

EVALUACIÓN CON UN ENFOQUE INTEGRATIVO, DE LOS CONSTRUCTOS VULNERABILIDAD/RESILIENCIA

Autores: Lic. Maria del Rosario Mendoza Zelis, Lic. Maria Claudia Riat, Lic. Claudia A. Costantini, Lic. Soledad Tonin. Dra. Helena Ana Lunazzi

e-Mail: mgdelafuente@hotmail.com

Palabras clave (Keywords): Vulnerabilidad Estrés apoyo Escala

Resumen

Dentro de las enseñanzas pioneras que nos aportó S.Freud (1916-1917) contamos con el de las “Series Complementarias”, donde estableció el reconocimiento de una base necesariamente compleja en el estudio y tratamiento de los procesos mentales. A menudo en evaluación diagnóstica, enfrentamos la problemática de diferenciar mediante dispositivos o técnicas cortas, procesos en los que intervienen numerosas dimensiones de igual importancia, sin caer en enfoques reductivos.

Las intervenciones evaluativas aspiran dar acabada cuenta al reconocimiento de los procesos disruptivos de eficacia traumática, entendiendo que los mismos obtienen o mitigan su iatrogenia según las cualidades somatomentales de los sujetos y de sus sistemas vinculares. Las situaciones traumáticas, pueden derivar en consecuencias devastadoras en terrenos de personalidad vulnerable o podrán despertar resiliencia, en tanto “la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, 2001).

Los constructos Vulnerabilidad y Resiliencia, que han adquirido gran difusión en la última década, requieren su lectura dentro de un modelo biopsicosocial (Lutgendorf y Constanzo, 2003) La vulnerabilidad, particularmente ha de leerse integrativa y holísticamente en la trama íntima que la sostiene. Así podemos hablar de un sistema psicológico, uno neurológico, uno endocrino y uno inmunológico, en constante interacción con su medio y en el cual la mente juega a su vez, recursivamente, un activo rol. (Lunazzi, 2006). En nuestro país se han desarrollado instrumentos de evaluación (Zukerfeld y Zukerfeld, 1999), que apuntan a captar la interacción entre funcionamiento psíquico, capacidad de afrontamiento, red vincular, estrés y vulnerabilidad-resiliencia.

Objetivo

Nos ha interesado estudiar la presencia de vulnerabilidad según el modelo integrativo, en distintas muestras poblacionales.

Hipótesis

Mayor vulnerabilidad cuanto menor el apoyo social aunque el factor enfermedad somática sea grave.

Metodología

Se administró la EVS-25, y los cuestionarios de Estrés y Red de apoyo social, dentro de condiciones de entrevistas clínicas.

Muestras

utilizadas No-pacientes = 111 (en dos submuestras)
Pacientes = 42
Muestra TOTAL =153

Resultados

Se obtuvo según modelo dimensional, la distribución de las muestras según : 1.-sujetos vulnerables sintomáticos, 2.- sujetos vulnerables Asintomáticos 3.-sujetos No vulnerables sintomáticos y 4.- sujetos No vulnerables Asintomáticos

La intervención de la variable apoyo social mostró diferencias muy significativas

Conclusión

Para constituirse en el recurso de elección para la implementación de las intervenciones psicoterapéuticas y de asistencia social que los casos merezcan, los enfoques evaluativos deben captar las interacciones entre los factores psicosociales y biológicos, en la etiología y progresión de las enfermedades. Se han diseñado instrumentos confiables y válidos, que resultan promisorios y fecundos.

Trabajo Completo

Pensamos comenzar este trabajo, refiriéndonos a los constructos Vulnerabilidad / Resiliencia desde un enfoque integrativo, que reúne la interacción de las dimensiones a la vez psíquicas, biológicas, vinculares y sociales.

