



Universitat Ramon Llull

TESI DOCTORAL

Resiliència i adopció: Validació de l'Inventari de Resiliència Infantil (IRI)

Realitzada per **Elisabet Solórzano Fàbrega**

en el Centre **Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i
de l'Esport, Blanquerna**

Departament **Psicologia**

Dirigida per **Dra. Meritxell Pacheco Pérez
Dr. Carles Virgili Tejedor**

Data **Octubre 2015**

Al meu estimat Oscar,
als meus petits, Aniol i Aina,
i als meus pares Julián i Maria,
amb els quals tinc la sort de compartir el camí de la vida.

Índex

Agraïments.....	7
1. Introducció.....	11
Part I. FONAMENTS TEÒRICS.....	21
2. Adopció.....	23
2.1. L'Adopció: una perspectiva bio-psicosocial.....	25
2.1.1. Parentalitat i aferrament.....	28
2.1.2. Identitat i Comunicació dels orígens.....	41
3. Resiliència.....	53
3.1. Conceptualització de la Resiliència.....	55
3.1.1. Definició del terme.....	55
3.1.2. Fonaments i estructura de la Resiliència.....	63
3.1.2.1. Tipus de Resiliència.....	63
3.1.2.2. Components de la Resiliència.....	69
3.2. Resiliència infantil.....	74
4. Instruments d'avaluació de la Resiliència.....	81
5. Resiliència i Adopció.....	99
6. Intervenció en Postadopció: una proposta integradora per al foment de la resiliència en les famílies adoptives.....	119
6.1. La psicoteràpia en adopció.....	121
6.2. El programa d'intervenció.....	129
6.2.1. El patró de funcionament familiar.....	131
6.2.2. Reconstrucció narrativa.....	133
6.2.3. Comunicació familiar i expressió emocional.....	136
6.2.4. Resolució creativa de problemes.....	138

Part II. MARC EMPÍRIC	141
7. Plantejament de la recerca.....	143
7.1. Objectius.....	144
7.2. Hipòtesis.....	144
8. Mètode.....	145
8.1. Disseny.....	145
8.2. Participants.....	145
8.3. Instrument.....	151
8.4. Procediment.....	153
8.5. Consideracions ètiques.....	156
9. Resultats.....	157
9.1. Correlació entre totes les dimensions i el Grau de Resiliència.....	162
9.2. Resultats descriptius del Grau de Resiliència de la mostra global..	162
9.3. Resultats de la comparació de mitjanes de les dues mostres independents: Grup I i Grup II.....	166
9.4. Resultat de la relació del Grau de resiliència amb les variables edat, escola i comunitat.....	182
10. Discussió.....	191
10.1. L'IRI, <i>Inventario de Resiliencia Infantil</i>	193
10.2. Resultats en funció de les variables sociodemogràfiques com individuals.....	194
10.3. Resultats en funció de la variable filiació.....	197
10.4. Implicacions de la prevenció pel benestar dels infants adoptats..	201
11. Conclusions.....	207
12. Referències.....	215
13. Annexos.....	235

AGRAÏMENTS

Fa uns anys, en el primer Postgrau d'Educació Emocional i Benestar realitzat a la Universitat de Barcelona l'any 2002, gràcies a coordinador i professor el Dr. Rafel Bisquerra vaig descobrir el terme de resiliència el qual em va captivar per la seva força i des de llavors ha estat sempre dins el meu ideari de projectes de futur. Des d'aquell moment vaig aprendre a mirar la vida amb més d'una perspectiva sense oblidar la importància del poder de les emocions i les creences positives en el que es fa i el que es pensa.

Als meus directors, la Dra. Meritxell Pacheco, pel seu assessorament, ajuda i suport constant en tot moment, de la qual he après molt tant d'adopció com d'intervenció en postadopció, tant a nivell professional com personal. També al Dr. Carles Virgili per haver-me transmès els coneixements estadístics que em calien per a portar a terme aquesta investigació, amb els seus savis consells fets amb molta paciència. A tots dos perquè sempre han estat a prop guiant-me en aquest camí tant complex, per moltes hores de reunions, pels seus *feedbacks* positius i, sobretot, per ser comprensius en els moments més difícils que m'han tocat viure, sempre amb la seva confiança de que arribaria al final.

