



# Módulo 4: Fomentar la resiliencia de los hijos en el contexto de padres mentalmente vulnerables



[www.strong-kids.eu](http://www.strong-kids.eu)

El presente proyecto ha sido financiado con el apoyo de la Comisión Europea. Esta publicación (comunicación) es responsabilidad exclusiva de su autor. La Comisión no es responsable del uso que pueda hacerse de la información aquí difundida.

## 1. Definiciones y observaciones preliminares

El abordaje de la resiliencia puede considerarse un cambio significativo en el paradigma de cómo dar apoyo y promover el bienestar mental de los niños.

La resiliencia aumenta la capacidad de una persona o sistema de abordar con éxito los retos de la vida ante la presencia de riesgos adversos significativos (Rutter 1985)

La resiliencia puede considerarse un recurso específico de un sector, que se adquiere a través de la interacción con el entorno. Es la capacidad de activar mecanismos de superación aprendidos ante situaciones vitales difíciles (cf. Petermann y Schmidt 2006)

La resiliencia no es lo contrario del riesgo. La resiliencia se centra en la efectividad del cambio y en aquellos factores que mantienen la salud de un individuo incluso cuando existen factores de riesgo. La resiliencia por tanto no representa principalmente un constructo de equilibrio en relación con el riesgo, sino que se considera una habilidad básica que se activa si se dan factores de riesgo. Por tanto se puede evaluar la resiliencia como el constructo básico.

De ahí que la resiliencia no se puede evaluar como el constructo contrario relativo a los factores de riesgo, sino que coloca al ser humano y al sistema de apoyo en posición de estar activo y tomar pasos activos hacia la salud y el bienestar. Asimismo, se puede considerar un paso importante hacia la psicología positiva y hacia un concepto que promueve la salud a través de la acción activa y el apoyo, en vez de mediante la prevención de riesgos.

Existe un consenso generalizado de que los factores de resiliencia o los procesos subyacentes de resiliencia tienen efectos amortiguadores ante la presencia de condiciones vitales adversas (p. ej. Werner 1993; Lösel y Bender 1994; Festinger 1983, Laucht et al 1999).

Aunque la categoría científica en términos de validez, operacionalización o diferenciación ante otros constructos puede estar aún sujeta a debate, el constructo de resiliencia puede evaluarse como un poderoso concepto para promover la salud mental, sobre todo en grupos vulnerables.

### **1.1 ¿Pueden apoyarse y reforzarse los procesos de resiliencia?**

La respuesta clara es que sí, aunque puede debatirse el “CÓMO”. Las estrategias pueden depender en gran medida de la edad de la persona y del área/sector en donde se han de aplicar los procesos de apoyo y de las tareas de desarrollo o de vida que sean relevantes en esos momentos.

Para nuestro grupo objetivo, niños y jóvenes adolescentes en el contexto vital de padres mentalmente vulnerables, la mayoría de los procesos de refuerzo se centran en la iniciación de cambios dentro del sistema familiar que capaciten al niño para una experiencia nueva o más saludable. Con los adolescentes se pueden emplear también métodos de psicoterapia. Dentro de la comunidad científica (Petermann y Schmidt 2009) existe un debate en marcha sobre las diferencias entre la resiliencia, los recursos y otros constructos comparables. Dentro de nuestro contexto de formación, se destaca este vínculo entre el constructo de la resiliencia y recursos internos o externos. Con el fin de poder reaccionar de forma resiliente y mantenerse saludable mentalmente, hacen falta recursos internos y externos.

### **1.2 ¿Son siempre positivos los factores de resiliencia?**

Dentro del actual debate, se destaca también la posible doble cara de los factores de resiliencia, por ejemplo, si un factor de resiliencia se hace demasiado “extremo”: la ‘autoestima’ se considera un factor de resiliencia de apoyo, sin embargo, si el niño muestra una autoestima exagerada (“soy el mejor, soy capaz de hacerlo todo”), puede convertirse también en un factor de riesgo.

Se puede asumir también que diversos factores de resiliencia muestran un impacto diferente (por ejemplo la disponibilidad de una persona de apego sana) o desempeñar distintos papeles durante distintas fases de la vida: la disponibilidad de contactos en un grupo de pares puede considerarse más importante durante la adolescencia.

### **1.3 ¿Cómo funciona la resiliencia?**

Los datos indican que, esencialmente, la resiliencia funciona basada en un efecto amortiguador ante la presencia de eventos vitales adversos o elementos de tensión significativos. Sin embargo, es posible que la resiliencia no muestre efectos significativos si no existen importantes elementos de tensión. En términos generales, la bibliografía basada en la evidencia describe dos grupos de factores principales dentro del campo de la resiliencia

- a. factores centrados en el individuo, y
- b. factores sociales o centrados en el entorno

Dentro de KIDS STRENGTHS se emplearán las siguientes categorías (Pretis y Dimova 2003) para poder diferenciar entre los procesos relacionados con la familia (II) y los procesos relacionados con la comunidad. (III). Debido a su solapamiento e interdependencia, una diferenciación estricta no siempre es fácil ni incluso necesaria.

- I. procesos de apoyo centrados en el niño (como optimismo, autoestima...)
- II. procesos de apoyo centrados en la familia (una crianza positiva)
- III. procesos de apoyo enfocados principalmente en el entorno más amplio del niño y la familia (guardería, colegio, servicios comunitarios)

### **1.5 ;Cómo se puede dar apoyo a la resiliencia?**

En nuestra opinión, los procesos de resiliencia con un niño y la familia pueden apoyarse de dos maneras:

- a. reforzando los factores generales de resiliencia dentro del niño, la familia o el entorno (por ejemplo, la disponibilidad de una persona de apego sana, desarrollo, autoeficacia, alegría, competencia social, comunicación con pares, etcétera).
- b. reforzando procesos específicos de resiliencia dentro de nuestro grupo objetivo específico de niños en el contexto de padres mentalmente vulnerables (por ejemplo, información sobre el estado de salud del progenitor, habilidades específicas de superación de crisis, actividades de capacitación con adultos sanos, etc.).

## **2. Cómo abordar el refuerzo de los factores de resiliencia**

### **2.1 Abordaje filosófico**

Si analizamos el desarrollo de los niños a través de un abordaje heurístico (no teniendo en cuenta principalmente hallazgos basados en la evidencia), los principales factores pueden identificarse y estos factores también se presentan cronológicamente en los primeros años de un individuo:

#### **2.2.1 Factores YO TENGO**

Estos factores representan los recursos externos del niño, es decir, en términos de disponibilidad de personas que cuiden del niño y garanticen la continuidad del apego. Cuando

nace un niño, se encuentra en gran medida en una posición de dependencia de cuidadores fundamentalmente adultos. Junto con la base genética biológica del niño, los factores ‘yo tengo’ pueden evaluarse como factores de la primera etapa.