Este enfoque integrativo nos remite a las enseñanzas pioneras de Sigmund Freud, quien en las Conferencias de Introducción al Psicoanálisis, conferencia 23, 1916-1917, trata de responder a la pregunta acerca de la causación de las neurosis, interrogándose si las mismas responden a factores exógenos o endógenos.

Así formula el concepto de “series complementarias” donde estableció el reconocimiento de una base necesariamente compleja en el estudio y tratamiento de los procesos mentales, superando de esta manera la alternativa que obligaría a elegir entre uno u otro factor. Por razones de tiempo no profundizaremos en este tema..

Dentro de esta conceptualización de las series complementarias, nos detendremos para hacer referencia al concepto de trauma psíquico: según el diccionario de Laplanche y Pontalis: “acontecimiento de la vida del sujeto, caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica.”

Aspirando a dar cuenta del reconocimiento de los “procesos disruptivos de eficacia traumática, entendiendo que los mismos obtienen o mitigan su iatrogenia, según las

cualidades somatomentales de los sujetos y de sus sistemas vinculares”¹, profundizaremos en dos conceptos fundamentales: Vulnerabilidad y Resiliencia.

Las situaciones traumáticas pueden derivar en consecuencias devastadoras en terrenos de personalidad vulnerable o podrán despertar resiliencia.

Estos dos constructos requieren su lectura dentro de un modelo biopsicosocial.

(Lutgendorf y Constanzo, 2003). Este modelo es entendido como la interacción entre los factores biológicos y psicosociales en la etiología y producción de la enfermedad. Según estos autores, la forma en que el individuo interpreta y responde al medio ambiente determina la respuesta al estrés, influye en el comportamiento de la salud, contribuye a la respuesta inmune y neuroendocrina y puede finalmente producir enfermedad. Para poder comprender los procesos que se viven en nuestra sociedad actual, es fundamental el concepto de Vulnerabilidad Psico-Social: “grado de fragilidad psíquica que sufren las personas por haber sido desatendidas en sus necesidades básicas: seguridad afectiva, económica, protección, educación, como así también estar provistas de comida, agua potable, vivienda, vestimenta, trabajo y salud. La situación de vulnerabilidad se juega predominantemente frente a lo social, porque se genera como una falla en la contención (grupal y comunitaria) al no poder acceder al cumplimiento efectivo de los Derechos Humanos fundamentales”².

La vulnerabilidad, particularmente, ha de leerse integrativa y holísticamente en la trama íntima que la sostiene. Así podemos hablar de un sistema psicológico, uno neurológico, uno endocrino y uno inmunológico en constante interacción con su medio y en el cual la mente juega a su vez, recursivamente un activo rol.³

En el presente trabajo nos detendremos la Vulnerabilidad Somática

VULNERABILIDAD SOMÁTICA

El término vulnerabilidad alude a fragilidad o posibilidad de ser dañado. Los adjetivos a veces aluden al origen de la vulnerabilidad, vulnerabilidad social por ejemplo, y otras veces, como en el caso del constructo vulnerabilidad somática al lugar donde ésta se manifiesta. En la

¹ Zukerfeld, Ruben y Zonis Zukerfeld, Raquel. (2007). Desarrollo resiliente y redes vinculares. APSA.

² Domínguez Lostaló, Juan Carlos. (1996) Vulnerabilidad Ficha de la Cátedra de Psicología Forense de la UNLP.

³ Lunazzi, Helena. (2006) La Alexitimia en la Artritis Reumatoidea. Publicación Digital Colección Memoria Académica FHCE.UNLP.URL

historia del psicoanálisis, a la que nos referimos en el comienzo, esta noción es parte del concepto de disposición dentro de las series complementarias freudianas. Muchos autores han desarrollado ideas sobre la importancia del vínculo temprano. No podemos dejar de mencionar las investigaciones de Pierre Marty sobre el tema vulnerabilidad. Describe los conceptos de vida operatoria, depresión esencial y el problema de la mentalización y sus déficit, base histórica del constructo vulnerabilidad descripto.