A totes les companyes que he tingut en la meva trajectòria professional com a psicòloga, des d'ANNE Fundació amb la Maria, la Sara i la Virgínia, on vaig començar com a psicoterapeuta, com les companyes de la Fundació Blanquerna Assistencial i de Servei (FBAS), el seu ICIF (Institut Col·laborador d'Integració Familiar) i Servei Postadoptiu, amb la Cristina, la Berta, la Meri, la Sandra i la Laia, amb les quals vaig aprendre molt sobre adopció i a entendre millor les famílies adoptives. Amb elles vaig gaudir molt el que va ser una època plena d'intercanvi d'experiències i coneixements. Com també als companys/es actuals del CDIAP (Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç) de l'Hospital Parc Taulí de Sabadell, un gran equip de professionals multidisciplinaris amb el qual tinc la sort de poder intercanviar, comentar, esbrinar i resoldre nombrosos interrogants que sorgeixen en la pràctica terapèutica amb els infants petits i les seves famílies, amb el gran enriquiment personal i professional que comporta. Sens dubte, sempre m'han ajudat quan ho he necessitat, moltes gràcies a tots/es!

A tots els participants de la nostra investigació, principalment als infants, adoptius i biològics, que són els protagonistes principals d'aquesta recerca. A totes les famílies adoptives que he conegut al llarg d'aquests anys i de les que he après tantes coses, en especial a la Cristina Borrajo, una mare adoptiva forta i admirable, que em va ajudar a trobar altres famílies per a participar en l'estudi. Com també a INTRESS, a la Mònica Pla i la Marta Galligó, per rebre'm i per voler col·laborar aportant una part de la mostra adoptiva, com donant-me el seu suport en tot moment. També a l'Assumpta Roqueta, que també investiga en el món de l'adopció i la resiliència, la qual em va facilitar una altra part de la mostra. I, a les escoles que han accedit a participar com a part de la mostra: l'escola San Francisco, l'Escola Pia i l'escola Claret de Sabadell, l'escola Cor de Maria de Mataró, l'escola Aldric, Puig d'Arques de Cassà de la Selva, com també les escoles Collserola, Enric Granados, Voramar, Cervantes i Virgen de la Mongiá. Totes aquestes persones, institucions o escoles han tingut un paper decisiu a què aquest treball fos possible. També vull agrair a la Judit Subirana la seva ajuda amb les gràfiques.

Al meu cercle d'amics, que m'han donat suport constant i sense el qual no seria el que sóc ara, la Mireia, la Mònica, la Vero, la Sonia i la Montse, la Lorena, les de la uni i a tots/es els de teatre, entre d'altres. Com també a la Cristina i el David, grans professionals i bons amics, per la seva gran ajuda i disponibilitat.

Especialment vull donar les gràcies a les persones que més estimo, l'Oscar, que des del primer dia ha estat el motor que m'ha portat a emprendre aquest camí del doctorat i m'ha motivat fins al final, esvaint les nombroses pors i dubtes que sorgeixen enmig. Per ser al meu costat, per la seva gran paciència i suport incondicional en aquests darrers anys. Als meus fills, Aniol i Aina, motius d'alegria i felicitat constant, que des de la panxa m'han acompanyat a molts indrets per fer possible aquest projecte professional, i han patit en els darrers mesos molts moments l'absència de la seva mare. Als meus pares i germans, Muntsa i Josep M^a, cunyats Sonia i Enric, nebots Alba, Hamza i Aiseta, que són exemples clars de resiliència, com la Paula, la Sara, l'Ona, l'Alina i l'Ada, a tots ells i família, als que estimo tant i agraeixo la força i motivació que em donen cada dia.

*This is the heart of resilience –the ability of a person
to understand their story in such a way that it creates
opportunity rather than limits it.*

