



# Resiliencia y vulnerabilidad

J.A. Marina

Catedrático de Filosofía. Director de la Universidad de Padres (UP)



*Pediatr Integral 2012; XVI(9): 723-727*

El modo como los niños se enfrentan a las dificultades, al esfuerzo o a la adversidad ha preocupado siempre a pediatras, psicólogos y educadores. Resulta evidente que la educación debe prepararlos para que sean capaces de resolver los conflictos que inevitablemente van a soportar, y también de elegir sus metas y de aplicar la energía suficiente para alcanzarlas. La interacción entre el niño y un entorno problemático se ha analizado mediante distintos conceptos: *coping*, resiliencia, capacidad de resolver problemas, fortalezas, factores de protección, factores de riesgo, vulnerabilidad, invulnerabilidad, etc. Como ocurre con frecuencia en psicología, hay demasiados conceptos imprecisos que se solapan parcialmente y que resultan difíciles de sistematizar. Intentaré poner algún orden en esta confusión, porque el tema es importante y necesitamos precisarlo para saber qué medidas psicosociales podemos utilizar para mejorar la situación del niño.

Partiré de la noción de “resiliencia”, que se ha puesto de moda. Designa la capacidad de reponerse con rapidez de los traumas y de soportar situaciones adversas sin derrumbarse. En el caso de los niños, la resiliencia aparece cuando pueden mantener un desarrollo normal en circunstancias muy adversas. Entre ellas se han estudiado la enfermedad mental de los padres, situaciones de pobreza, drogadicción, conflictos familiares, alcoholismo, conflictos bélicos, violencia física o abuso sexual. Hay niños –y adultos– que resisten el embate del infortunio y se reponen bien. Pondré dos ejemplos. Un niño que vive en un ambiente de pobreza tiene grandes posibilidades de ser gravemente afectado en su desarrollo. Cuando es capaz de superar estas dificultades y realizar bien sus tareas evolutivas, decimos que el niño es resiliente. Segundo ejemplo:

un adulto se queda en paro. Hay personas que en esta situación se deprimen, o se comportan violentamente, y acaban siendo incapaces de superar la situación. Otros, en cambio, aceptan esa adversidad y se enfrentan a ella, sin que sus estructuras mentales y sus relaciones resulten gravemente afectadas. Podemos decir, pues, que son resilientes. Soportan la adversidad e intentan enfrentarse a ella. Los más optimistas piensan que incluso pueden salir fortalecidos de esas situaciones.

A pesar de su constante uso, los mismos especialistas reconocen que es un concepto confuso (Kalawski, 2003). La principal confusión consiste en considerarla a veces un rasgo de carácter, y otras como un tipo de comportamiento. Creo que no conviene convertir la resiliencia en un rasgo de carácter, porque en el comportamiento resiliente influyen muchos factores externos al individuo: la ayuda de la familia, las redes de protección, el apoyo recibido de consejeros o expertos, etc. Por eso puede hablarse de la resiliencia como “resultado de un proceso interactivo entre la persona, su familia y su entorno”. Comienza a dibujarse incluso una nueva práctica clínica, denominada “resiliencia asistida”, que pretende ayudar a que una persona sea capaz de comportarse de esa manera (Ionescu, 2011). Boris Cyrulnik, que ha puesto de moda este tema, habla de “tutores de resiliencia”, porque, indica, un niño solo no puede adquirirla (Cyrulnik, 2003). “La capacidad de resistencia y recuperación de un niño depende mucho de otras personas y de otros sistemas de influencia, por lo que no se puede considerarla únicamente como un rasgo de la personalidad individual” (Anthony y Coher, 1987).