Mc Dougall⁴ relaciona el término vulnerabilidad somática con un psiquismo escindido, representaciones de cosa sin valencia afectiva, la escisión del polo psíquico del polo somático del afecto, deja al soma encargado de resolver el conflicto a través de una solución orgánica, definiendo así la vulnerabilidad somática.

En nuestro país quienes han profundizado en los constructos vulnerabilidad/ resiliencia han sido, especialmente R. Zukerfeld y R. Zonis Zukerfeld, autores que desarrollaron la escala EVS-25, que conjuntamente con las medidas de la red vincular, hicieron posible establecer grados de vulnerabilidad.

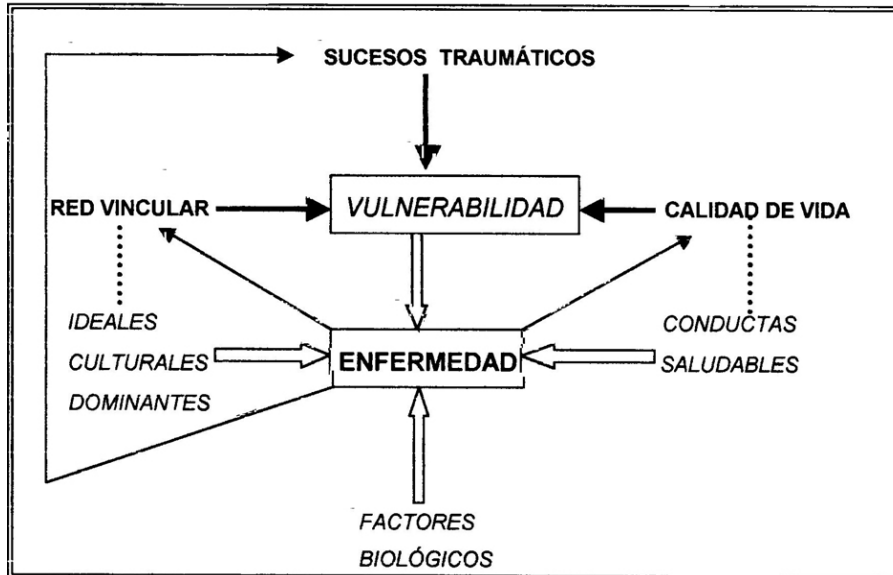
Los autores antes mencionados dirán que desde el punto de vista psicoanalítico se puede definir el constructo vulnerabilidad como “el predominio y ulterior cristalización del modo de funcionamiento psíquico propio del inconsciente escindido -es decir de lo irrepresentable- cuyas manifestaciones se expresan clínicamente en el déficit de la actividad fantasmática, en la precariedad de los recursos del yo para afrontar sucesos vitales, y por la tendencia al acto-descarga comportamental y/o somática.”

En su modelo general manifiestan que esta cristalización es correlativa a la magnitud de los sucesos traumáticos, al déficit en la función sostén del objeto y a las características de la calidad de vida del sujeto, generando un potencial inespecífico para el desarrollo de la patología. La producción de la patología dependerá además de factores biológicos, genéticos, congénitos y adquiridos precozmente; de los ideales culturales dominantes, eficientismo, inmediatez, cambio corporal, que ofertan distintas soluciones para las manifestaciones deficitarias del sujeto y de la posibilidad de desarrollar conductas saludables asociadas a la calidad de vida. La vulnerabilidad es uno de los cuatro vectores patogénicos, y, en los modelos biopsicosociales, corresponde a lo psíquico en un eje diacrónico, mientras los

⁴ Mc Dougall, Joyce. (1996) Alegato por una cierta anormalidad. Editorial Paidós, Buenos Aires

ideales culturales y los comportamientos saludables corresponden a lo social en un eje sincrónico. (Figura 1)

FIGURA 1. MODELO GENERAL DE LA VULNERABILIDAD



Tomaremos el modelo categorial de estos autores, dado que la introducción de este constructo en la teoría permite, en la clínica, una revisión de las categorías sano-enfermo reformulada en términos de cuatro tipos:

sujetos vulnerables- sintomáticos (VS), vulnerables asintomáticos (VA), no vulnerables sintomáticos (NVS) y no vulnerables asintomáticos (NVA). El término sintomático alude a síntomas que se explican médicamente, datos que son obtenidos mediante la Escala de Salud General (ESG).