H. FITZHARDINGE, 2008, p. 61.

1. INTRODUCCIÓ

Els infants i el seu benestar són l'objectiu principal de la nostra recerca. Tot i que la investigació en postadopció va en augment (Múgica, Loizaga, 2010), segueix havent-hi una mancança en la investigació a l'entorn del procés d'adaptació dels infants a les seves famílies adoptives que posi la mirada en aspectes relacionals i emocionals d'aquesta adaptació i no tant en qüestions psicopatològiques o normatives. Cal seguir avançant en recerques que tinguin en compte la història prèvia tan dels fills adoptius com dels pares adoptants, prenent en consideració les vivències traumàtiques viscudes pel nen prèviament a l'adopció així, com les dels pares adoptius que en molts casos han hagut de renunciar a la via biològica per a poder esdevenir pares i mares. És doncs fonamental centrar els nostres esforços en acompanyar professionalment a aquest sistema familiar que inicia una nova etapa del procés adoptiu, la construcció d'una família. Cal sortir de la mirada patològica de les característiques dels nens adoptats quan arriben, i interessar-se més per la família adoptiva en el seu conjunt. Com afirmen Palacios i Brodzinsky (2005) citat pel mateix Palacios (2007), aquest últim insisteix en què s'ha de donar prioritat a tot el sistema familiar, no només atendre els infants adoptats sinó que també als pares adoptius i les seves necessitats. Cuidar la família, és doncs, un requeriment a tenir en compte per a tots els serveis de Postadopció.

Tot i les penúries viscudes, les persones estem condicionades però no determinades. És a dir, sense oblidar-nos del passat, no volem centrar-nos en allò viscut o en el que no funciona sinó en allò que va bé i funciona. Hi ha doncs una necessitat de fer un canvi de perspectiva cap a una visió més positiva on volem que es centri la nostra tasca professional; es tracta, doncs, d'emprar un llenguatge que no es centri en els dèficits sinó en les potencialitats, per tal de promoure la resiliència i aconseguir el benestar. És per això que parlem de la resiliència, la qual Vanistendael (1997) definia com la capacitat d'un individu o d'un sistema social de viure bé i desenvolupar-se positivament i d'una manera socialment acceptable, a pesar de condicions de vida difícils (Kalawski i Haz, 2003).

La història de la infància no ha estat gens fàcil en el transcurs dels segles, els infants han estat i són les víctimes principals de tots els desastres: guerres, fam, èpoques de crisi... El tractament que se'ls ha donat ha anat canviant al llarg de tota la nostra història. Fins al segle IV encara hi havia un alt índex d'infanticidi, el qual poc després es va substituir per l'abandonament fins al segle XIII, Però no va ser fins al període comprès entre el segle XIV i segle XVII que s'emfatitza la vida afectiva entre pares i fills, tot i que encara es justificava la necessitat d'utilitzar el càstig com a única via per

modelar i redreçar els fills. A partir del segle XVIII, segle en el qual neix la Pediatria, es considera l'existència de l'empatia dels pares envers els fills, i poc després, del segle XIX fins a mitjans del segle XX, sorgeix una prioritat generalitzada, tan pels pares com per a l'Estat d'educar els fills més que no pas dominar, i llavors es parla de socialització d'aquests. De totes maneres no és fins a mitjans del segle XX que es considera cabdal que els pares dediquin temps als fills, especialment durant els sis primers anys de vida. Es considera un gran canvi en la qualitat de vida familiar on el joc es converteix en una activitat important tan pel nen com per la relació amb els altres.

A la ciutat de Barcelona, les primeres institucions on anaven tots aquells nens abandonats o orfes van aparèixer als voltants del segle XIX, com la Casa de la Maternitat i Expòsits o l'Asil del Parc, al 1886. Tanmateix, ja al segle XX, es crea les Llars Mundet, que va ser inaugurada al 1957, on anaven avis i nens. Tot i ser un referent de modernitat en les infraestructures de les quals es disposava, deixaven molt que desitjar pel que fa al tracte que rebien els que hi vivien, segons expliquen testimonis que van ser nens de les Llars Mundet. Segons Pinilla (2011, p. 26) "els pares del passat no estan mancats d'amor cap als seus fills, però els falta la maduresa emocional necessària per veure el fill com a persona". Actualment, i independentment de la classe social o nivell socioeconòmic, sabem que en molts entorns familiars cal poder educar als pares en tenir cura de la part emocional dels seus fills, cabdal pel desenvolupament de l'infant com a persona. D'altra banda, en entorns més desfavorits s'inclourà l'educació, a més d'aquesta part emocional, de certes cures parentals o estils de parentalitat bentractants (Barudy, 2005); també ens qüestionarem com potenciar les característiques resilients dels infants en aquests grups de risc, com la població adoptiva per exemple, que és la base de la recerca que ens ocupa.