Sin embargo, a pesar de la influencia innegable de los factores de protección externos, hay que admitir que algunas

### Consultorio abierto

Envíe su consulta a: J.A. Marina. E-mail: [jamarina@telefonica.net](mailto:jamarina@telefonica.net)

características personales del niño –innatas o adquiridas– juegan un papel importante. Es posible que la capacidad para resistir y para reponerse rápidamente tenga influencia genética. Un estudio publicado en *Science* (2.8.2002) por Avshalom Caspi y cols. de la Universidad de Wisconsin, indica que un gen que regula los niveles cerebrales de monoaminooxidasa-A podría estar relacionado con la capacidad de los niños para soportar malos tratos. Cuando los expertos intentan identificar los factores aprendidos, acaban encontrando un repertorio tan variado que incluye prácticamente todas las fortalezas humanas. Voy a mencionar las principales, porque nos servirán para diseñar una pedagogía de los recursos básicos, que pueden facilitar un comportamiento resiliente; “sentimiento de maestría” (optimismo, eficacia personal, adaptabilidad), “sentimiento de vinculación” (confianza, apoyo social percibido, tolerancia), “reactividad emocional” (sensibilidad, recuperación) (Block, 1950, Prince-Embury, 2007), ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, capacidad de dar sentido a las cosas, sentimiento de identidad única (Wagnild y Young, 1993). Mrazek piensa que la resiliencia emerge de un sistema de creencias relacionadas sobre todo con el optimismo, la orientación hacia el futuro, la confianza en los otros, y la independencia (Mracek y Mracek, 1987). Jorgensen señala la tenacidad (reflejando la competencia personal y el sentido del control), la adaptación (implicando la perseverancia en la prueba, la aceptación positiva del cambio y el hecho de tolerar los sentimientos negativos) y la espiritualidad (Jorgensen y Seedat, 2008). Otros autores destacan la comprensión de las situaciones (*insight*), la independencia, la creatividad, el humor, la iniciativa, la calidad de las relaciones con los otros, la orientación hacia los valores (Wolin y Wolin, 1993), la determinación, la capacidad de resolución de problemas, el pensamiento positivo, la afirmación de sí mismo, el equilibrio del yo y las habilidades sociales (Takvirianum, 2008). Aparecen otros conceptos relacionados, como la “dureza”. La personalidad resiliente muestra tres actitudes básicas: compromiso (creencia en que hay que implicarse en la resolución de los problemas), control (hay que esforzarse en influir en los acontecimientos) y reto (creer que la vida tiene una faceta negativa y que hay que aprender de ella) (Maddi, 2006), la “fuerza mental” (*mental toughness*), capacidad de mantener regularmente una *performance* ideal en medio de una competición (confianza en sí mismo, control de la energía negativa, control de la atención, control de la imaginación, motivación, energía positiva, control de la actitud...). El “coping resiliente” descrito por Laura Polk, adquiere ya proporciones enciclopédicas. Ha identificado en las publicaciones existentes 26 variables relacionadas con la resiliencia, que ordena en cuatro grupos: 1) las disposiciones, que hace referencia a características personales como la inteligencia, la autoestima, la confianza en sí mismo, el sentimiento de eficacia personal; 2) el patrón relacional que agrupa las competencias sociales, que permiten al sujeto obtener apoyo social y comprometerse en roles sociales a nivel interpersonal y social; 3) el patrón filosófico, que hace referencia a las creencias que facilitan la atribución de sentido, la definición de objetivos y una perspectiva equilibrada concerniente a la vida; y 4) el patrón situacional, que concierne a las capacida-

des cognitivas, las estrategias de resolución de problemas, la capacidad de acción y de análisis de las consecuencias en las que el sujeto debe hacer frente al estrés (Polk, 1997).

Por último, Seligman y cols. identifican siete factores intrapersonales que parecen aumentar la resiliencia: regulación de la emoción, control de los impulsos, análisis de las causas, optimismo realista, autoeficacia, empatía, conexión con otras personas. Seligman ha estado impartiendo cursos sobre resiliencia en la Universidad de Pensilvania y en este momento dirige un colosal programa para dar “entrenamiento en resiliencia” a un millón de soldados americanos, para protegerlos contra el suicidio, el estrés postraumático, los problemas familiares y otras secuelas de las situaciones de alto riesgo a que están sometidas las tropas de combate (Seligman, 2012).

