesia Evangélica del Centro, y contaron con la presencia del investigador para la explicación de las pruebas y dudas que surgieron en su cumplimentación.

Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 23.0. Se llevaron a cabo análisis descriptivos y de frecuencias para conocer las características de la muestra y se utilizó la prueba no paramétrica de Spearman para ver la relación que existía entre las variables del estudio.

Por otro lado también se realizaron comparaciones entre el grupo de hombres y mujeres en todas las variables para conocer si existían diferencias significativas entre ambos grupos. Se utilizó la prueba de T de Student (para las variables que cumplían los supuestos de normalidad y homocedasticidad) y la prueba de U de Mann-Whitney (para aquellas variables que no cumplieron los supuestos).

Resultados.

Antes de realizar los análisis se comprobó el supuesto de Normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Según los resultados obtenidos, se obtuvieron unos niveles de significación menores a 0.05, por lo tanto, no se cumple el supuesto de normalidad.

Por ello, se realizó la prueba no paramétrica de Spearman para determinar si existen relaciones estadísticamente significativas entre las variables del estudio.

Atendiendo a los dos primeros objetivos del estudio (observar si existen relaciones estadísticamente significativas entre la Resiliencia y la AE y AR) y según los resultados obtenidos, podemos ver que existe una relación estadísticamente significativa entre la Resiliencia con la Ansiedad Estado ($r = -0.42$; $p = 0.001$; $r^2 = 0.18$) y con la Ansiedad Rasgo ($r = -0.32$; $p = 0.006$; $r^2 = 0.10$), siendo las relaciones negativas y moderadas, lo cual indica que a mayor Resiliencia, menor nivel de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (Ver figura 1 y 2).

Figura 1: Diagrama de dispersión AR y Resiliencia

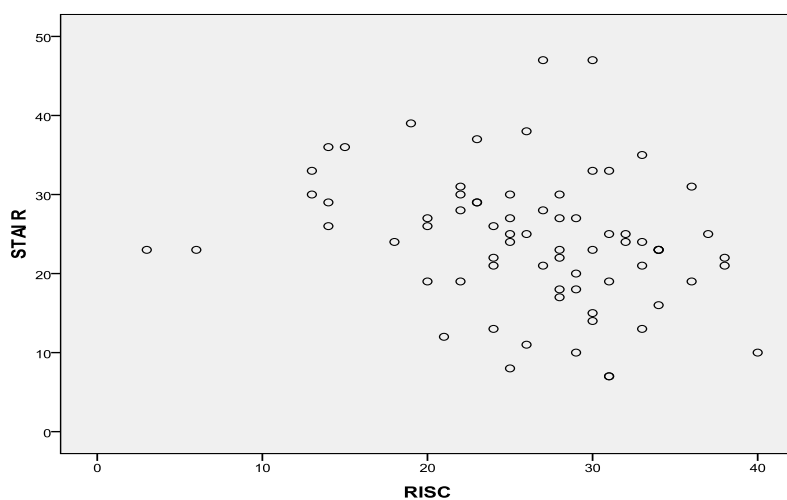
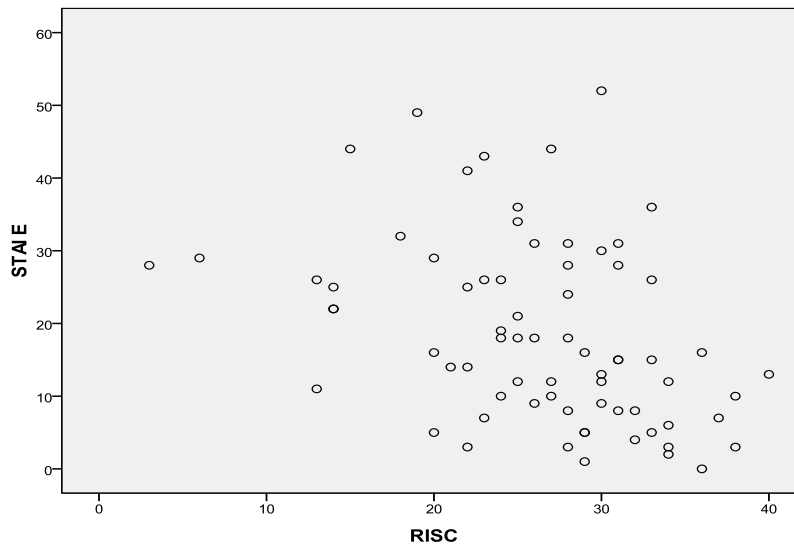


Figura 2: Diagrama de dispersión AE y Resiliencia



El tercer objetivo del estudio era observar si existe relación estadísticamente significativa entre la Resiliencia y la Religiosidad/Espiritualidad. En este caso no se hallaron relaciones significativas entre estas variables ($r=0.18$; $p=0.134$; $r^2=0.03$).