El VS es un sujeto que padece una enfermedad para la medicina. El VA para la perspectiva médica no padece enfermedad pero presenta los factores considerados de riesgo: ansiedad difusa, depresión esencial, alexitimia, sobreadaptación, los cuales integran el constructo vulnerabilidad. Los NVS son sujetos con existencia de fluidez de funcionamiento psíquico, a pesar del diagnóstico médico de una enfermedad. En los NVA existe fluidez de funcionamiento psíquico y ausencia de síntomas médicos, independiente o no de síntomas neuróticos.

Se reconocen diversos grados de vulnerabilidad que pueden aumentar, disminuir e incluso transformarse en su condición opuesta : **la resiliencia**

RESILIENCIA

Término utilizado para describir personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.⁵

ha definido a la resiliencia como “la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad”⁶.

Zonis Zukerfeld agrega: “esto es posible siempre y cuando exista una figura significativa que pueda acompañar y sostener este proceso”. De esta manera, esta autora introduce uno de los factores más importantes que contribuye a desarrollar la resiliencia, esto es, tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia, relaciones que emanan amor y confianza, que proveen modelos a seguir, y que ofrecen estímulos y seguridad.

Los fundamentos psicológicos implicados en la resiliencia son: la interacción con otro que garantice reconocimiento y la constitución de la autoestima en relación con el humor y la creatividad.

En el presente trabajo haremos especial hincapié en esta cara de la resiliencia, que enfatiza la importancia del vínculo significativo.

PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA

Basándonos en lo investigado con respecto a los constructos Vulnerabilidad y Resiliencia, y atendiendo a las características de la Red Vincular, planteamos la siguiente hipótesis de trabajo:

" MAYOR VULNERABILIDAD CUANTO MENOR EL APOYO SOCIAL, AUNQUE EL FACTOR ENFERMEDAD SOMÁTICA SEA GRAVE".

Pasaremos a transmitir lo realizado:

⁵ Rutter, Michael.(1993) Resilience: Some Conceptual Considerations. Journal of Adolescence Health; vol. 14.

⁶ Grotberg, Edith. (2001) La resiliencia y el mundo de hoy. Editorial Gedisa, Barcelona.

Con el objetivo de estudiar la presencia de vulnerabilidad en distintas poblaciones, administramos las siguientes escalas, dentro de un dispositivo de entrevista clínica:

- EVS 25 (Escala de Vulnerabilidad Somática): consiste en un cuestionario de autollenado de 25 ítems.
- ESG (Escala de Salud General): encuesta que busca establecer cuál es el estado de la salud general del entrevistado.
- Cuestionarios de Apoyo y Estrés, que en forma conjunta determinan la magnitud de la Red Vincular.

Las dos primeras escalas fueron confeccionadas por Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis Zukerfeld, quienes realizaron la adaptación de los Cuestionarios.

La muestra sobre la que realizamos el perfil se compone de: 154 casos de adultos entre 19 y 72 años de ambos sexos y se subdivide de la siguiente manera:

- **42 pacientes** internados en los Servicios de Traumatología y Clínica Médica de los Hospitales Gutiérrez y San Martín de nuestra ciudad y en el Servicio de Cirugía del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero.
- **112 no pacientes:**
 - 62 docentes y no docentes de la Universidad Nacional de La Plata, quienes fueran entrevistados en la Dirección de Salud de la misma Universidad con motivo de entrevistas de pre-empleo y periódicas, dentro del examen psicofísico que se realiza habitualmente; y
 - 50 casos de voluntarios entrevistados en diferentes instituciones públicas de la ciudad.