Si he hecho este repaso de la bibliografía es porque pone de manifiesto que la resiliencia no es una fortaleza básica, sino el resultado de competencias personales muy variadas, unidas al apoyo social. Desde el punto de vista educativo, hay que fomentar esos recursos básicos, y una de las tareas del equipo de investigación de la UP ha sido identificarlos entre la extremada variedad de los propuestos, e integrarlos dentro de un programa único educativamente manejable.

Pero no basta con conocer esos recursos positivos. Hemos de tener en cuenta también que puede haber en el sujeto factores que dificulten la posibilidad de enfrentarse adecuadamente a las situaciones de adversidad o incluso de dificultad normal. Hay una amplia bibliografía sobre niños psicológicamente vulnerables. La dimensión vulnerabilidad-invulnerabilidad hace referencia a la diferente capacidad para percibir y soportar dificultades. Dentro de ese continuo pueden distinguirse cuatro categorías: *hipervulnerables*, que sucumben ante las dificultades normales y previsibles de la vida; *pseudoinvulnerables*, que son individuos vulnerables o incluso hipervulnerables que viven en un entorno sobreprotector y que se mantienen sin dificultades hasta que el entorno falla, y entonces ellos también fallan; *invulnerables*, con resistencia adquirida; y *no-vulnerables*, quienes aparecen fuertes desde el nacimiento, y que continúan así dentro de cualquier entorno normal (Anthony, 1987).

¿Por qué unos niños son más vulnerables que otros? ¿Cómo podemos paliar o eliminar esa vulnerabilidad? “Ser vulnerable” significa “poder ser herido o dañado por un acontecimiento”. Somos vulnerables a los disparos de una pistola o a la potencia de un tsunami. Sin embargo, al utilizar la dimensión “vulnerabilidad-invulnerabilidad” la convertimos en una característica gradual. Todos los humanos somos vulnerables ante un virus, pero las personas que tienen menos defensas tienen más vulnerabilidad ante la infección. Se trata siempre de la relación entre un organismo y otro elemento, entre una persona y una situación. El concepto de “personalidad vulnerable” se ha ido precisando a lo largo de los años. A finales del siglo XIX se hablaba de personalidades “emotivas”, que amplían todas las emociones, las buenas y las malas. Y también de “labilidad emocional”. En los últimos tiempos se ha prestado más atención a la “afectividad negativa”, que es la propensión de un individuo a experimentar una variedad de emociones negativas, como el miedo, la tristeza, la culpa, en una gran variedad de situaciones, incluso en ausencia de

un estímulo negativo. Por su parte, los psicólogos infantiles habían comprobado que muchos bebés parecen dotados de antenas para captar todos los estímulos peligrosos o perturbadores que hay en el ambiente. Jerome Kagan ha estudiado lo que llama “inhibición conductual”. En los primeros meses de vida, muchos niños muestran una alta inhibición, un modo de vivir en retirada, que se manifiesta como alta reactividad, en forma de llantos, irritabilidad, altos niveles de activación motora y emocionalidad. En los dos o tres años siguientes se manifiesta con comportamientos de evitación, búsqueda de seguridad en una persona conocida, y supresión de toda iniciativa cuando se enfrentan a personas desconocidas. Si esa inhibición se mantiene –y suele suceder en las tres cuartas partes de los niños inhibidos– el bebé se transforma en un precavido, tranquilo e introvertido niño al alcanzar la escuela. Investigaciones posteriores muestran que el 40% de los niños evaluados a los 21 meses disminuyen su nivel de inhibición, lo que permite decir que no es un rasgo tan fijo como se pensaba (Kagan, 2011).