El siguiente objetivo del estudio era comprobar si existe relación estadísticamente significativa entre la Variable Religiosidad/Espiritualidad y las variables AE y AR. En este caso no se observaron relaciones significativas entre la Ansiedad estado y la Religiosidad/espiritualidad ($r= -0.18$; $p= 0.131$; $r^2= 0.03$) ni entre la Ansiedad rasgo y la Religiosidad/espiritualidad ($r= -0.06$; $p= 0.643$; $r^2= 0.00$).

El último objetivo del estudio era determinar si existen diferencias estadísticas entre los hombres y las mujeres respecto a la Ansiedad (Rasgo y Estado), Resiliencia y Religiosidad.

Se procedió a comprobar los supuestos tanto de Normalidad y Homocedasticidad mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Levene. Según los resultados, se cumplió el supuesto de normalidad ($p>0.05$), para las variables Ansiedad Rasgo y Resiliencia, mientras que para las variables Ansiedad Estado y Religiosidad no se cumplió ($p<0.05$). El supuesto de Homocedasticidad se cumplió ($p>0.05$) para todas las variables del estudio.

Para las variables que cumplieron los supuestos se llevó a cabo un análisis de t de Student, mientras que para las variables que no lo cumplieron se realizó una prueba de U de Mann-Whitney.

Como podemos observar en la tabla 1, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres en la Resiliencia, la Ansiedad-Rasgo y la

Ansiedad-Estado. Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres y los hombres en la religiosidad ($U=441,0$; $Z=-2,13$; $p=0,033$; $r=0,25$), obteniendo en este caso mayor mediana las mujeres ($Mediana= 18$; $iqr= 6$) frente a los hombres ($Mediana= 15$; $iqr= 9$).

Tabla 1: Diferencia de media y mediana entre hombres y mujeres en las variables AR, Resiliencia, AE y Religiosidad/espiritualidad.

Prueba t de Student	Media Hombres (DT)	Media Mujeres (DT)	t de Student (gl)	p	d
Ansiedad Rasgo	23.24 (9.661)	24.84 (7.496)	0.788 (70)	0.433	0.19
Resiliencia	25.38 (7.073)	26.91 (7.444)	0.871 (70)	0.387	0.21
Prueba U de Mann-Whitney	Md Hombres (IQR)	Md Mujeres (IQR)	U de Mann-Whitney	p	r
Ansiedad Estado	16 (21)	15 (19)	533	0.298	0.12
Religiosidad	15 (9)	18 (6)	441	0.033	0.25

Nota: D.T= Desviación típica; p=nivel de significación; IQR= Rango intercuartil; d= de de Cohen; r= r de Rosenthal.

Discusión

El principal objetivo que se ha perseguido con este estudio ha sido el de observar la relación existente entre la variable Resiliencia y la variable Ansiedad (tanto Estado como Rasgo), en población adulta de etnia gitana. Además se decidió incluir la variable Religiosidad/Espiritualidad, ya que es uno de los componentes más destacados de la resiliencia, y una de las características del pueblo gitano más relevantes. Otro de los objetivos del estudio ha sido el comparar a las mujeres con los hombres, en todas las variables citadas anteriormente.

Repasando la bibliografía existente, hay pocos estudios que utilicen metodología cuantitativa y aborden la salud mental en la población gitana. Existe una línea de

investigaciones cualitativas en el Reino Unido e Irlanda a la que pertenecen estudios como los de Goward et al. (2006), Yin-Har y Ridge (2011) Robinson et al. (2016) o el proyecto de salud mental de The Roma Group (2012), que exploran y describen el estado de la salud mental de la población gitana, así como recomendaciones acerca de cómo implementar una atención sanitaria más efectiva en ésta población, apuntando a la capacidad de resiliencia y a su especificidad cultural. Sin embargo cabe señalar que dichos estudios (aparte de usar una metodología cualitativa que complica las comparaciones con el presente estudio), tienen como muestra a los conocidos como “Travellers”, que aun compartiendo similitudes y origen con la población gitana de nuestro estado, existen diferencias significativas con los gitanos españoles que componen la muestra del presente estudio. En este sentido en el estado español destacan las dos encuestas nacionales realizadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), que nos indican que la población gitana española presenta un estado de salud peor que el conjunto de la población española, debido a los determinantes de las desigualdades sociales en la salud (exclusión social, anti gitanismo, baja escolarización, dificultad de acceso a servicios, pobreza, condiciones precarias de vivienda...). Sin embargo, a pesar de la evidente situación de desigualdad en materia de salud en que se encuentra la población gitana, apenas existen estudios específicos sobre la salud de los gitanos españoles (Navarro, 2007), y los existentes se focalizan en salud reproductiva, enfermedades infecciosas, de tipo congénito y salud de la infancia (González, 2016).