Considerem que el canvi de percepció del valor dels infants i les seves necessitats, així com l'augment de l'interès de les institucions envers aquests, obre un camí a l'intent de millorar a poc a poc les mesures de protecció a la infància. Podem considerar que al segle XXI hi ha unanimitat en percebre la infància com el període de més vulnerabilitat i, al mateix temps, on és més necessari disposar de nombrosos recursos d'intervenció i protecció que comportaran beneficis en el sí de la societat futura. Caldria, però, fer una diferenciació entre la percepció de la necessitat i la millora de la intervenció en sí mateixa. És a dir, fer un salt del coneixement de les mancances a l'aplicació de recursos en pro dels infants, aplicant les mesures necessàries de protecció. Al mateix temps, volem trencar amb el fet que la investigació sobre adopció i la pràctica

professional en aquest àmbit vagin en paral·lel i sense interacció (Palacios i Brodzinsky, 2010), i tenim com a objectiu final que els resultats extrets de la nostra recerca siguin les eines que emprarem en la pràctica clínica. Els professionals de la psicologia, com d'altres camps que intervenen amb infants i el seu benestar, ens trobem amb moltes situacions frapants en les quals costa prioritzar el benestar del nen/a i la seva protecció enfront d'altres interessos familiars o socials. Per als menors de famílies en situació de risc social l'adopció pot ser un factor protector en sí mateix, fet que pot originar la potenciació de les seves capacitats resilients.

La resiliència ha estat un terme novador que va emergir a l'any 2000, apareixent com a concepte clau en moltes investigacions posteriors de diferents camps i especialitats. Cal dir, però, que en els inicis de la nostra recerca, no va ser tasca fàcil trobar articles i/o llibres que parlessin sobre resiliència infantil de manera monogràfica. Quan semblava un tema gairebé inaccessible vam tenir el privilegi de visitar la biblioteca de la Universitat de Stanford, a Califòrnia (EUA), on vam trobar el llibre *Resilience in Children* (Lester, Masten i McEwen, 2006), una compilació d'articles d'autors destacats com Rutter, Masten i Obradovic, Wachs i Greenberg entre d'altres. A partir d'aquí vam poder conèixer nous camins de recerca per aprofundir en aquesta temàtica tant decisiva de la resiliència en els infants.

Si ens remuntem als inicis, els precursors en l'estudi de la resiliència van ser Guédeney i Cyrulnik (1998) com també Grotberg (1999), tot publicant els primers articles que tenien la resiliència com a tema principal. Aquest terme s'ha utilitzat en moltes àrees a més de la psicologia, com poden ser l'antropologia, la sociologia, la pedagogia, i fins i tot en d'altres especialitats menys relacionades amb el nostre camp d'estudi com la història o l'enginyeria. Ha passat a ser un concepte pluridisciplinari. Així doncs, podem dir que la natura de la resiliència és complexa, i multidimensional, ja que implica factors individuals, familiars i socioculturals. Aquests factors, poden esdevenir factors protectors o factors de risc, segons si són positius per a la persona o modifiquen la seva resposta en un sentit més adaptatiu que anteriorment, o si, al contrari, són perjudicials per a l'individu o disminueixen les probabilitats d'èxit davant d'una situació d'estrès o perill. Els factors protectors influeixen en les respostes de les persones en situació de perill, generant un increment de les possibilitats de sortir-ne amb èxit (Lamas, 2000).

De la mateixa manera, la nostra recerca comprèn diverses vessants psicològiques epistemològicament constructivistes, incorporant les aportacions que ens fan

principalment des de la vessant sistèmica com des de la psicologia positiva, destacant la resiliència infantil com a factor clau per a la intervenció psicoterapèutica en infants que hagin viscut algun fet traumàtic. En aquest sentit, un element que tenen en comú tots els infants adoptats és el fet que han patit com a mínim un trauma, el de l'abandonament, i moltes pèrdues ja que, tal i com Brodzinsky (2007) descriu, l'adopció implica diferents pèrdues per l'infant adoptat. Dins d'aquestes pèrdues podem destacar la pèrdua dels pares i germans biològics, com també parents, pèrdua genealògica, d'amics, de cultura d'origen, pèrdua subjectiva d'estatus (són diferents a la resta de la majoria de persones amb les que es relacionen), i segons si la raça és diferent, també perden privacitat. Aquestes pèrdues són, en moltes històries d'adopció, l'inici d'una llista d'esdeveniments que posen en perill el benestar físic i psíquic del nen. Tot i que cal dir que no sempre són històries de greus traumes les que acudeixen a teràpia, sí que existeix un patiment pel fet adoptiu que diferencia les demandes de les famílies adoptives de les demandes clíniques d'altres famílies biològiques.