Kagan cree que este temperamento huidizo está relacionado con un bajo umbral del sistema límbico de alerta, particularmente en la amígdala y el hipocampo. Según Elaine Aron, hay un 20% de personas que tienen un nivel de saturación sensorial más bajo que el resto (Aron, 2002). Todo el mundo puede ser “agredido” por su entorno, pero es una cuestión de dosis, y algunos lo serán con mayor facilidad que otros. Los sujetos hipersensibles van a percibir las estimulaciones excesivas de su entorno como agresiones dolorosas. Esa vulnerabilidad se aplica también a la sensación de miedo. Además de las investigaciones de Kagan, otros científicos estaban proporcionando información sobre la “afectividad negativa”. Por ejemplo, Eysenck, que había propuesto como dos dimensiones principales del temperamento la introversión-extroversión y neuroticismo-no neuroticismo. El neuroticismo refleja una mayor reactividad a los aspectos negativos del entorno. En cambio, la otra dimensión refleja el nivel de activación cortical. Los introvertidos la tienen muy alta, por lo que evitan verse sometidos a grandes estímulos. Prefieren ambientes tranquilos, modos de vida rutinarios, poco trato social. Los extravertidos tienen un nivel de activación muy bajo, y necesitan estar elevándole continuamente. Son los “buscadores de emociones”, los que necesitan entornos bulliciosos o conductas arriesgadas. Gray propuso un modelo ligeramente distinto, en el que las dos dimensiones importantes eran “ansiedad” e “impulsividad”. La ansiedad tiene que ver con el sistema de inhibición conductual, con lo que vuelve a aparecer el término usado por Kagan. En el extremo contrario está el sistema de aproximación conductual. Davidson señala que hay una asimetría en el lóbulo frontal. Cuando predomina el lado izquierdo, hay una afectividad positiva. Cuando predomina el derecho hay una afectividad negativa (Marina, 2006).

Parece, pues, confirmarse la existencia de una predisposición genética hacia la afectividad negativa o más vulnerable a los estímulos negativos. Se supone que la vulnerabilidad a la ansiedad y al miedo tiene que ver con la producción, transporte y metabolización de la serotonina. En 1996, se descubrió un gen implicado en la génesis de la angustia. Su nombre es SLC 6A4 situado en el cromosoma 17q12,

que sería más corto en los sujetos vulnerables a la angustia, al pesimismo y a los pensamientos negativos. Se ha llegado a hablar del “cerebro tímido” en los niños que presentan una timidez patológica, que al parecer está relacionada con una hipoactividad dopaminérgica de los ganglios de la base del cerebro. Por otra parte, el receptor 5-HT<sub>1A</sub>, uno de los receptores de la serotonina, parece implicado en los comportamientos de tipo ansioso, sobre todo como modulador. El gen que codifica este tipo de receptor ocupa un lugar privilegiado entre los genes identificados mediante técnicas de mutación genética en ratones, dentro de las investigaciones sobre los modelos animales de la ansiedad. Parece intervenir en la tríada angustia, depresión y neuroticismo (Braconnier, 2004). Robert Cloninger ha sostenido que los rasgos de los distintos temperamentos dependen del nivel de un transmisor particular. La serotonina determina la evitación del dolor o del peligro. La noradrenalina, la necesidad de recompensa. La dopamina, la búsqueda de la novedad (Cloninger, 1999).

La vulnerabilidad puede ser también adquirida. Son bien conocidos los efectos de las experiencias traumáticas. Seligman ha estudiado la “indefensión aprendida”, que es el sentimiento de incapacidad de provocar efectos adecuados en el ambiente. Los sentimientos de dependencia, de miedo, son también adquiridos. En el próximo artículo hablaré de un tipo peculiar de vulnerabilidad: la incapacidad de tolerar la frustración, asunto importante porque, según Albert Ellis, esta incapacidad está en el origen de multitud de disfunciones emocionales.