*Ejemplo: “Yo tengo personas que se preocupan de mi y que cubren mis necesidades de forma constante”*

En la medida en que el desarrollo del niño está normalmente correlacionado con una mayor autonomía, los factores YO PUEDO de la siguiente etapa cobran relevancia.

### 2.2.2 Factores YO PUEDO

Estos factores ‘yo puedo’ dependen en gran medida de

- a. la disponibilidad de modelos de conducta que demuestren y refuercen las actividades del niño
- b. la disponibilidad de un entorno y herramientas de apoyo (para poder experimentar nuevos retos)
- c. procesos de maduración para poder realizar nuevas actividades

Normalmente, los niños primero necesitan a personas que cuiden, enseñen y apoyen las actividades de los niños para que puedan llegar a hacer las cosas por sí solos. Estos segundos factores pueden considerarse, por tanto, como los factores yo puedo,

*Ejemplo: “Yo puedo hacer muchas cosas por mi mismo”. “Yo puedo expresar mis deseos y necesidades”. “Yo puedo decir lo que me gusta y lo que no”.*

Obtener una reacción de otras personas relevantes, ser capaz de realizar actividades por sí mismos, crea el concepto de “destreza” dentro del niño. Esto significa que el niño ahora es capaz de predecir sus propias acciones o situaciones. Esta sensación de “destreza” por tanto está estrechamente correlacionada con el concepto de autoestima y autoeficacia, o el concepto general de personalidad de un futuro “yo soy”. Por tanto, desde la perspectiva de desarrollo, los factores YO SOY interiorizados se basan en los factores ‘yo tengo’ y ‘yo puedo’.

*Ejemplo: “Yo soy un niño feliz”, “Yo soy amado”.*

## **2.2. Abordaje basado en la evidencia**

Además del abordaje heurístico arriba mencionado, KIDS STRENGTHS también destaca la importancia de los hallazgos basados en la evidencia. Por tanto, los siguientes factores de resiliencia siguen principalmente datos basados en la evidencia. Sin embargo, la perspectiva heurística arriba mencionada también se introducirá con referencia a posibles ejemplos.

### **2.3.1. Procesos de resiliencia centrados en el niño y cómo reforzarlos**

#### A: Factores generales

##### **2.3.1.1 Salud**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o lesión.

([www.who.int/about/definition/en/print.html](http://www.who.int/about/definition/en/print.html))

El estado de salud de un niño, y en particular de los niños muy pequeños, puede evaluarse como un importante factor de resiliencia. En base a la experiencia profesional, este factor de resiliencia deberá por tanto considerarse siempre y evaluarse adecuadamente. Si un profesional no médico tiene alguna duda o pregunta acerca del estado de salud del niño (nutrición, cuidados, lesiones, enfermedades no tratadas, discapacidad, etcétera), se requieren medidas inmediatas para evaluar y comprobar el estado de salud, y posiblemente haya que llevar a cabo medidas adicionales (p. ej. tratamiento). En este contexto, debe consultarse también con los servicios institucionales, como el médico del colegio o guardería, si los padres no muestran suficiente disposición a buscar ayuda.

A la vista de ‘yo tengo’, ‘yo puedo’ y ‘yo soy’, los problemas de salud se correlacionan en gran medida con los factores ‘yo tengo’, ya que los niños normalmente no buscan ayuda médica por sí mismos sino sólo cuando cuentan con el apoyo de otros adultos o de sus padres. Por tanto, el “aspecto yo tengo” asociado es:

*Yo tengo adultos u otros que cuidan de mi salud y me aportan la atención sanitaria necesaria.*

##### **2.3.1.2 Desarrollo infantil**

El desarrollo infantil es un proceso multifacético, integral y continuo de cambio en el cual los niños consiguen abordar niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento, sentimiento y relación con los demás.

([www.wfnetwork.bc.edu/glossary\\_entry.php?term=Child%20Development,%20Definition\(s\)%20of&area=All](http://www.wfnetwork.bc.edu/glossary_entry.php?term=Child%20Development,%20Definition(s)%20of&area=All) )

El **desarrollo infantil** se refiere a cambios biológicos y psicológicos que ocurren en los seres humanos entre el nacimiento y el final de la adolescencia, a medida que el individuo avanza de la dependencia a una autonomía cada vez mayor. Puesto que estos cambios de desarrollo pueden estar muy influidos por factores genéticos y eventos durante la vida prenatal, la genética y el desarrollo prenatal se suelen incluir en el estudio del desarrollo infantil.

([http://en.wikipedia.org/wiki/Child\\_development](http://en.wikipedia.org/wiki/Child_development))

Unos parámetros de desarrollo adecuados siempre se pueden evaluar como un recurso para el niño (Masten y Powell, 2003). Los niños con un mayor desarrollo cognitivo se consideran más resilientes que los niños con disfunción cognitiva, sobre la hipótesis básica de que

- a. los niños inteligentes buscan activamente situaciones en las que puedan mejorar sus habilidades en términos de una mayor destreza o
- b. son capaces, en mayor medida, de anticipar y comprender su situación en términos, por ejemplo, de estrategias de superación centradas en el problema.

El estímulo de desarrollo, en términos de la disponibilidad de personas que ofrecen actividades acordes con su edad y nuevos retos, podrá por tanto siempre considerarse útil. Los aspectos “yo tengo” relacionados:

*Yo tengo alguien que me permite hacer cosas por mí mismo.*

*Yo tengo alguien que me enseña cómo hacer cosas.*

*Yo tengo alguien que me dice lo que hago bien y dónde puedo necesitar ayuda.*

### **2.3.1.3 Autoestima**

La autoestima es el conjunto de creencias o sentimientos que se tiene sobre uno mismo, la “autopercepción”. Nuestra forma de definirnos influye sobre nuestras motivaciones, actitudes y conductas y afecta a nuestra adaptación emocional

[http://kidshealth.org/parent/emotions/feelings/self\\_esteem.html](http://kidshealth.org/parent/emotions/feelings/self_esteem.html)

#### **¿Qué es la autoestima?**

Las definiciones de la autoestima varían en amplitud y sofisticación, pero todas coinciden en que una autoestima elevada significa apreciarse a uno mismo y al propio valor personal. Más concretamente, significa:

- tener una actitud positiva
- valorarse muy positivamente
- estar convencido de las propias habilidades

verse a uno mismo como competente, en control de la propia vida y capaz de hacer lo que se quiere.

El constructo de autoestima puede considerarse, en gran medida asociado a otros, p. ej. autoeficacia y autocontrol. Los individuos refieren una gran autoestima si son capaces de hacer cosas por sí mismos y reciben la reacción necesaria de los demás. La autoestima puede

fortalecerse a través de la idea de “destreza” y “responsabilidad acorde con la edad”. En este contexto, ser capaz de “superar con éxito los retos” es importante para el niño.