Una investigación que guarda similitudes con el presente estudio es la llevada a cabo por Restrepo (2014), en la que relaciona el miedo a la muerte, con la variable de religiosidad, teniendo en cuenta también la variable estrés y el afrontamiento religioso. Dicho estudio se centra más en el aspecto religioso/espiritual, y tiene presente diversos aspectos de las creencias, así como del estado de salud, pero no utiliza la variable de resiliencia de forma específica.

El presente estudio ha querido poner el foco en la capacidad de resiliencia del pueblo gitano, y la forma en la que se relaciona dicha variable con la ansiedad, pues se trata de una comunidad cultural y étnica que ha tenido que soportar (y soporta) persecuciones, prejuicios, distintas formas de rechazo social, político y económico, todas ellas situaciones generadoras de altos niveles de estrés. Además se ha querido incluir una variable relacionada con la espiritualidad/religiosidad, pues es un pueblo que se caracteriza por tener un alto sentido de trascendencia (Restrepo, 2014).

En relación con los dos primeros objetivos del estudio, los resultados nos indican que existe una relación lineal negativa entre la Resiliencia y la Ansiedad (estado y rasgo). Estos resultados son coherentes con los que han obtenido otros estudios en distintos tipos de población y con diversos instrumentos. Benetti y Kambouropoulos (2006), utilizando los mismo

instrumentos que en el presente estudio, obtuvieron una correlación lineal entre la Ansiedad rasgo y Resiliencia de ($r = -0.65$) en una muestra de población general ($n=240$). También hay estudios que obtienen resultados similares en muestras clínicas, como el de Min, Yu, Lee y Chae (2013) que encontraron una relación lineal entre Ansiedad rasgo y resiliencia ($r=-0.60$) en una muestra que presentaba trastornos de ansiedad o depresión ($n=230$), o el de Poole et al (2017) que obtienen una relación lineal de ($r=-0.48$) entre ansiedad rasgo y resiliencia en individuos que habían sufrido experiencias adversas en su infancia.

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con los obtenidos en las investigaciones mencionadas, que nos sugieren que cuanto mayor sea el nivel de resiliencia de un individuo, menor será su nivel de ansiedad rasgo y estado. Cabe matizar que en el presente estudio se encontró una relación negativa de más magnitud con la ansiedad estado. Este hecho se podría deber a que los cuestionarios fueron tomados en una serie de espacios formativos/asociativos que suponen para la muestra ambientes de seguridad y realización.

Otro de los objetivos del estudio fue observar la relación entre la Religiosidad/espiritualidad y la Resiliencia en la población gitana, pues suponen dos de sus principales características. Los resultados no nos permiten sostener que exista una relación significativa entre Religiosidad/espiritualidad y Resiliencia. Este hecho resulta sorprendente pues diversas teorías sobre la resiliencia sitúan a la religiosidad/espiritualidad como unos de sus componentes (Polk, 1997; Vanistendael, 2003; Wolin y Wolin, 1993). Trabajos como los de Lopez Guevara y Quinteros (2016) o Javanmard (2013) han encontrado relaciones moderadamente positivas entre la Religiosidad/espiritualidad y la Resiliencia en muestras de estudiantes universitarios en distintos contextos y religiones (Perú e Irán respectivamente). Otros estudios han observado el mismo tipo de relación en muestras expuestas a situaciones adversas y amenazantes, como sufrir una inundación (Elizalde y Florian, 2008), o mujeres víctimas de violencia machista (Canaval, González y Sánchez, 2007). Los estudios parecen indicar que la religiosidad/espiritualidad supone una característica muy relacionada con la resiliencia y que se presenta como una vía para la superación de situaciones adversas.

En una línea similar otro de los objetivos del estudio era observar la relación que tiene la Religiosidad/espiritualidad con la Ansiedad (AE y AR). Los resultados nos indican que la relación entre la Religiosidad/espiritualidad y Ansiedad es negativa, pero no es significativa estadísticamente, por lo tanto no nos permiten afirmar que exista una relación entre religiosidad y ansiedad en la muestra del presente estudio. Igualmente en la literatura encontramos estudios que apuntan en diversas direcciones. Hay trabajos, como el de Davis, Kerr y Kurpius (2003), que observaron una relación significativa negativa entre el bienestar espiritual y la ansiedad rasgo ($r = -0.58$), y entre la religiosidad intrínseca y la ansiedad rasgo ($r = -0.45$), en población