### Las soluciones

Una vez que han sucedido hechos estresantes, deben aplicarse procedimientos para intentar paliar el daño. La capacidad de recuperación después de maltratos severos es sorprendente, como han mostrado Ann y Alan Clarke. Niños que mostraban un retraso mental por situaciones de terrible abandono, alcanzaron un nivel normal después de estar sometidos a interacciones cuidadosas y amables (Clarke y Clarke, 2003). También se ha estudiado la capacidad de recuperación de niños con daños perinatales a lo largo de los años (Werner, 1985). La calidad del entorno y de los cuidados parentales inflúa muchísimo en la capacidad de recuperación. Un factor de protección con capacidad para modificar los efectos negativos del maltrato en los niños es la presencia de un cuidador estable y que proporcione apoyo al niño. Sin embargo, el tema de este artículo no es el tratamiento sino la prevención, que es donde la educación tiene su campo propio. Podemos distinguir cuatro niveles: 1) protección contra riesgos extremos; 2) protección general mediante aumento de factores de protección externos; 3) reducción o eliminación de la vulnerabilidad personal innata y aprendida; y 4) construcción de los recursos básicos, de las fortalezas que permiten una buena respuesta a la dificultad.

1. **Protección contra riesgos extremos.** Hay situaciones que son potencialmente dañinas para el niño, al que se debe proteger. Existen programas adecuados a las distintas situaciones de riesgo. Por ejemplo, Beardslee y cols. han elaborado un programa para hijos de familias con problemas mentales. Consiste en informar a las familias de asuntos relacionados con estos problemas, así como los factores de

riesgo y de protección que pueden actuar sobre los niños (Beardslee, 1992). En Australia, Hardgreaves y cols. han propuesto el programa “*Paying Attention to Self*”, que intenta promover en los jóvenes una buena salud mental y reducir la probabilidad de aparición de enfermedades psiquiátricas. Estos y otros programas pueden verse en Ionescu, 2011.

2. **Protección general mediante aumento de factores de protección externos.** Estos programas tienen en cuenta los factores de protección internos y externos. Hay programas de formación de las madres en la Universidad de Illinois. Dirigido a madres con niños de 13 a 27 meses para enseñarlas técnicas de educación. Proyectos ecológicos que intentan cambiar el entorno del niño, como el proyecto Milwaukee y el Proyecto Abecedarian. El Milwaukee intentaba prevenir el retraso mental. Fue puesto en marcha por la Universidad de Wisconsin. El proyecto Abecedarian de la Universidad de Carolina del Sur pretendía demostrar que el retraso mental podía evitarse. Estos programas no estaban específicamente diseñados para fomentar la resiliencia, sino para prevenir los efectos de la adversidad crónica (Ionescu, 2011). He mencionado los factores de protección en el artículo “La ciencia de la prevención” (Marina, 2012).
3. **Reducción de la vulnerabilidad personal.** La influencia genética es importante pero no es inmodificable. En primer lugar, como repite Kagan, porque los rasgos temperamentales innatos pueden ajustarse durante los primeros años. El avance de los conocimientos epigenéticos va en esta dirección. Los niños pueden heredar la propensión a comportamientos problemáticos, pero las variaciones genéticas no aumentan el riesgo de forma directa, sino mediante su influencia en la sensibilidad a los factores de estrés del entorno (Caspi, 2002). Por esta razón, un buen manejo de los factores de protección puede bloquear esa influencia. La sintonía con el niño, la buena coordinación de los padres con sus bebés, ayudan a desarrollar en él un sentido de previsibilidad y controlabilidad que le defienden de la angustia. Un exceso de protección impide al niño sentir que controla el mundo. El apego o la falta de apego determinará la seguridad o inseguridad básica. Benedek, Erickson, Laing hablan de “confianza básica”, Neumann de “relación primigenia”, Rof Carballo de “urdimbre afeciva”. Que podamos confiar en el mundo o que el mundo sea una selva llena de trampas y asechanzas va a depender, en gran parte, de esas experiencias primeras. John Bolwy ha estudiado la relación de apego que el niño trenza con las personas que le rodean. A partir de ella, va a construir un modelo de funcionamiento del mundo. Según Bolwy, “la presencia o la ausencia de una figura de apego determinará que una persona esté o no alarmada por una situación potencialmente alarmante; esto ocurre desde los primeros meses de vida, y desde esa misma edad empieza a tener importancia la confianza o falta de confianza en que la figura de apego esté disponible, aunque no esté realmente presente”. Para Castilla del Pino, el núcleo de la personalidad neurótica, es decir, propensa a la angustia, es la inseguridad, siendo todos los demás síntomas –fobias, obsesiones, inhibiciones, somatizacio-