Sin embargo, hay que señalar que la cuestión de responsabilidad acorde con la edad en el área de niños en el contexto de padres mentalmente vulnerables, debe observarse con cautela ya que muchos de los niños están cargados con responsabilidades no acordes con su edad, lo que se denomina “parentificación” (como atender a las necesidades mentales del progenitor o a las necesidades diarias de los hermanos o incluso del otro progenitor saludable, que a veces se siente abrumado). La promoción de la autoestima *per se* con niños pequeños normalmente no es posible, sino que requiere una respuesta positiva de los demás y situaciones en las que el niño sea capaz de realizar tareas de desarrollo adecuadas a su edad.

Otro aspecto importante se centra en la “autopercepción”: ¿cómo me veo yo como niño, adolescente? Se supone que los niños que son más conscientes de sí mismos, tienen una percepción “realista” y positiva de sí mismos y de sus propias habilidades, y pueden diferenciar fácilmente entre sistemas “sanos” y “patológicos”.

Aspectos asociados de “yo tengo” y “yo puedo”:

*¿Tengo personas que me quieren como soy?*

*¿Tengo personas que me proporcionan una respuesta positiva?*

*¿Puedo hacer cosas por mi mismo?*

#### **2.3.1.4 Buen temperamento**

La mayoría de los bebés tienen un buen temperamento, y suelen estar de buen humor. Se adaptan fácil y rápidamente a nuevas situaciones y cambios en su rutina. Los bebés de esta categoría suelen comer a horas regulares. Cuando sienten hambre o experimentan alguna otra molestia, suelen reaccionar con levedad. Cuando los bebés con buen temperamento están inquietos, suelen hallar maneras de calmar y tranquilizarse a sí mismos. Los bebés con buen temperamento suelen ser plácidos.

<http://www.parenting-ed.org/handout3/General%20Parenting%20Information/infant%20temperament.htm>

La literatura, basada en la evidencia, destaca la importancia de un buen temperamento (Rende et al 1993). Esto significa que para los padres y cuidadores, los niños son “fáciles de manejar”: proporcionan una respuesta positiva a los padres, p. ej. sonríen y es fácil consolarlos.



¿Cómo se pueden apoyar estos factores de resiliencia si el temperamento resulta no ser tan bueno como podrían desear los padres? p. ej. niños que gritan continuamente, un niño al que es difícil consolar, un niño que no duerme mucho y exige mucha atención.

Puesto que el constructo de temperamento, con todas sus connotaciones poco claras en la literatura científica, tiende a correlacionarse estrechamente con factores biológicos y genéticos, debemos preguntarnos cómo podemos influir más en esta área. Cabría suponer que el temperamento de un niño, en sí, no puede cambiarse sustancialmente, sino que lo que se puede cambiar en el entorno son las reacciones hacia los factores temperamentales del niño. Si el niño grita intensamente, como madre o padre sería bueno no escalar la situación y no perder los nervios. Esto puede significar tener que buscar ayuda o apoyo en esta situación. Si yo, como padre, observo que el niño tiende a reaccionar evitando o intenta evitar los retos, sería posible introducir juegos placenteros para lograr los mismos objetivos que los conseguidos mediante presión.

No obstante, un buen temperamento no significa renunciar fácilmente a las necesidades (en términos de la indefensión condicionada). Queda aún por determinar si los niños con un temperamento “difícil” son capaces de expresar sus necesidades de forma más adecuada (p. ej. ya que pueden gritar durante largos periodos de tiempo). Dentro del contexto de padres mentalmente vulnerables un “temperamento desafiante” tiende a incrementar el riesgo de maltrato (físico) debido al sufrimiento masivo percibido de los padres.

Los aspectos de “yo tengo” asociados para los profesionales relativos al temperamento del niño son:

*Yo tengo personas que pueden reducir y aliviar las situaciones difíciles.*

*Yo tengo padres o cuidadores que no pierden la calma o reaccionan de forma diferente conmigo.*

### **2.3.1.5 Autoayuda**

La **autoayuda** consiste en hacer las cosas uno mismo e intentar resolver los propios problemas sin depender de los demás

La **autoayuda** consiste en que las personas se apoyen y ayuden mutuamente de forma informal, en vez de depender de la administración, las autoridades u otros organismos oficiales.

<http://dictionary.reverso.net/english-cobuild/self-help>

Los niños con una elevada autoayuda pueden:

- a. expresar sus propias necesidades,
- b. realizar acciones para alcanzar sus propios objetivos, y
- c. organizar la ayuda por sí solos sin ayuda de los demás, y
- d. obtener ayuda con éxito.

Los niños capaces de organizar ayuda para sí mismos pueden considerarse más resilientes que, por ejemplo, los niños indefensos (Ahmann y Bond 1992). En el contexto de hijos de padres mentalmente vulnerables en particular, hay que destacar que la autoayuda no significa que los niños asuman responsabilidades que no sean acordes a su edad. A veces se observa lo que se denomina “parentificación” en este contexto: los niños se sienten responsables, por ejemplo, de la medicación de sus padres, de los hermanos menores o de la organización de la vida cotidiana (como la preparación de las comidas). Esto no se suele considerar autoayuda, aunque los niños no muestren problemas a la hora de realizar estas tareas. La autoayuda en nuestro contexto se refiere a la pregunta: “¿Qué puedo hacer si mamá/papá no se siente bien para experimentar alegría o ver a amigos?” (p. ej. acudir al vecino) o “¿Qué puedo hacer si hay una crisis?”. La autoayuda en relación con los niños se suele correlacionar con preguntas al niño: “¿Qué hay que hacer si ...?” y también: “¿Qué puedes hacer por ti mismo?”. A veces, los niños pequeños necesitan ayuda y algunos ejemplos con estas preguntas: p. ej. quitarte los zapatos tú solo, lavarte los dientes, etc.

No obstante, hay que tener en cuenta que la autoayuda (especialmente si los niños requieren ayuda institucional) depende en gran medida de la disponibilidad de la ayuda. Los hijos de padres mentalmente vulnerables pueden tener la sensación de que no hay ayuda específica para ellos, es decir, por parte del sistema de bienestar o protección infantil.

En cuanto a los factores “yo tengo”, “yo puedo” y “yo soy”, la autoayuda está asociada a:

*Yo puedo hacer cosas por mí mismo.*

*Yo puedo expresar que necesito ayuda, etc.*

*Yo puedo conseguir ayuda cuando la pido.*

### 2.3.1.6 Autoeficacia/autocontrol

La **autoeficacia** se ha descrito como la creencia de que uno es capaz de un desempeño determinado para alcanzar determinados objetivos. Es la creencia de que uno cuenta con las capacidades para ejecutar las medidas necesarias para manejar situaciones potenciales. Se ha descrito también como el concepto que ha evolucionado en la literatura y la sociedad: como la sensación de creer que las propias acciones tienen efecto sobre el entorno, como el juicio personal de las propias capacidades basado en criterios de destreza; un sentido de la competencia de la persona dentro de un marco concreto, centrándose en la propia evaluación de las capacidades de uno para realizar tareas específicas en relación con objetivos y estándares más que en la comparación con las capacidades de los demás. Asimismo, se basa en las experiencias personales anteriores de destreza.