La muestra no-pacientes presenta las siguientes características:

- Sujetos pertenecientes a clase media-media de la ciudad de La Plata y Gran La Plata
- compuesta por: 48 sujetos de sexo masculino y 64 sujetos de sexo femenino
- con una edad promedio de 36.5 y 38.5 respectivamente.

La muestra pacientes presenta las siguientes características:

- Sujetos pertenecientes a clase-media baja de la ciudad de La Plata y Gran La Plata.
- Compuesta por 21 sujetos de sexo masculino y 21 sujetos de sexo femenino.
- Con una edad promedio de 36,33 y 38,85 respectivamente.

A los fines de evaluar en forma exhaustiva la presencia e interrelación de vulnerabilidad, enfermedad somática y red vincular, trabajaremos con los siguientes rangos de edad:

- 18 a 25 años (juventud temprana)
- 26 a 35 años (juventud mediana)
- 36 a 45 años (adultez temprana)
- 46 años en más (adultez media)

A continuación presentamos los resultados obtenidos en la población "no-pacientes", atendiendo a los rangos de edad que mencionamos:

Cuadro 1 Comparación de los resultados en la muestra No-pacientes según rango de edad:

N= 112

RANGO DE EDAD	ESG	EVS	RV	APOYO	ESTRÉS
18 a 25	1,12	33,65	36,5	48,45	11,95
n= 20					
26 a 35	1,84	31,84	46,06	55,37	9,34
n= 35					
36 a 45	2,21	30,87	36,26	47,43	11,17
n= 23					
46 y más	3,5	35,27	31,61	51,85	14,70
n= 34					

- El factor enfermedad aumenta correlativamente con la edad
- La vulnerabilidad, no presenta variaciones significativas.
- En el grupo de 26 a 35 años se observa una significativa diferencia en cuanto a los puntajes de Red Vincular, Apoyo y Estrés. La percepción de estrés es mucho menor que en los otros grupos.

A continuación presentamos los resultados obtenidos en la muestra de "no pacientes" discriminados por sexo:

Cuadro 2 Comparación de los resultados en la muestra No-pacientes según sexo:

N= 112

	ESG	EVS	RV	APOYO	ESTRÉS
VARONES					
N=48	1,88	30,37	45,77	43,29	7,79
MUJERES					
N= 64	2,52	34	35,5	50,18	14,97

- Si bien las mujeres perciben subjetivamente mayor apoyo que los varones, es tan elevada la percepción del estrés (casi se duplica en relación con los hombres) que determina que la percepción de la Red Vincular como trama intersubjetiva sea significativamente menor.
- Enfermedades somáticas, es más elevada la puntuación en las mujeres que en los hombres.
- El índice de vulnerabilidad también es más elevado en las mujeres.

A los fines de un análisis más profundo, mostramos una correlación entre los datos obtenidos en la muestra "no-pacientes" en función de la edad y el sexo conjuntamente:

Cuadro 3 Comparación de los resultados en la muestra No-pacientes según rango de edad y sexo:

N= 112

	ESG	EVS	RV	APOYO	ESTRÉS
18 a 25 años					
varones n= 9	1	32,4	43,8	52,2	8,3
mujeres n= 11	1,2	33,3	30,4	45,3	14,9
26 a 35 años					

varones n=17	1.8	29.4	49	57.8	4.5
mujeres n=18	1.8	33.4	39.2	53	13.8
36 a 45 años					
varones n=9	2.3	30	30.5	39.8	9.3
mujeres n=14	2.1	31.4	40.5	52.9	12.3
46 años y más					
varones n=13	2.1	28.9	46.8	57.3	10.5
mujeres n=21	4	36.6	30.4	48.4	17.7

- Observando la diferenciación por sexo dentro de cada rango de edad, se nota claramente que siempre es mayor la percepción de estrés en las mujeres.
- Disminución en la percepción de la Red Vincular en varones en el grupo de 36 a 45 años.