nes, hipocondrías– superestructuras posteriores. Esta inseguridad alude a la propia identidad, en su totalidad o en distintas áreas: eróticas (miedo a fracasar en la relación sexual), corporal (miedo a enfermar), social (miedo a hacer el ridículo) (Marina, 2006). Yates, Egeland y Sroufe consideran que son muy importantes las relaciones primeras del niño con sus cuidadores para que el niño tenga capacidad de resistencia. En este proceso, el niño desarrolla sus capacidades de regulación emocional, de vinculación social, y las expectativas positivas sobre el mundo y sobre sí mismo (Yates, Egeland y Sroufe, 2003). Los estudios con niños en situación de pobreza muestran que el factor más importante es la relación con la madre, que es más eficaz en estos niños que en niños en situación normal. El ajuste de la madre es la primera finalidad que deben tener las intervenciones destinadas a mejorar el desarrollo social del niño (Owen y Shaw, 2003). De los estudios longitudinales a gran escala sobre la evaluación de la resiliencia, aparecen algunos aspectos educativos muy relevantes: importancia de la educación en los primeros dos años, adaptación positiva generada por un cuidado consistente que proporciona apoyo, aumenta la posibilidad de que el niño busque otras fuentes de apoyo posteriormente con éxito, las condiciones de crianza proporcionaron un sentimiento de confianza en las relaciones personales (Werner, 2005). La vulnerabilidad aprendida puede tratarse con programas adecuados a cada circunstancia. La pedagogía conductual-cognitiva es eficaz: desde la aparición de la psicología positiva se insiste en que para eliminar las disfunciones lo más importante es fomentar las fortalezas, aumentar los recursos básicos de una persona.

4. **El aprendizaje de las fortalezas.** La educación aspira a facilitar tres grandes metas de la vida humana: la salud, la felicidad y la dignidad. Conseguirlas va a depender de los recursos de que disponga el niño, el adolescente, el adulto o el anciano. Gracias a esos recursos podrán ampliar el campo de sus posibilidades y enfrentarse a los problemas. A partir de los estudios realizados sobre la resiliencia, en los programas UP hemos seleccionado los que aparecen como fundamentales para promover comportamientos resilientes. Son los siguientes: 1) sentimiento de eficiencia personal y de capacidad de control; 2) confianza en sí mismo; 3) habilidades sociales; 4) optimismo; 5) constancia; 6) iniciativa hacia el futuro; y 7) compromiso con los valores morales o espirituales. Cada uno de estos recursos es fomentado y desarrollado con metodologías adecuadas y en el momento evolutivo adecuado. En el *Penn Resiliency Program* elaborado por Seligman y cols., se enseña: 1) que los sentimientos están provocados por la interpretación que nuestras creencias hacen de los estímulos; 2) los estilos explicativos, y a poner en cuestión la validez de las creencias; 3) poner en perspectiva lo que sucede con nuestras creencias sobre el futuro; 4) establecer metas; y 5) asertividad y negociación, toma de decisiones y solución creativa de los problemas (Reivich, Gilhaam, Chaplin y Seligman, 2005). Otros métodos pueden verse en la obra de Edith Grotberg, directora del Proyecto Internacional de Investigación en resiliencia (Grotberg, 2006).

Estos dos últimos aspectos –reducción de la vulnerabilidad y aumento de las fortalezas personales– son los que tienen mayor relevancia educativa, y de los seguiremos hablando en otros artículos. Forman la estructura básica de la formación del carácter.