<http://en.wikipedia.org/wiki/Self-efficacy>

La autoeficacia es “la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar las medidas necesarias para manejar situaciones potenciales” (Bandura 1995, p. 2). En otras palabras, la autoeficacia es la creencia en la propia capacidad para triunfar en una situación concreta.

[www.psycology.about.com/od/theoriesofpersonality/a/self\\_efficacy.htm](http://www.psycology.about.com/od/theoriesofpersonality/a/self_efficacy.htm)

La autoeficacia significa que un niño tiene un concepto de destreza a la hora de realizar tareas según lo previsto o deseado por el propio niño (Schwarzer 1993). En este contexto, la autoeficacia está estrechamente correlacionada con otros conceptos tales como autoayuda, autoestima o control del ego.

Sin embargo, en el campo de la promoción de la salud, el concepto de autoeficacia se evalúa como altamente relevante, sobre todo en relación con conductas que pueden ser perjudiciales, p. ej. fumar, etc.

Cualquier tipo de acción de planificación realizada por el niño, acción de realización de tareas y acción de evaluación posterior, por tanto, refuerza el concepto de autoeficacia. Estos procesos pueden estar fuertemente apoyados por profesionales y demás miembros de la familia relevantes a través de la planificación continua (“Hagamos un plan juntos”, “¿Qué necesitamos para llevar a cabo nuestro plan?” “¡Vamos a esforzarnos cada vez un poco más!” y cuando hayamos terminado “Vamos a evaluar si nuestras acciones encajan con nuestros planes”). Todo lo que el niño pueda hacer por sí solo en este contexto apoya al desarrollo de la autoeficacia. Por tanto, la autoeficacia está estrechamente relacionada con los factores “yo puedo”.

Sin embargo, especialmente en el caso de hijos únicos o el hijo mayor, la realización de tareas siempre tiene que considerarse dentro del posible contexto de “parentificación”. Es posible que los niños busquen soluciones a los problemas de sus padres.

*Yo puedo hallar soluciones.*

*Yo puedo completar las tareas que quiero realizar.*

*Yo puedo hacer cosas por mí mismo.*

### **2.3.1.7 Optimismo/alegría/orientación positiva hacia el futuro**

Tendencia a esperar el mejor resultado posible o pensar en los aspectos más esperanzadores de una situación

<http://www.thefreedictionary.com/optimism>

El optimismo es una actitud ante la vida mediante la cual uno ve el mundo como un lugar positivo. Es lo contrario del pesimismo. Los optimistas generalmente creen que las personas y los acontecimientos son inherentemente buenos, de manera que al final la mayoría de las situaciones se resuelven de la mejor manera

[http://www.selfgrowth.com/articles/Definition\\_Optimism.html](http://www.selfgrowth.com/articles/Definition_Optimism.html)

Interactuar con alegría, el sentirse seguro y optimista, se han descrito como los principales factores que contribuyen al bienestar mental de un niño. Aunque los profesionales sólo pasen unas cuantas horas con el niño a la semana, los niños sí se benefician de estos contactos y más adelante (retrospectivamente) refieren que perciben estas “islas” de juego o interacción alegre como un apoyo.

Por tanto, las situaciones de alegría y optimismo, de reír juntos con el progenitor o el profesional, son factores de apoyo significativos. En cualquier situación, los profesionales pueden crear momentos placenteros y de risas con los niños. En particular, en relación con la mitigación de círculos negativos, los juegos divertidos y la interacción son a menudo la base de nuevas interacciones de apoyo y confianza. En cuanto a los eventos positivos y las acciones de alegría, los niños necesitan los tres factores heurísticos principales:

*Yo tengo una persona que aporta situaciones en las que me puedo divertir y reír.*

*Yo puedo experimentar la diversión.*

*Por tanto, yo soy un niño feliz.*

### **2.3.1.8 Competencia social**

**Competencia social:** Un término genérico, de uso variado, que se refiere a las competencias y habilidades relativas a la interacción, p. ej. juicio social, empatía y el repertorio de conductas de comunicación. En el contexto profesional, frecuentemente entendido como la capacidad de actuar de forma apropiada según la situación y lograr un resultado específico, apropiado para cubrir las necesidades de interacción relativas a una actividad específica (p. ej. flexibilidad de roles, adaptabilidad, resolución de conflictos); en condiciones de trabajo en grupo, el término se utiliza

ocasionalmente como sinónimo del término '*team player*' o buen miembro del equipo (que es igual de impreciso en su aplicación).

<http://www.personalpsychologie.com/glossary.html>

Guralnick (2007) describe 3 habilidades principales que contribuyen a la competencia social, centradas mayormente en los contactos con pares. Sin embargo, para los niños en el contexto de vulnerabilidad mental, cualquier tipo de contacto con otras personas sanas parece ser importante – especialmente para minimizar el riesgo de exclusión social.

- a) entrar en contacto con otros niños
- b) compartir “realidades” comunes y seguir reglas comunes
- c) resolver conflictos.

La competencia social requiere

- A) la disposición de los padres a permitir el contacto con pares u otras personas
- B) situaciones concretas para conocer a otros niños
- C) apoyo para el niño, para que entre en contacto, por ejemplo, con otros niños

Factores heurísticos asociados

*Yo tengo niños con los que puedo jugar e interactuar*

*Yo puedo entrar en contacto con ellos, participar en sus juegos y resolver conflictos*

*Yo soy respetado por otros niños y en un contexto más amplio, por otras personas*

### **2.3.1.9 Entereza**

La entereza fue descrita por primera vez por Kobasa (1979) como un proceso de evaluación cognitiva compuesto de tres características: desafío, compromiso y control.

La entereza (Kobasa y Maddi) es la combinación de un locus interno de control, la apreciación de los desafíos como una oportunidad, y el compromiso con uno mismo.

Junto con la autoeficacia y el control del ego, la entereza describe la capacidad de un individuo de realizar metas autodeterminadas. En muchos niños en el contexto de padres mentalmente vulnerables, se observa que debido al menor esfuerzo por parte de los padres, algunos niños tienden a mostrar conductas de evitación ya que no reciben los estímulos adecuados a su edad o una respuesta apropiada a su conducta.

El objetivo principal de reforzar la entereza, por tanto, es siempre ir un paso más allá e intentar motivar al niño para que se esfuerce un poco más. Sin embargo, esto no significa que el niño deba esforzarse “más” para salvar a los padres (especialmente en el campo de las adicciones).