adolescente en riesgo de exclusión. Zabala, Vázquez y Whetsell (2006), encontraron el mismo tipo de relación negativa entre Religiosidad y Ansiedad estado ($r = -0.28$) en pacientes diabéticos. Sin embargo hay estudios como el de Shiah, Chang, Chiang, Lin y Tam (2015), que no han encontrado relaciones significativas entre religiosidad y ansiedad ($r = 0.03$). Atendiendo al trabajo de revisión realizado por Shreve-Neiger y Edelstein (2004), o el más reciente trabajo de Agorastos, Demiralay y Huber (2014), los estudios que han investigado acerca de la relación entre ansiedad y religiosidad son escasos, y obtienen relaciones de naturaleza diversa, ya que la religiosidad es un constructo complejo y difícil de delimitar, dando lugar a múltiples teorías y, como consecuencia, a diversos instrumentos de medida. También hay que tener en cuenta lo ligada que está la religiosidad con el contexto social y cultural donde se realice el estudio, lo que hace aún más complicado obtener resultados que permitan predecir con garantías la naturaleza de este constructo. Lo que sí que parece tener mayor peso en las investigaciones a este respecto es el sentido de la vida y la espiritualidad (o religiosidad intrínseca), que parece tener una relación con la salud mental (Shreve-Neiger y Edelstein, 2004) y el bienestar psicológico (Salgado, 2014).

En lo referente al presente estudio, creemos uno de los factores que ha podido influir en que no se haya observado relación significativa entre la Religiosidad/espiritualidad con la Ansiedad y la Resiliencia es la gran homogeneidad de la muestra en cuanto a la variable religiosidad/espiritualidad ($DT = 5.23$), obteniéndose una media ($M = 15.28$) que se corresponde (según las clasificaciones que aportan Rohrbaugh y Jessor, 1975) a una religiosidad fuerte. Este hecho se ve acrecentado por la poca profundización que permite la Escala de lo Religioso (Adaptación española realizada por Fernández, (2017), de la Religiosity Scale (Rohrbaugh y Jessor, 1975), ya que es un instrumento que sólo cuenta con 4 ítems. Estos factores han podido difuminar la relación entre ansiedad y resiliencia con religiosidad/espiritualidad. En este aspecto cabe subrayar la importancia que tiene para una mayoría de la población gitana la pertenencia a la Iglesia evangélica de Filadelfia, un movimiento cuyo origen se sitúa en el seno de la cultura gitana, y que responde a la necesidad de un movimiento religioso cristiano acorde con sus usos culturales y su intensa relación con lo transcendental, en el que poder expresarse libremente con cantos y alabanzas, sin estar sujeto a unas pautas de comportamientos regladas como en las misas católicas (Samper, 2002).

El presente trabajo también tenía por objetivo observar si existían diferencias entre hombres y mujeres en las variables estudiadas (AR, AE, Resiliencia y Religiosidad/espiritualidad). Los resultados obtenidos no permiten afirmar que haya diferencias significativas entre hombres y mujeres en las variables de Ansiedad (tanto AE como AR) y de Resiliencia. La resiliencia cuenta con evidencia que sitúa un mayor nivel de la misma en las

mujeres (Fuentes y Medina, 2013). Sin embargo, en nuestro estudio tales diferencias no fueron significativas. En este ámbito los estudios no son tan numerosos, aunque parecen indicar que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres adultos mayores (Walter-Ginzburg, Shmotkin, Blumstein y Shorek, 2005) ni en adolescentes (Prado y Águila, 2003) en adolescentes. Con todo, conviene seguir explorando esta línea de investigación para poder encontrar conclusiones más sólidas.

También numerosos estudios sostienen que son las mujeres las que suelen tener un mayor nivel de ansiedad rasgo con respecto a los hombres, y que esa diferencia es significativa. Gorenstein, Pompéia y Andrade (1995) observaron diferencias significativas en Ansiedad rasgo entre hombres y mujeres en una muestra universitaria, teniendo éstas últimas mayor nivel de ansiedad. En el mismo tipo de muestra, en nuestro país, Fonseca-Pedrero, Paino, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez y Muñiz (2012) encontraron una mayor ansiedad rasgo en las mujeres que en los hombres. En población general se observa el mismo patrón, diferencias significativas tanto en ansiedad rasgo como estado entre mujeres y hombres, presentando mayor ansiedad las mujeres (Guillem-Riquelme y Buela Casal, 2011). En nuestro estudio las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones medias en Ansiedad que los hombres, pero las diferencias no fueron significativas.