Així doncs, el nostre estudi neix de la necessitat de disposar d'eines que puguin avaluar les característiques emocionals dels infants per tal de conèixer com està el nen o la nena just a l'inici de la intervenció clínica com també com va evolucionant al llarg d'aquesta. Concretament ens vam centrar en la recerca d'eines d'avaluació de la resiliència infantil, fins a trobar *l'Inventario de los Factores Personales de la Resiliencia* (Salgado, 2005), que és en el qual ens hem basat per a construir el nostre *Inventario de Resiliencia Infantil* (IRI). Ambdós es poden administrar a nens a partir de 7-8 anys, edat en la que l'infant entra en l'estadi d'operacions concretes, on s'inicia el pensament lògic de l'infant (Piaget, 1954) i per tant és un període en el qual els nens adoptats comencen a entendre les connexions biològiques i no biològiques que tenen amb dues famílies, la biològica i la adoptiva. Veuen que la majoria de famílies són un grup de persones biològicament relacionades i descobreixen el significat de l'adopció, i això els repercuteix amb un augment de la inquietud per la pèrdua (Brodzinsky, 2007). A més comencen a conèixer-se més a ells mateixos i inicien la construcció de la pròpia identitat, fonamental en l'evolució de totes les persones i aspecte sobre el qual els infants adoptats sovint necessitaran ajuda de la família i, en moltes ocasions, de professionals. Per tant és aquesta edat, 7-8 anys, el període més adient per a començar a avaluar la resiliència dels infants adoptats. El inventari s'administra fins l'edat de 12-13 anys on els infants passen a l'estadi que Piaget (1954) anomena d'operacions formals

que dura fins l'adulthood i és la darrera etapa del desenvolupament cognitiu segons aquest autor.

L'objectiu d'aconseguir un test que avalués la resiliència i validar-lo és la part més important de la nostra investigació i ve justificat per la necessitat d'ajudar a tots els infants adoptats a poder viure amb cert benestar, tot i haver patit diversos fets traumàtics, com també afavorir el seu procés d'adaptació i vinculació afectiva amb la seva família. Tot i així volem fer constar que l'Inventari no és únicament per a infants adoptats, sinó que està dirigit a tots aquells nens i nenes que pateixen o han patit algun fet traumàtic, com la pèrdua d'un ésser estimat, o que presenten necessitats educatives especials i/o alguna malaltia greu i, especialment, aquells infants que viuen en entorns socials marginals. L'instrument per mesurar la resiliència ens permetria tenir una guia inicial per adequar la nostra intervenció psicoterapèutica. És a dir, disposar d'un punt de partida per poder conèixer el grau de resiliència dels infants, identificant els punts forts i febles de les diferents categories que la componen: autoestima, autonomia, empatia, humor i creativitat, i així poder intervenir en els que manquen; això ens permetrà iniciar una intervenció clínica més acurada i específica per a cada infant. Aquesta intervenció ve acompanyada del treball en paral·lel amb la família com a eix fonamental per a potenciar la resiliència dels infants.

Considerem doncs la resiliència com un ingredient determinant per aconseguir una adaptació plena de l'infant a la família adoptiva, ja que ajuda a gestionar i superar els traumes viscuts. Al mateix temps, un cop validat *l'Inventario de Resiliencia Infantil* en població espanyola, que és el nostre primer objectiu, aquest passarà a ser una eina molt important per tal d'avaluar l'efectivitat del tractament psicoterapèutic, ja que ens permetrà analitzar si s'ha incrementat el grau de resiliència del nen/a, sabent de quin grau partim i fins a on arribem després del tractament. Un segon objectiu és avaluar la variable resiliència dins una mostra general analitzant les categories que la formen i dades sociodemogràfiques que hi influencien, i ho compararem amb una mostra reduïda d'adoptats. En definitiva, treballem amb la fita de millorar el benestar de l'infant i la seva família adoptiva.

Al llarg d'aquest treball justificarem la importància del paper de la resiliència especialment en el camp de l'adopció, on farà un paper fonamental de prevenció, tant per la salut mental dels infants com per una millor adaptació d'aquests a la seva família.

Per arribar a aquest fi, el treball s'ha estructurat en 3 parts ben diferenciades i alhora complementàries entre sí. La primera part fa referència als fonaments teòrics i

s'ha dividit en cinc capítols, la segona part descriu el marc empíric el qual consta de 3 capítols, i la tercera part, està formada per la discussió dels resultats, les conclusions i propostes de futur.