Estos factores asociados de “yo puedo” y los consiguientes de “yo soy”, se centran en aspectos como

*Yo puedo evaluar si puedo cambiar las cosas.  
Yo siempre me esfuerzo un poco más.  
Yo puedo hacerlo un poco mejor si lo intento.  
Yo estoy orgulloso de mí mismo.*

## B) Factores específicos:

### **2.3.1.10 Información sobre la enfermedad o vulnerabilidad de los padres**

Se ofrece una explicación específica y detallada en el módulo “Cómo informar a los niños”. La información acorde con su desarrollo, sobre lo que les está ocurriendo a los padres ayuda a los niños a “re”interpretar y “re”atribuir el sufrimiento percibido o la conducta “extraña” de sus padres; lo que me preocupa es una “enfermedad”, existe “ayuda”, “no tiene nada que ver conmigo” y yo puedo sentirme seguro.

Se han de destacar dos cuestiones:

Es importante que los niños puedan ver que sus padres están motivados para buscar ayuda. Los niños entonces experimentarán que durante los eventos vitales difíciles es importante buscar ayuda.

La información sobre la enfermedad mental debe permitir también la diferenciación: qué conducta del progenitor se debe a su vulnerabilidad mental y cuál forma parte de su “historia” en términos de factores de la personalidad (sin embargo, esto puede ser complicado en el terreno de los “trastornos de personalidad”).

Este aspecto ayuda a diferenciar posibles reacciones emocionales del niño (especialmente si los padres no buscan ayuda): la información sobre la posible enfermedad mental no significa que el niño excuse a los padres o que no estén permitidas las emociones. Aunque el niño pueda saber que el padre padece toxicomanía, alcoholismo u otra enfermedad mental, no quiere decir que el niño no esté enfadado, triste o alterado por ello.

Siempre que se informe a los niños sobre el impacto de la enfermedad o los síntomas, debe tenerse en cuenta también este impacto emocional en términos de las preguntas: ¿Cómo te afecta? ¿Qué sientes al respecto? En un ambiente óptimo, será el progenitor mismo el que haga las preguntas al niño.

Sobre todo, si los niños tienden a asumir demasiadas responsabilidades a través de la parentificación, puede existir un riesgo de que también asuman la responsabilidad de la enfermedad y su tratamiento.

El segundo aspecto se refiere al consentimiento informado necesario de los padres o tutor legal que tenga atribuida la guarda y custodia.

Se ha observado que, incluso niños pequeños de dos o tres años, reconocen los cambios de conducta de sus padres y por tanto necesitan una interpretación de lo que les está ocurriendo a sus padres. En un ambiente óptimo, los padres mismos junto con los profesionales, aportan la información sobre su enfermedad. A veces, los niños en este contexto pueden mostrar desinterés hacia lo que dicen los profesionales. Esto se puede interpretar como un signo de protección o lealtad hacia los padres. En estos casos, no hay que insistir en enfrentar al niño con el diagnóstico, sin embargo, es necesaria la entereza, por ejemplo, si los padres han de estar hospitalizados. En este caso, hay que informar al niño. La angustia del hospital a veces puede representarse a través de juegos (p. ej. el osito de peluche está enfermo, ¿qué podemos hacer al respecto?).

Si el tema de la custodia llega a los juzgados, se debe informar bien a los niños acerca de la situación jurídica y sus procedimientos. Existe evidencia de que los niños son capaces de comprender los procedimientos a partir de los cinco o seis años. Una pregunta asociada en este contexto, que sirve para explicar, por ejemplo, el posible acogimiento familiar, es “¿Qué necesitan los niños para ser felices?” Los niños mismos podrían expresar factores relevantes y, mediante un diálogo, se puede evaluar hasta qué punto estos factores se encuentran en la familia.

No obstante – especialmente con enfermedades crónicas – demasiada información, por ejemplo, sobre el pronóstico, puede suponer también una “carga” para el niño. A veces los niños parecen ser más competentes ante la enfermedad que los padres (especialmente si los padres no muestran un buen cumplimiento).

De una forma heurística, la información está conectada con marcados factores de ‘yo tengo’, ‘yo puedo’ y ‘yo soy’:

*Yo tengo personas que me informan de una manera adecuada a mi edad sobre mi situación  
Yo tengo alguien que me ayuda a comprender y diferenciar las conductas de mis padres*

*Yo tengo alguien que me protege*

*Yo puedo entender lo que está ocurriendo en mi familia y yo puedo expresar mis emociones y temores al respecto*

*Yo no me siento responsable ni culpable por los síntomas o la salud de mis padres.*

### **2.3.2 Factores de resiliencia centrados en el sistema familiar**

Puesto que los niños pequeños son el centro de nuestra atención y en la mayoría de los casos, la familia puede considerarse el principal factor de socialización, se puede por tanto considerar relevante apoyar a los procesos de resiliencia. Una vez más, en esta sección se distingue entre factores de resiliencia generales y específicos de salud mental.

#### A: Factores y procesos generales centrados en el sistema familiar

##### **2.3.2.1 Persona de apego sana (adulto)**

La seguridad o inseguridad del apego temprano se considera un factor significativo protector o de riesgo respectivamente, en el desarrollo de psicopatologías

[http://www.cyf.vic.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/16021/cp\\_hri\\_attachment.pdf](http://www.cyf.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/16021/cp_hri_attachment.pdf)

El sistema de apego está continuamente activo. Cuando los bebés se sienten seguros, protegidos y profundamente convencidos de la disponibilidad de su persona de apego, salen a explorar con vigor, absortos en el juego. Si detectan peligro, se alarman, se sienten abandonados o amenazados, afloran sus necesidades de apego y buscan la proximidad a su bastión de seguridad, su persona de apego especial.

[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa4097/is\\_200310/ai\\_n9314582/](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4097/is_200310/ai_n9314582/)

El niño necesita al menos una persona de apego sana en su entorno cotidiano relevante (Egeland et al. 1993). No tiene por qué ser necesariamente el padre o la madre. Es importante que sea una persona disponible física y emocionalmente. Por ejemplo, para los adolescentes podría ser un buen amigo (adulto), un vecino o un mentor. Habría que intentar evaluar si hay una persona disponible y cómo activarla o cómo activarla más en relación con las necesidades del niño.

Aspectos asociados:

*Yo (de forma continuada) tengo al menos a una persona sana con la que me siento seguro y protegido y en quien puedo confiar.*

*Esta persona está disponible (fácilmente) para mí.*

##### **2.3.2.2 Crianza positiva**

El grado de respuesta (o crianza positiva) es un término derivado de la teoría del apego social y destaca un rango mayor de respuestas de los padres así como una mayor amplitud de su disposición contingente basada en la conducta del niño. (Wahler et al. 1997)



a) Percibir las necesidades del niño, b) reaccionar en un plazo de tiempo adecuado, c) de una manera acorde con su desarrollo y d) proporcionar calidez emocional, son factores que contribuyen a la probabilidad de un desarrollo sano del niño.