Los resultados del presente estudio nos permiten afirmar que sí que se pueden observar diferencias significativas entre hombres y mujeres en Religiosidad/espiritualidad en adultos de etnia gitana, puntuando más alto las mujeres. Este resultado es acorde con la gran parte de investigaciones a este respecto (Collet y Lizardo, 2009). Sin embargo, no hay una explicación concluyente que arroje luz sobre la etiología de este hecho. Algunos autores señalan que se debe a un correlato fisiológico que hace que el hombre sea más proclive a asumir riesgos, y por tanto no ser religioso sería una conducta de riesgo (ya que asumir el riesgo de ser juzgado en el más allá) que el sexo masculino tendería a ejecutar con mayor frecuencia (Miller y Hoffmann, 1995). Otros autores han ofrecido explicaciones relacionadas con la situación de vulnerabilidad e injusticia en que se encuentran las mujeres en el sistema patriarcal, tendencia a sentir sentimientos de culpa, su rol como portadoras y creadoras de vida... (Walter y Davie, 1998). Como vemos, no hay una conclusión clara con respecto a la causalidad de esta diferencia, pero parece irrenunciable en cualquiera de las teorías la relación con la el papel que juega la socialización en las mujeres en las distintas sociedades, y su influencia en la formación del individuo adulto, y por tanto de sus creencias (Collet y Lizardo, 2009). En relación a nuestro estudio, las diferencias encontradas se pueden deber al rol sustantivo que juega la socialización, más aún teniendo en cuenta la idiosincrasia cultural de la población gitana y su estrecha relación con lo trascendental. La situación de desigualdad de la comunidad gitana se traduce en una

mayor desigualdad para las mujeres gitanas, que se ven relegadas a una socialización más tradicional y un pobre acceso a oportunidades fuera del trabajo en el hogar y como cuidadora, factores que se han relacionado con una mayor religiosidad (Walter y Davie, 1998).

Resulta importante destacar las implicaciones de este estudio y sus resultados. Primeramente subrayar que la mayor implicación de este estudio es la muestra del mismo. Poder situar a la población gitana de nuestro país como sujetos activos y pertenecientes de nuestra sociedad y nuestra cultura es fundamental para poder alcanzar y reivindicar una posición de justicia y equidad como pueblo, siendo reconocida su cultura propia. Existen pocos estudios con población gitana en nuestro país, y menos aún que empleen métodos cuantitativos para conocer de forma objetiva la realidad de nuestros conciudadanos gitanos. La elección de las variables a estudiar también tiene importancia, pues se quiso poner el foco sobre la resiliencia, una variable relacionada con la superación de dificultades y el crecimiento desde las mismas, subrayando de este modo el calvario de persecución y discriminación al que ha tenido que hacer frente la población gitana. El antigitanismo como una forma de racismo que sufre la población gitana es una realidad en nuestro país, y es sobre todo una forma de racismo institucional, del que hay constancia en multitud de prácticas y acciones (identificaciones policiales en base a la etnia, no reconocimiento legal del pueblo gitano, ausencia de representantes políticos de etnia gitana...) por lo que se debe de denunciar y prestar voz.

Los resultados que arroja este estudio en cuanto a la relación negativa entre Ansiedad y Resiliencia nos pone sobre la pista de la importancia de fomentar intervenciones y programas sociales desde las instituciones que tengan en cuenta esta capacidad de la población gitana, y que se alejen del asistencialismo y paternalismo con el que a veces le tratan. Si bien es cierto que este hallazgo no es de gran relevancia si nos ceñimos a las condiciones del estudio, sí es una razón de que la población gitana debe ser la protagonista de los cambios que acontezcan en cuanto a su situación, ya que lleva siglos sobreponiéndose a diversas adversidades y los payos no tenemos que caer en el discurso de asimilación cultural y paternalista que se suele escuchar en medios e instituciones.

Por otro lado, los resultados en relación a la baja AE experimentada y su relación con la Resiliencia, nos indican la importancia de organizaciones como la de Fundación Secretariado Gitano o la asociación Romi Sersení, que facilitan espacios formativos y de encuentro para la población gitana, que promueven la creación de redes y grupos de apoyo, en los que los participantes puedan compartir sus inquietudes y preocupaciones con respecto a su situación social y laboral. En el mismo sentido, y en la línea de la investigación de Madero, cabe señalar la labor social y comunitaria que cumple la Iglesia Evangélica de Filadelfia del centro,

ofreciendo un espacio para la población del barrio para poder expresar su fe y a la vez, generar lazos comunitarios.

Para finalizar, queremos señalar las limitaciones del presente estudio. Primeramente cabe indicar que el tamaño de la muestra es reducido, y que la muestra no es representativa de la población gitana, ya que únicamente se accedió a través del tejido asociativo (Fundación Secretariado Gitano y Asociación Romi Serseni) o comunitario (Iglesia de Filadelfia del Centro). Hubiera sido conveniente acceder a la población por distintas vías. Otra limitación es que los cuestionarios se completaron en todos los casos en grupos, dadas las circunstancias de espacio y tiempo, por lo que se pudieron producir variables extrañas a este respecto.