Siguiendo los lineamientos de Zukerfeld y Zukerfeld y atendiendo a las escalas de Salud General y de Vulnerabilidad Somática, podemos establecer el modelo categorial. En base a este modelo, presentamos nuestros resultados de la muestra "no-pacientes" en el siguiente cuadro:

Cuadro 4 Modelo Categorial No-pacientes

N= 112

		VULNERABILIDAD			
		SI	NO	TOTAL	%
Enfermedad	SI	15	47	62	55,35%
	NO	9	41	50	44,65%
	TOTAL	24	88	112	
	%	21,43%	78,57%		

Sobre una muestra total de 112 casos, no pacientes observamos:

- 15 sujetos vulnerables sintomáticos (13,39%)
- 47 sujetos no vulnerables sintomáticos (41,96%)
- 9 sujetos vulnerables asintomáticos (8,03%)
- 41 sujetos no vulnerables asintomáticos (36,6%)

A partir de estos resultados y considerando nuestra hipótesis de trabajo: **“Mayor vulnerabilidad cuanto menor el apoyo social, aunque el factor enfermedad somática sea grave”**, es necesario aclarar que el constructo vulnerabilidad es claramente diferenciable del de enfermedad, teniendo en cuenta que el sentido del término sintomático alude a síntomas y signos que se explican clínicamente. No todos los sujetos vulnerables enferman ni todos los sujetos enfermos son vulnerables. De allí cualquier enfermedad puede ser psicósomática o no, dependiendo de las características del funcionamiento psíquico del sujeto.

A continuación realizaremos una comparación entre las dos muestras:

- observamos diferencias significativas en cuanto a la presencia de Vulnerabilidad Somática y de Enfermedad (cuadros 4 y 5):

Cuadro4 Modelo Categorical

No-pacientes

N=112

ENFERMEDAD

VULNERABILIDAD

	SI	NO	TOTAL	%
SI	15	47	62	55,35%
NO	9	41	50	44,65%
TOTAL	24	88	112	
%	21,43%	78,57%		

Cuadro 5 Modelo Categorial

Pacientes

VULNERABILIDAD

N=42

ENFERMEDAD

	SI	NO	TOTAL	%
SI	25	12	37	88 %
NO	2	3	5	12 %
TOTAL	27	15	42	
%	64,3 %	35,7%		

- El 88 % de la muestra de pacientes es sintomático, mientras que en la muestra de no pacientes el porcentaje de sintomáticos es de 55,35%.
- El 64,3 % de la muestra de pacientes es Vulnerable Somático, siendo el porcentaje de Vulnerables en la muestra de no pacientes 21,42 %.

Nos parece interesante abordar dichos resultados discriminando en función de los sexos. Por ello, a continuación, se presenta un cuadro (cuadro 7):

Cuadro 6 Comparación de los resultados en la muestra Pacientes según sexo:

N=42

	ESG	EVS	RV	APOYO	ESTRÉS
VARONES N=21	4	41,42	29,7	36,9	7,2
MUJERES N= 21	7	44,09	24,6	39	14,4

- Si bien las mujeres perciben subjetivamente mayor apoyo que los varones, (presentándose una diferencia de 2,1) es muy elevada la percepción del estrés por lo cual la percepción de la Red Vincular como trama intersubjetiva es menor que en el caso de los hombres.
- enfermedades somáticas, mayor en las mujeres que en los hombres, con una diferencia de 3 puntos.

Vulnerabilidad Somática más elevada en las mujeres, pero en ambos casos, presenta un valor que nos marca la presencia de la misma.