La crianza positiva requiere sentirse seguro y protegido, tanto para el niño como para el progenitor. Es una condición previa básica para cualquier desarrollo posterior de funciones y necesidades, y exige padres disponibles emocional y físicamente. Dentro de nuestros esfuerzos profesionales por reforzar la resiliencia en el niño, hay que tener en cuenta 4 aspectos:

- a. ¿Cuán – y hasta qué punto – constantemente sensible es el padre mentalmente vulnerable hacia las necesidades de su hijo?
- b. ¿Es posible y probable que ésta sensibilidad se aprenda o aumente?
- c. ¿Hay alguna otra persona de apego relevante que pueda compensar posibles déficits?
- d. ¿Somos capaces de facultar al niño para que exprese sus necesidades mejor?

Dar apoyo a la crianza positiva – dentro de los programas de formación existentes, p. ej. STEEP (Erickson y Egeland 2009), tiene que ver principalmente con dar una respuesta positiva a las personas mentalmente vulnerables sobre lo que están haciendo (¿publicaciones?). Estos comentarios se pueden ofrecer mediante video, analizando las necesidades expresadas por el niño y cómo los padres cubren dichas necesidades o mediante el *role-play* o simulación de actividades.

La crianza positiva puede otorgar poder, sin embargo, existen ciertas limitaciones con los padres que se encuentran en un estado psicótico agudo o incluso con una depresión moderada. La crianza positiva también ha de tener en cuenta que los profesionales asumen fácilmente el papel del “buen padre” y corren el riesgo de “anular” al progenitor cuando trabajan con el niño.

En términos de factores ‘yo tengo’:

*Yo tengo personas que me proporcionan un apego seguro constante y reaccionan de una forma predecible y cariñosa*

*Yo tengo personas que pueden percibir mis necesidades*

*Yo tengo personas que pueden satisfacer mis necesidades adecuadamente y de forma oportuna*

*Hay material específico (p. ej. juguetes, etc.) disponible para apoyar mi desarrollo*

*Yo puedo expresar mis necesidades.*

### **2.3.2.3 Roles y estructura en la familia**

Las rutinas son la forma en la que se organizan las familias para realizar las tareas, pasar tiempo juntos y divertirse. Cada familia tiene sus propias rutinas únicas. Las rutinas ayudan a los miembros de la familia a saber quién debe hacer qué, cuándo, en qué orden y con qué frecuencia. Por ejemplo, una familia puede tener:

- rutinas diarias, para prepararse por las mañanas, la hora del baño, la hora de irse a la cama y las comidas, los saludos y las despedidas
- rutinas semanales, para las tareas domésticas, como lavar y limpiar
- rutinas anuales de vacaciones y reuniones con toda la familia.

[http://raisingchildren.net.au/articles/family\\_routines\\_how\\_and\\_why\\_they\\_work.html](http://raisingchildren.net.au/articles/family_routines_how_and_why_they_work.html)

Tanto las rutinas como los rituales familiares se refieren a prácticas específicas, repetidas en las que participan 2 o más miembros de la familia (Spagnola et al. 2007)

Las rutinas, los roles claros y la estructura familiar (aunque esto no es demasiado estricto y a veces flexible), proporcionan predictabilidad al niño en el sistema familiar (Werner 1999). Por tanto es importante que los profesionales evalúen qué tipo de ritmos diarios, rituales o estructuras muestra la familia. La evaluación de estos rituales puede orientarse hacia las actividades cotidianas del niño. A veces herramientas externas como un calendario, ayudan al niño a identificar rituales y estructuras. Los rituales y estructuras son, en gran medida, factores externos asociados a los siguientes aspectos:

*Yo tengo personas que hacen que mi vida sea previsible (p. ej. mediante rituales y estructuras)*

*Yo tengo alguien que me otorga una sensación de seguridad y protección mediante la predictabilidad.*

*Yo tengo personas que me informan sobre los planes que me afectan.*

### **2.3.2.4 Relación positiva**

Las relaciones habitualmente implican cierto nivel de interdependencia. Las personas dentro de una relación se influyen mutuamente, comparten pensamientos y sentimientos, y participan en actividades conjuntamente. Debido a esta interdependencia, la mayoría de las cosas que modifican o impactan a un miembro de la relación, tendrán algún nivel de impacto sobre el otro miembro.

[http://en.wikipedia.org/wiki/Interpersonal\\_relationship](http://en.wikipedia.org/wiki/Interpersonal_relationship)

Como padre, tener una relación de pareja (positiva) puede, en la mayoría de los casos, considerarse un factor de resiliencia (Carro et al. 1993), a menos que la relación en sí sea el núcleo de riesgo, peligro o conflicto. La evaluación de una relación de pareja positiva requiere un diálogo entre todos los miembros relevantes, no sólo el progenitor vulnerable o el sano. Sin embargo, hay que recalcar que la vulnerabilidad mental de un progenitor a menudo supone una gran carga para toda la relación o puede dar lugar a una crisis vital significativa

(incluyendo la codependencia, p. ej. en el contexto del alcoholismo). La relación de pareja positiva está relacionada con:

Factores “yo tengo”; factores “yo puedo” y factores “yo soy”:

*Yo tengo padres que se quieren y se respetan  
Aunque un progenitor pueda estar enfermo, yo puedo confiar en el otro  
Yo soy querido y respetado porque mis padres se quieren y se respetan mutuamente.*

### **2.3.2.5 Nivel educativo/empleo de los padres**

Nivel educativo: nivel de formación alcanzada o estudios del individuo.

<http://www.reference.md/files/D004/mD004522.html>

Como se ha señalado en el contexto del niño, las habilidades cognitivas, e indirectamente, los resultados educativos y el empleo de los padres, desempeña un papel decisivo, puesto que habitualmente están correlacionados con una mayor funcionalidad (social) (Sieverding 1995). Es bien sabido que el desempleo, un bajo nivel educativo, etc. están asociados a un mayor sufrimiento percibido en las familias. Mientras que los padres sean capaces de realizar tareas en el mercado laboral, se puede plantear la hipótesis de que los síntomas de su enfermedad son discretos y no impiden su funcionamiento social y/o profesional. Asimismo, la disponibilidad y búsqueda de ayuda también están correlacionadas con el nivel educativo de los padres. En segundo lugar, el empleo o las actividades relacionadas (p. ej. cursos de formación para adultos vulnerables) en la mayoría de los casos también significan que el niño puede pasar algún tiempo en otro entorno, como en una guardería o escuela infantil.