En cuanto a los instrumentos seleccionados, la Escala de lo Religioso (aunque es adecuado metodológicamente y tiene buenas propiedades psicométricas) es un cuestionario con muy pocos ítems, que no es capaz de recoger toda la complejidad de un fenómeno como la religiosidad/espiritualidad. Su elección se debió a un criterio pragmático en relación a no fatigar a los participantes.

Una limitación importante del estudio es la simplicidad de su diseño, que no permite obtener grandes hallazgos o conclusiones al respecto. Con todo, responde a un criterio de utilidad debido a lo dificultoso que fue acceder a la muestra, y al interés de no fatigar a la muestra.

Pero posiblemente, la mayor limitación del estudio es no haber contado, por motivos de logística y tiempo con una estrecha colaboración de personas de etnia gitana que pudieran aportar la sabiduría y conocimiento experto en la materia. Creo que es fundamental que este tipo de trabajos sean llevados a cabo por personas de etnia gitana, con la colaboración necesaria de profesionales de distintos ámbitos, pero que la voz principal sea de una persona de la comunidad que se está estudiando. En el presente estudio se ha contado con la ayuda de personas y asociaciones de la comunidad gitana que me han facilitado la tarea y un acercamiento a su gente. Aún así opinamos que un trabajo como este podría haber sido mucho más representativo y reflejar mejor la realidad del pueblo gitano, con la colaboración en la autoría de personas de la comunidad, ya que al fin al cabo, un investigador payo es un agente externo que, a pesar de su interés en la materia, tiene una visión sesgada y desconocimiento de la experiencia directa del mismo.

Para futuras investigaciones sería interesante agregar un grupo control de población paya, que en el presente estudio no se quiso añadir por las dificultades de equiparar sociodemográficamente ambos grupos. También sería interesante la utilización de instrumentos

más sensibles para medir Religiosidad y la espiritualidad, que permitan conocer distintos factores que componen la religiosidad.

En cuanto a la resiliencia, sería recomendable utilizar instrumentos sensibles culturalmente, como el Resilience Research Centre-Adult Resilience Measure (Lienberberg y Moore, 2016), ya que nos proporcionaría mayor información acerca de cuál es la naturaleza de los procesos de resiliencia en el pueblo gitano, sin que algunos de ellos queden invisibilizados por el etnocentrismo de la mayoría de los instrumentos.

Referencias

- Agorastos, A., Demiralay, C., & Huber, C. G. (2014). Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. *Psychology research and behavior management*, 7, 93-101.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... & Haro, J. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 47-54.
- Anyan, F., & Hjemdal, O. (2016). Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships. *Journal of affective disorders*, 203, 213-220.
- Artuch-Garde, R. (2014). *Resiliencia y autorregulación en jóvenes navarros en riesgo de exclusión social que acuden a Programas de Cualificación Profesional Inicial*. Tesis Doctoral publicada, Universidad de Navarra.
- Benetti, C., & Kambouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and individual differences*, 41(2), 341-352.
- Ben-Zur, H., & Gilbar, O. (2011). Resilience and distress: Israelis respond to the disengagement from Gaza and the second Lebanese war. *Community mental health journal*, 47(5), 551-559.
- Bergeron, S., & Senn, C. Y. (2003). Health care utilization in a sample of Canadian lesbian women: Predictors of risk and resilience. *Women & Health*, 37(3), 19-35.
- Bermúdez, J. (1978). Anxiety and performance. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 151, 183-207.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., & Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, 13(1), 32-39.
- Block, R. G. (2009). Is it just me? Experiences of HIV-related stigma. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 8(1), 1-19.
- Boardman, F., Griffiths, F., Kokanovic, R., Potiriadis, M., Dowrick, C., & Gunn, J. (2011). Resilience as a response to the stigma of depression: A mixed methods analysis. *Journal of affective disorders*, 135(1), 267-276.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., ... y Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of personality and social psychology*, 83(5), 1150-1164.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., & Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychology, health & medicine, 15*(3), 266-277.
- Campbell-Sills, L. y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 1019-1028.
- 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.
- Chiba, R., Kawakami, N., & Miyamoto, Y. (2011). Quantitative relationship between recovery and benefit-finding among persons with chronic mental illness in Japan. *Nursing & health sciences, 13*(2), 126-132.
- Clark, K. (2004). *Bosnian Muslim refugee adjustment to life in the United States: The moderating role of spirituality and social support*. Tesis doctoral publicada. The Catholic University of America, Whashington D.C.
- Collett, J. L., & Lizardo, O. (2009). A power-control theory of gender and religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion, 48*(2), 213-231.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2), 76-82.
- Crespo, M., Fernández-Lansac, V., & Soberón, C. (2014). Adaptación española de la "Escala de resiliencia de Connor-Davidson"(CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Psicología Conductual, 22*(2), 219-238.
- Davis, T. L., Kerr, B. A., & Kurpius, S. E. R. (2003). Meaning, purpose, and religiosity in at-risk youth: The relationship between anxiety and spirituality. *Journal of psychology and theology, 31* (4), 356-365.
- Elizalde Aragón, A. N., Florian, C., & Erick, W. (2008). *Resiliencia y religiosidad intrínseca en una población afectada por inundación*. Tesis doctoral publicada, Universidad de Morelos, Mexico.
- Farber, E. W., Schwartz, J. A., Schaper, P. E., Moonen, D. J., & McDaniel, J. S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics, 41*(2), 140-146.
- Fernandes de Araújo, L., & Bermúdez, M. D. L. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *terapia psicológica, 33*(3), 257-276.