## Bibliografía

1. Anthony EJ, Cohler BJ. *The Invulnerable Children*. Nueva York: The Guilford Press; 1987.
2. Aron E. *The Highly Sensitive Child*; 2002.
3. Beardslee WR, Hoke L, Wheelock I, Rothberg PC, van de Velde P, Swatling S. Initial findings on preventive intervention for families with parental affective disorders. *Am J Psychiatry*. 1992; 149: 1335-90.
4. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *J Pers Soc Psychol*. 1996; 70(2): 349-61.
5. Braconnier A. *Petit ou grand anxieux?* París: Odile Jacob; 2004.
6. Clarke A, Clarke A. *Human Resilience*. Londres: Jessica Kingsley Publisher; 2003.
7. Cloninger CR. *Personality and Psychopathology*. Washington: American Psychopathological Association Series; 1999.
8. Cyrulnik B. *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa; 2003.
9. Goldstein S, Brook. *Handbook of resilience in Child*. Nueva York: Kluwer; 2004.
10. Grotberg EH. *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Gedisa; 2006.
11. Ionescu S. *Traité de résilience assistée*. París: PUF; 2011.
12. Jongersen IE, Seedat S. Factor structure of the Connor-Davidson Scale in South African adolescence. *Int J Adolesc Med Health*. 2008; 20: 23-32.
13. Kagan J. *El temperamento y su trama*. Madrid: Katz; 2011.
14. Kalawski JP. ¿Dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*. 2003; 37(2): 365-72.
15. Luthar SS. *Resilience and Vulnerability*. Cambridge: Cambridge University Press.
16. Maddi SR, Harvey RH, Khoshabam DM, Lu JL, Persico M, Brow M. The personality construct of hardiness. *J Pers*. 2006; 74(2): 575-97.
17. Marina JA. *Anatomía del miedo*. Barcelona: Anagrama; 2006.
18. Marina JA. La nueva ciencia de la prevención. *Pediatr Integral*. 2012; XVI(4): 333-6.
19. Mrazek PJ, Mrazek D. Resilience in child maltreatment victims. A conceptual exploration. *Child Abuse Negl*. 1987; 11: 357-65.
20. Owen Y Shaw. *Pobreza y ajuste en la primera infancia*. En: Luthar SS, ed. *Resilience and Vulnerability*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
21. Peters R, De V, Leadbeater B, McMahon RJ. *Resilience in Children, Families and Communities*. Nueva York: Kluwer; 2005.
22. Polk LV. Toward a middle-range theory of resilience. *ANS Adv Nurs Sci*. 1997; 19(3): 1-13.
23. Prince-Embury S. *Resiliency Scales for Adolescent; Profiles of Personal Strengths*. San Francisco: Harcourt Assessment; 2006.
24. Reivich K, Gillham JE, Chaplin TM, Seligman MEP. *From Helplessness to Optimismo*. En: Goldstein S, Brooks RB, eds. *Resilience in Children*. Nueva York: Kluwer Academic; 2005.
25. Seligman MRP. *La vida que florece*. Barcelona: Ediciones B; 2011.
26. Takviryanun N. Development and testing of the Resilience Factors Scale for Thai adolescents. *Nurs Health Sci*. 2008; 10(3): 203-8.
27. Wagnil GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993; 1(2): 165-78.
28. Werner EE. Stress and protective factors in children's lives. En: Nicol AE, ed. *Studies in Child Psychology and Psychiatry*. Londres: Wiley; 1983.
29. Werner EE. High Risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsychiatry*. 1989; 59(1): 72-81.
30. Werner EE, Smith RS. *Vulnerable but Invincible*. Nueva York: McGraw-Hill; 1982.
31. Werner EE. What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies? En: Goldstein S, Brooks RB, eds. *Resilience in Children*. Nueva York: Kluwer Academic; 2005.
32. Wolin SJ, Wolin S. *The Resilient Self: how survivors of troubled families rise above adversity*. Nueva York: Villard Books; 1993.
33. Yates TM, Egeland B, Sroufe A. *Volver a pensar sobre la resiliencia*. En: Luthar SS, ed. *Resilience and Vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.