Sin embargo – especialmente con relación a la enfermedad crónica – el desempleo es un factor que debe ser tenido en cuenta. Contar con medios económicos suficientes – por otro lado – es un factor protector en los sistemas familiares vulnerables.

Factores relacionados:

*Yo tengo padres que están bien formados e integrados en el mercado laboral.  
Yo puedo pasar parte del día en un entorno saludable mientras mi progenitor está trabajando.*

B: Factores específicos:

### **2.3.2.6 Salud mental y cumplimiento de los padres**

Cumplimiento: El grado de constancia y precisión con el cual un paciente sigue un régimen prescrito, a diferencia de la adherencia o el mantenimiento.

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/compliance>

El estado de salud mental del progenitor vulnerable es un fuerte predictor de posibles peligros o factores protectores para el niño (Frankfurter und Bielefelder Studie). No el diagnóstico en sí, sino la intensidad de los síntomas, desempeña un papel decisivo en cuanto al posible impacto de la enfermedad sobre el niño.

4 aspectos son significativos para el padre vulnerable en este contexto, y son factores significativos para la evaluación:

- A) Propio cumplimiento (en términos del propio reconocimiento de que “yo no estoy mentalmente bien, padezco depresión, psicosis, tomo drogas o bebo demasiado o con demasiada frecuencia)
- B) Cumplimiento relativo a la posible medicación o psicoterapia
- C) Cumplimiento de los servicios
- D) Cumplimiento para comprender la situación y necesidades del niño

Dentro del espectro de trastornos psiquiátricos, la evaluación la deberá realizar generalmente un psiquiatra altamente especializado. Factor heurístico asociado:

*Yo tengo padres que son capaces de reconocer que necesitan ayuda para su salud mental.  
Yo tengo padres que buscan ayuda.*

### **2.3.3. Factores ambientales**

#### **2.3.3.1 Contacto social con miembros del grupo de pares socialmente bien adaptados**

Un grupo de pares es un grupo social compuesto de personas que son iguales en aspectos como la edad, la formación o la clase social. Los miembros de un grupo de pares concreto a menudo tienen intereses y orígenes similares, unidos por la premisa de homogeneidad.

[http://en.wikipedia.org/wiki/Peer\\_group](http://en.wikipedia.org/wiki/Peer_group)

Este factor de resiliencia se centra en la disponibilidad de contacto con el grupo de pares (niños de más o menos la misma edad, principalmente sin alteraciones observables de conducta o emocionales) p. ej. en una escuela infantil, grupo lúdico, en el barrio, etc. Está estrechamente relacionado con los factores “yo tengo”:

*Yo tengo amigos con los que puedo jugar y hacer actividades.  
Yo tengo amigos con los que puedo compartir mis preocupaciones.*

Pero también está muy relacionado con los factores “yo puedo”:

*Yo puedo entrar en contacto con mis amigos, podemos jugar juntos y también puedo resolver los conflictos con ellos.*

*Yo puedo confiar en mis amigos.*

El factor asociado “yo soy” es:

*Yo soy alguien socialmente aceptado y bien integrado.*

### **2.3.3.2 Rendimiento académico**

El rendimiento académico se refiere a cómo los alumnos abordan sus estudios y cómo manejan o realizan distintas tareas que les dan los profesores. El rendimiento académico es la capacidad de estudiar y recordar datos y poder comunicar el propio conocimiento verbalmente o por escrito.

[http://wiki.answers.com/Q/What\\_is\\_meant\\_by\\_academic\\_performance](http://wiki.answers.com/Q/What_is_meant_by_academic_performance)

Comparable al factor de resiliencia centrado en el niño de desarrollo cognitivo o desarrollo en general, el rendimiento académico positivo refuerza la autoestima de los niños y les proporciona mejores oportunidades en la vida. Al igual que el estímulo del desarrollo, los ambientes educativos institucionales en particular deberían intentar hacer todo lo posible por aumentar el nivel de habilidades académicas de los niños vulnerables. Aspectos asociados:

*Yo soy bueno haciendo cosas*

*Yo soy capaz de comprender lo que sucede a mi alrededor.*

### **2.3.3.3 Disponibilidad de apoyo y ayuda**

El apoyo social (tanto de manera profesional como informal) es el consuelo físico y emocional que nos otorga nuestra familia, amigos, compañeros de trabajo y demás personas (...). Un aspecto importante del apoyo es que un mensaje o experiencia de comunicación no constituye apoyo a menos que el receptor lo considere así. El apoyo social, en un sentido, estricto ha sido definido de diversas maneras. (...) Se han investigado varios tipos de apoyo social, como el instrumental (p. ej. ayudar con un problema), el tangible (p. ej. donar bienes), el informativo (p. ej. dar consejos), y el emocional (p. ej. tranquilizar), entre otros. La salud y el bienestar no son meramente el resultado de una provisión real de apoyo, sino que son también consecuencia de la participación en un contexto social significativo.

[http://en.wikipedia.org/wiki/Social\\_support](http://en.wikipedia.org/wiki/Social_support)

Este factor de resiliencia se centra en los servicios profesionales disponibles que aportan algún tipo de apoyo al niño y a la familia. Sin embargo, en el campo de niños con padres mentalmente vulnerables, se observa que los servicios tienden a infravalorar el padecimiento de los niños. Al mismo tiempo, los padres no acuden fácilmente a los servicios debido a:

- que sienten vergüenza
- que tienen miedo a perder la custodia de sus hijos
- falta de cumplimiento, o
- es posible que los niños no muestren síntomas de tensión

*Yo tengo ayuda profesional.*  
*Yo puedo buscar ayuda.*  
*Yo soy autónomo (de una forma acorde con mi edad).*

#### **2.3.3.4 Otros adultos sanos**

Otros adultos sanos con los que el niño pueda realizar actividades divertidas son un poderoso factor de resiliencia (véase también “persona de apego sana”). En general, las familias tienden a aislarse socialmente. Por tanto, los profesionales deben centrarse en la evaluación cuidadosa de los adultos potenciales que podrían estar disponibles para el niño, aunque sólo sea durante algunas horas.

Factores relacionados:

*Yo tengo alguien aparte de mis padres que me cuida*  
*Yo tengo alguien que es un ejemplo positivo para mí*  
*Yo puedo hacer cosas que no puedo hacer habitualmente con mis padres.*

#### **2.3.3.5 Intereses, actividades dentro de la comunidad**

Este factor se refiere a dos cuestiones, la primera está más centrada en el niño. ¿Qué otros intereses, competencias específicas, muestra el niño? p. ej. fútbol, ajedrez, interés específico por los animales, etcétera. La segunda se basa en los servicios comunitarios necesarios, como clubes de fútbol, que puedan cubrir estas necesidades. No obstante, para los niños muy pequeños, es posible que este factor de resiliencia no esté siempre disponible, ya que los niños necesitan tener cierta edad, por ejemplo, para entrar en un club de fútbol.