- Fernandez, A. C. (2001). Sobre la identidad gitana. *Gitanos, Pensamiento y Cultura*, 11, 39-46.
- Fernández, M. I. S. (2017). *El papel de la religiosidad/espiritualidad en el perdón*. Tesis doctoral, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de ansiedad estado-rasgo"(STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547.
- French, S., & Joseph, S. (1999). Religiosity and its association with happiness, purpose in life, and self-actualisation. *Mental Health, Religion & Culture*, 2(2), 117-120.
- Fuentes, N. I. G. A. L., & Medina, J. L. V. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 941-955.
- Glock, C. Y. (1959). *The sociology of religion*.
- González, N. J. (2016). ¿ El antigitanismo afecta a la salud? En González, N.J. y La Parra, C, *Sastipen aj rroma: desigualdad en salud y comunidad gitana*(pp. 43-61). Servicio de Publicaciones Universidad de Alacant.
- Gorenstein, C., Pompéia, S., & Andrade, L. (1995). Scores of Brazilian university students on the Beck depression and the state-trait anxiety inventories. *Psychological Reports*, 77(2), 635-641.
- Goward, P., Repper, J., Appleton, L., & Hagan, T. (2006). Crossing boundaries. Identifying and meeting the mental health needs of Gypsies and Travellers. *Journal of Mental Health*, 15(3), 315-327.
- Grotber, E. (2003) Nuevas tendencias en resiliencia. En: Melillo A, Suárez. *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas* (pp. 20-30). Paidós.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Hou, W. K., Law, C. C., Yin, J., & Fu, Y. T. (2010). Resource loss, resource gain, and psychological resilience and dysfunction following cancer diagnosis: a growth mixture modeling approach. *Health Psychology*, 29(5), 484-495.
- Iglesias, E. B. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.
- Javanmard, G. H. (2013). Religious beliefs and resilience in academic students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 744-748.

- Jiménez, J. P. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina. *Rev GPU, 1*, 92-101.
- Kobasa, S. C. (1979). *Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37* (1), 1-11.
- Koenig HK, McCulloch ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Siegler, I. C. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist, 28*(3), 303-310.
- Laparra, Miguel, ed. 2007. *Situación social y tendencias de cambio en la Comunidad Gitana*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- Liebenberg L, Moore JC (2016, online first) A Social Ecological Measure of Resilience for Adults: The RRC-ARM. Social Indicators Research.
- López Huamán, E. E. N, Guevara, V. P, y Quinteros (2016), D. (2015). *Religiosidad y resiliencia en estudiantes de psicología de una universidad privada de Lima Este*. Tesis Doctoral publicada, Universidad Peruana Unión.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development, 71*(3), 543-562.
- Lyons, J. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal Traumatic Stress, 4* (1) 93-111.
- Manzano-García, G., & Ayala Calvo, J. C. (2013). Psychometric properties of Connor-Davidson Resilience Scale in a Spanish sample of entrepreneurs. *Psicothema, 25*(2) 245-251.
- Woodward, J., White, J., Kinsella, K., & Robinson, M. (2016). The Mental Health Support Experiences of Black Women, born outside of the UK, in Leeds.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist, 56* (3), 227-238.
- Melillo, A. (2004). Resiliencia: conceptos básicos. *Recuperado en <https://docs.google.com/document/d/16fwIkYcmzK9Gbhs5ds3A9w05FlGr uv4dUmU-jKjxKw/edit>*.
- Miller, A. S., & Hoffmann, J. P. (1995). Risk and religion: An explanation of gender differences in religiosity. *Journal for the scientific study of religion, 63*-75.