DISCUSIÓN DE DATOS

Lo significativo comparando las muestras pacientes no-pacientes, y teniendo en cuenta los diferentes recursos con los que cada grupo dispone para acceder al sistema de salud, es que si bien la enfermedad aumenta acompañando el proceso biológico, intervienen, específicamente, otros factores.

Lo destacable cotejando los datos obtenidos en función de la variable SEXO, es lo siguiente: A pesar de las diferencias socioculturales, el perfil general indica que las mujeres presentan una mayor percepción subjetiva de estrés, lo cual las ubica en una situación de vulnerabilidad mayor y con mayores posibilidades de desarrollar enfermedades. Se observa el predominio de síntomas y patologías psicosomáticas, como por ejemplo hipertensión, algunas enfermedades tiroideas, psoriasis, alergias, gastritis, dolores de espalda.

Otro dato significativo surge al comparar la muestra de pacientes con la de no-pacientes, en función de la presencia o no de Vulnerabilidad Somática. Si bien en ambas muestras las mujeres presentan un mayor puntaje, lo cual correlaciona con lo antes mencionado, en el caso de los no pacientes, dicho puntaje no es significativo en tanto se encuentra dentro de los valores normales, pero en el caso de los pacientes, ese puntaje si es significativo, indicando la presencia de Vulnerabilidad Somática.

CONCLUSIONES

Atendiendo a nuestra hipótesis y en función de lo evaluado, presentamos las siguientes conclusiones:

El 64,28% (99 sujetos) de la muestra total (154 casos) se encuentra dentro de la categoría Sintomático. Remitiéndonos a los puntajes de Vulnerabilidad Somática y Red Vincular que los mismos obtuvieran, observamos:

- en el 63,63 % de los casos (63 sujetos) se confirma nuestra hipótesis:

- 63,5% (40 sujetos) son sintomáticos con buena red vincular y no vulnerables.
- 136,5% (23 sujetos) son sintomáticos con baja red vincular y vulnerables.

- en el 36,37% de los casos (36 sujetos) no se confirma la hipótesis:

- 52,78% (19 sujetos) son sintomáticos con baja red vincular pero no son vulnerables
- 47,22% (17 sujetos) son sintomáticos con buena red vincular pero vulnerables

BIBLIOGRAFÍA

- Dominguez Lostaló, Juan Carlos. (1996). Vulnerabilidad. Ficha de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la UNLP.
- Freud, Sigmund. (1992) Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. 22º Conferencia: "Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología". 23º Conferencia: "Los caminos de la formación de síntoma". (1916-17), Editorial amorrortu, Buenos aires. Tomo XVI.
- Grotberg, Edith.(2001) La resiliencia y el mundo de hoy. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B.(1981) Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor, Barcelona.
- Lunazzi, Helena.(2006), La Alexitimia en la Artritis Reumatoidea. Publicación Digital Colección Memoria Académica FHCE.UNLP.URL.
- Lutgendorf, S. K. y Constanzo, E. (2003), Psychoneuroimmunology and Health Psychology. An Integrative Model. Brain Behavior and Immunity.
- Marty, Pierre. (1990), La psicósomática del adulto. Editorial Amorrortu, Buenos Aires.
- Mc Dougall, Joyce.(1996), Alegato por una cierta anormalidad. Buenos Aires, Editorial Paidós, Buenos Aires.

- Rutter, Michael.(1993), Resilience: Some Conceptual Considerations. Journal of Adolescence Health; vol. 14. 1993.
- Zukerfeld, Rubén y Zonis Zukerfeld, Raquel.(1999), Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática. Editorial Lugar, Buenos Aires.
- Zukerfeld, Rubén y Zonis Zukerfeld, Raquel. (2006), Procesos Terciarios. De la Vulnerabilidad a la Resiliencia. Editorial Lugar, Buenos Aires.
- Zukerfeld, Ruben y Zonis Zukerfeld, Raquel.(2007), Desarrollo resiliente y redes vinculares. APSA.