Factores relacionados:

*Yo estoy interesado en diversas cosas (p. ej. deportes...)*  
*Yo puedo seguir mis intereses.*  
*Yo soy activo.*

#### **2.3.3.6 Espiritualidad/sentido de coherencia**

Tradicionalmente, las religiones han considerado la espiritualidad como un aspecto integral de la experiencia religiosa y durante mucho tiempo han sostenido que las personas seculares (no religiosas) no pueden experimentar la “verdadera” espiritualidad. Muchos siguen equiparando la espiritualidad con la religión, pero la caída de la participación en las religiones organizadas y el aumento del secularismo en el mundo occidental, ha dado lugar a una visión más amplia de la espiritualidad.

<http://en.wikipedia.org/wiki/Spirituality>

La experiencia demuestra que los niños y familias que viven en el contexto de ciertos valores o creencias espirituales parecen estar más protegidos contra las situaciones adversas que los

niños sin este contexto. En la evaluación de los niños y la planificación de los servicios, hay que tener en cuenta si hay valores espirituales específicos que sean importantes en el sistema familiar.

En este contexto, Antonovsky (1987) habla del sentido de coherencia, integrando

- ser capaz de comprender una situación (por qué la situación es así)
- manejar la situación (¿qué puedo hacer yo activamente?), y
- hallar sentido dentro de cierto evento vital (yo puedo percibir un “sentido” dentro de cierta situación)

Sin embargo, hay que señalar que la espiritualidad no se limita a cierta religión, sino que significa que un niño o familia cumple o cree ciertos valores (dependientes del contexto social). La espiritualidad también puede incluir aspectos de paciencia y comprensión (para aceptar aquellos aspectos de la vida que yo no soy capaz de cambiar). Aspectos asociados:

*Yo tengo personas que siguen ciertos valores.*

*Yo puedo aceptar la situación hasta cierto grado, que yo no puedo cambiar.*

*Yo creo en algo*

*Yo estoy protegido*

### 3. Bibliografía

- Ahmann, E., Bond, N. J. (1992): Promoting normal development in school age children and adolescents who are technology dependent: A family centered model. *Paediatric Nursing*, 18, 399-405
- Antonovsky, A. (1987): *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco
- Carro, M. G., Grant, K. E., Gotlib, I. H., Compas, B. E. (1993): Postpartum depression and child development. An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 5, 567-579
- Egeland, B., Carlson, L., Stroufe, L. A. (1993): Resilience as a process. Special issue: Milestones in the development of resilience. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528
- Erickson, M.F., Egeland, B. (2009). *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung: Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm*. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Kotta
- Festinger, T. (1983) *No one ever asked us. A postscript to foster care*. New York: Columbia University Press
- Guralnick, M. J., Neville, B., Hammond, M. A., & Connor, R. T. (2007). The friendships of young children with developmental delays: A longitudinal analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 64-79
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, H. (1999): Was wird aus Risikokindern? In: G. Opp, M. Fingerle, A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt*. Reinhardt, München, 71-93
- Lösel, F., Bender, D. (1994) *Lebenstüchtig trotz schwieriger Kindheit. Psychische Widerstandskraft im Kindes- und Jugendalter*. *Psychoscope* 7, 14-17
- Maybery, D.J. (2006) Prevalence of parental mental illness in Australian families. <http://pb.rpsych.org/cgi/content/abstract/33/1/22> retrieved 8.7.2009
- Masten, A.S. & Powell, J.L. (2003). "A Resiliency Framework for Research, Policy and Practice". in Luthar, S. (ed.) *Resiliency and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversity*. Cambridge University Press: Cambridge, pp.1-29.
- Spagnola M., Fiese, B., H. (2007). Family Routines and Rituals. A context for development in the lives of young children. *Infants & Young Children*, 20.4., 284-299
- Petermann, F., Schmidt, M.H. (2006) Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungs-pathologie? *Kindheit und Entwicklung*, 15.2, 118-127
- Petermann, F., Schmidt, H.M. (2009) Ressourcenorientierte Diagnostik – eine Leerformel oder nützliche Perspektive. *Indheit und Entwicklung*, 18.1, 49-56
- Pretis, M., Dimova, A. (2004). *Frühförderung bei Kindern psychisch kranker Eltern*. München: Reinhardt
- Rende, R. D., Plomin, R., Reiss, D., Hetherington E. M. (1993): Genetic and enviromental influences on depressive symptomatology in adolescence: individual differences and extreme scores. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry*, 34, 1387-98
- Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611
- Wahler, R.G, Meginnis, K.L., Wahler *Strengthening Child Compliance through Positive Parenting Practices: What Works?* *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 26, 1997
- Werner, E. E. (1993): Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515
- [www.who.int/about/definition/en/print.html](http://www.who.int/about/definition/en/print.html)
- [www.wfnetwork.bc.edu/glossary\\_entry.php?term=Child%20Development.%20Definition\(s\)%20of&area=All](http://www.wfnetwork.bc.edu/glossary_entry.php?term=Child%20Development.%20Definition(s)%20of&area=All)
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Child\\_development](http://en.wikipedia.org/wiki/Child_development)
- <http://www.parenting-ed.org/handout3/General%20Parenting%20Information/infant%20temperament.htm>
- <http://en.wikipedia.org/wiki/Self-efficacy>
- [www.psychology.about.com/od/theoriesofpersonality/a/self\\_efficacy.htm](http://www.psychology.about.com/od/theoriesofpersonality/a/self_efficacy.htm)
- <http://www.thefreedictionary.com/optimism>
- [http://www.selfgrowth.com/articles/Definition\\_Optimism.html](http://www.selfgrowth.com/articles/Definition_Optimism.html)
- <http://www.personalpsychologie.com/glossary.html>
- [http://www.cyf.vic.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/16021/cp\\_hri\\_attachment.pdf](http://www.cyf.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/16021/cp_hri_attachment.pdf)
- [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa4097/is\\_200310/ai\\_n9314582/](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4097/is_200310/ai_n9314582/)
- [http://raisingchildren.net.au/articles/family\\_routines\\_how\\_and\\_why\\_they\\_work.html](http://raisingchildren.net.au/articles/family_routines_how_and_why_they_work.html)
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Interpersonal\\_relationship](http://en.wikipedia.org/wiki/Interpersonal_relationship)
- <http://www.reference.md/files/D004/mD004522.html>
- <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/compliance>
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Peer\\_group](http://en.wikipedia.org/wiki/Peer_group)
- [http://wiki.answers.com/Q/What\\_is\\_meant\\_by\\_academic\\_performance](http://wiki.answers.com/Q/What_is_meant_by_academic_performance)
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Social\\_support](http://en.wikipedia.org/wiki/Social_support)
- <http://en.wikipedia.org/wiki/Spirituality>