- Min, J. A., Lee, N. B., Lee, C. U., Lee, C., & Chae, J. H. (2012). Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 137(1), 61-69.
- Min, J. A., Yu, J. J., Lee, C. U., & Chae, J. H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry*, 54(8), 1190-1197.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (2016). *Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana, 2014*. Madrid.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista brasileira de psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Moscardino, U., Axia, G., Scrimin, S., & Capello, F. (2007). Narratives from caregivers of children surviving the terrorist attack in Beslan: Issues of health, culture, and resilience. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1776-1787.
- Mytko, J. J., & Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8(5), 439-450.
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M.D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J. y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10 item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes*, 9, 63-68.
- Oranthinkal, A. J. y Vansteenwegen, A. (2007). Religiosity and forgiveness among first-married and remarried adults. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(4), 379-394.
- Pargament, K. I., Exline, J. J., & Jones, J. W. (2013). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research*. American Psychological Association.
- Polk, L.V. (1997). Toward a middle range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19, 1-13.
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 217, 144-152.
- Prado Álvarez, R., & Águila Chávez, M. D. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, (6), 179-196.
- Prieto Flores, O. (2007). *Sobre la identidad gitana y su construcción panétnica: el caso gitano en Barcelona*. Tesis Doctoral publicada, Universitat de Barcelona.

- Restrepo Madero, E. (2014). *Miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud en población romaní/gitana de SES medio-bajo*, Tesis Doctoral publicada, Universidad de Málaga.
- Richardson, G. E., Neiger, B.L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21, 33-39.
- Rodríguez, S. (2011). *Gitanidad: otra manera de ver el mundo*. Editorial Kairós.
- Rohrbaugh, J., & Jessor, R. (1975). Religiosity in youth: A personal control against deviant behavior. *Journal of personality*, 43(1), 136-155.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sales, P. P. (2013). *Psicología y psiquiatría transcultural*. Desclée de Brouwer.
- Salgado, A. C. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 121-159.
- Samper, L. A. (2002). La iglesia evangélica de Filadelfia: Un acercamiento a la religiosidad de los gitanos en España. *Sincronía*, (4), 6.
- Sánchez, M. I. S., de Pedro, M. M., & Izquierdo, M. G. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 159-166.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutierrez, R., Solera-Martínez, M. y Martínez-Vizcaíno, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*, 5, 49-57.
- Shiah, Y. J., Chang, F., Chiang, S. K., Lin, I. M., & Tam, W. C. C. (2015). Religion and health: Anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. *Journal of religion and health*, 54(1), 35-45.
- Shreve-Neiger, A. K., & Edelstein, B. A. (2004). Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical psychology review*, 24(4), 379-397.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.

- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological bulletin*, 129(4), 614-636.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970). *Manual for the State- Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Stanley, S., & Mettilda Bhuvanewari, G. (2016). Stress, anxiety, resilience and coping in social work students (a study from India). *Social Work Education*, 35(1), 78-88.
- Steinhardt, M. A., Mamerow, M. M., Brown, S. A., & Jolly, C. A. (2009). A resilience intervention in African American adults with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 35(2), 274-284.
- The Roma Group (2012). *Roma Mental Health Advocacy Project*.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 218–235.
- 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.
- Ungar, M., and Liebenberg, L., (2011). Assessing Resilience across Cultures Using Mixed-Methods: Construction of the Child and Youth Resilience Measure-28. *Journal of Mixed-Methods Research*, 5(2), 126-149.
- Vaishnavi, S. Connor, K. y Davidson, J. (2007). An abbreviated version of the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152, 293-297.
- Vanistendael, S. (2003). Resiliencia y espiritualidad. El realismo de la fe. *Oficina Internacional Católica de la Infancia*.
- Vanistendael, S. (2005). *La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos*. Ponencia en Madrid: 2º Congreso Internacional de los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes.
- Villalba, C. (2004). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la Intervención social. *Intervención Psicosocial*, 12, 283-289.
- Walter, T., & Davie, G. (1998). The religiosity of women in the modern West. *British Journal of Sociology*, 640-660.

- Walter-Ginzburg, A., Shmotkin, D., Blumstein, T., & Shorek, A. (2005). A gender-based dynamic multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS). *Social science & medicine*, 60(8), 1705-1715.
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370, 841-850.
- Werner, E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5(4), 503-515.
- Wolin, S. J., & Wolin, S. (1993). *The resilient self*.
- Yin-Har Lau, A., & Ridge, M. (2011). Addressing the impact of social exclusion on mental health in Gypsy, Roma, and Traveller communities. *Mental Health and Social Inclusion*, 15(3), 129-137.
- Zavala, M. D. R., Vázquez Martínez, O., & Whetsell, M. V. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*, 6(1), 8-21.