Pel que fa a la primera part, que s'inicia en el capítol 2, es fa una descripció de tot allò que és l'adopció, i el que és més destacat en relació a aquesta, des d'una perspectiva bio-psicosocial; així doncs, parlem des de la parentalitat i aferrament en adopció, fins la construcció de la identitat i la comunicació dels orígens en els infants adoptats i les seves famílies. A continuació, en el capítol 3, es fa una dissertació a l'entorn de la resiliència, des de la seva conceptualització, on definim el terme, fins a establir els fonaments de la resiliència i la seva estructura. Concretament els components més destacats de la resiliència i finalment tanquem el punt amb un subapartat que es centra en la resiliència infantil. Seguidament, en el capítol 4 realitzem una revisió dels instruments d'avaluació específics de la resiliència existents en l'actualitat, destacant aquells que tenen més rellevància en recerca. Aquest darrer capítol s'inicia amb un breu resum històric seguit per l'explicació dels diferents tests o inventaris existents, primer els destinats a adults i adolescents i després els que van destinats a infants com és el cas del nostre inventari. A continuació, en el capítol 5 pretenem aprofundir en la relació entre resiliència i adopció, fent un recull d'investigacions i reflexions teòriques que estableixen un lligam entre ambdós conceptes, ja que són la base de la nostra investigació. I, finalment, per tancar els fonaments teòrics, en el capítol 6 ens atrevim a proposar un model d'intervenció en postadopció per al foment de la resiliència. Aquest capítol té com a objectiu poder utilitzar els coneixements teòrics necessaris per a la pràctica clínica, emprant l'IRI, *Inventario de Resiliencia Infantil* com a eina d'anàlisi de l'efectivitat del tractament, avaluant la resiliència de l'infant abans de la intervenció, durant aquesta i un cop s'hagi finalitzat. És a dir, es porta a terme una proposta d'intervenció en adopció a través de la resiliència des d'una vessant integradora seguint el model de Walsh (2004) i relacionant-ho amb altres autors (Barudy i Dantagnan, 2005; Cyrulnik, 2009; Delage, 2010). Aquesta part té la intenció d'apropar la teoria i la pràctica com a manera de treballar en adopció (Palacios, 2010), que és un objectiu destacat de la nostra investigació.

Finalment, en la segona part de la tesi, com ja hem explicat anteriorment, ens centrem en el marc empíric de la nostra investigació format per tres punts ben diferenciats. En el capítol 7 s'explica el plantejament de la recerca, amb els corresponents objectius i hipòtesis que es pretenen demostrar. Tot seguit, en el capítol 8

concretem el disseny, la descripció de la mostra emprada, l'instrument utilitzat i el procediment que vam seguir. Posteriorment, en el capítol 9, es desglossen els resultats que es van obtenir a través de l'anàlisi de les dades obtingudes; es pretenen explicar les característiques observables en la investigació, tant pel que fa a la validació de l'*Inventario de Resiliencia Infantil* (IRI) com al comportament de la variable resiliència i les seves dimensions en la població infantil general així com en la població adoptiva en particular. Finalment en la darrera part, en el capítol 10 i 11 realitzem la discussió i les conclusions a partir dels resultats obtinguts.

A mode de síntesis, podem dir que el nostre estudi consta de dos objectius principals:

- Validar l'Inventari de Resiliència Infantil (IRI) en població espanyola.
- Analitzar la resiliència dels infants mitjançant l'aplicació de l'Inventari de Resiliència Infantil (IRI), tant en població biològica com adoptiva.

Part I. FONAMENTS TEÒRICS

2. ADOPCIÓ

2.1. L'Adopció: una perspectiva bio-psicosocial

L'Adopció és una realitat palpable, a Catalunya i a la resta de l'Estat, des de 1992 fins 2005, període durant el qual es produeix un increment molt pronunciat de les adopcions internacionals. Però havia estat després de la Primera Guerra Mundial (1914-18) i, especialment, de la Segona Guerra Mundial (1939-45) quan es va modificar l'actitud davant del concepte d'adopció, evolucionant de ser una simple resposta a una necessitat cap al terme adopció com un dret que tenien els menors sense família. Després de les guerres molts nens van quedar orfes i van aparèixer els primers orfenats; va ser llavors quan es van començar a veure els inconvenients que tenien els infants institucionalitzats, és a dir, els efectes nocius de la privació de les cures parentals en el desenvolupament de l'infant (Santamaría i Loizaga, 2010).

Diversos autors han definit el concepte d'adopció però destaquem la desenvolupada per Castro (2008): *“es un balance resultante entre una historia de pérdidas (de orígenes, de vínculos afectivos, de referentes de identidad...) y una historia de ganancias (nuevas relaciones, nuevos vínculos, nuevas oportunidades...) a partir del cual el niño/a adoptado/a pondrá en construcción su identidad personal”* (p. 25). És un resum molt explícit dels punts més importants per a tenir en compte en adopció, i Palacios (2007) afegeix que *“la experiencia de pérdidas es particularmente importante en la historia de los adoptados. Al fin y al cabo, la adopción es el camino por el que se gana una nueva familia después de haber perdido, por las razones que sean, la familia de origen”* (p. 190). La descripció que en fan del que realment implica l'adopció és molt clara i significativa, en el sentit, que és un procés de consciència important en l'evolució psíquica de l'infant i a la qual tots hi arriben en algun moment; però, al mateix temps, cal poder pensar-ho i verbalitzar-ho per a deixar-se ajudar.

El mateix Palacios (2007) descriu 7 àmbits per a tenir en compte en intervenció en post-adopció: la salut, problemes de desenvolupament, de conducta, l'aferrament, les pèrdues, la comunicació sobre adopció i recerca dels orígens. El seu equip de la Universitat de Sevilla, al 2005, van estudiar una mostra de 289 nens i nenes d'adopció internacional, dels quals el 30% presentaven malalties rellevants (raquitisme, malnutrició, respiratòries, otorinolaringològiques, digestives, infeccioses o congènites) i, per altra banda, trobaven que el 44% estaven molt endarrerits en el seu desenvolupament psicològic. Però, amb la diferència que els retards físics la majoria es

recuperaven en 2 anys i els que presentaven un retard psicològic greu de 16 mesos podien recuperar només 7 d'aquests mesos, sempre i quan fos en els tres primers anys després de l'adopció. En relació a això, trobem un estudi de cas únic de Masten i O'Connor (1989) i un retrat de resiliència en infants adoptats, que és el cas de la Sara, una nena en risc de patir esquizofrènia ja que als 15 mesos perd els seus pares de cop, i el seu desenvolupament físic i psíquic s'estanca. Als 30 mesos d'edat, després d'un període d'hospitalització, és adoptada per una família molt afectiva i unida, és llavors quan es veu l'efecte reparador de la família perquè és quan incrementa considerablement en pes i talla (Masten i Obradovic, p. 18, 2006). A més de tenir problemes en el creixement, Marzal (2008) afegeix que els nens provinents d'adopció internacional són nens que poden patir problemes de salut que no són els habituals de la societat que els adopta: deficiències sensorials i psicomotrius, retards maduratsius i evolutius per manca d'estimulació i afecte, a causa del període d'institucionalització més o menys perllongat. La majoria de nens procedents d'adopció internacional tenen una adaptació semblant, tot i que tenen una major tendència a desenvolupar problemes de comportament, hiperactivitat, baixa autoestima i dificultats acadèmiques (Beràstegui, 2005). Green *et al.* (2008), va comparar infants adoptats internacionalment d'Irlanda amb el seu grup d'iguals, i les diferències que va trobar també es centraven en el comportament, així doncs, corroboren els estudis anteriorment comentats. Concretament els adoptats internacionalment presentaven més problemes d'hiperactivitat, eren més indiferenciats en la relació amb els altres, presentaven hipersensibilitat al so, com també evitaven el contacte ocular; aquestes característiques afirmava que eren conseqüència dels inicis de la seva vida, que havien estat institucionalitzats.

Cal destacar els estudis d'Abrines *et al.* (2012) sobre adopció internacional, on analitzaven si hi havia diferències entre les característiques dels nens procedents de diferents països. En els seus resultats van trobar diferències significatives segons el país d'origen, destacant el fet que els nens procedents de l'Est d'Europa pateixen més hiperactivitat, impulsivitat i desatenció comparats amb els que provenen d'altres països d'adopció internacional. Aquestes característiques descrites afecten a nivell familiar comprometent l'adaptació de l'infant en el nou entorn, concretament dificulta l'establiment d'un vincle afectiu positiu amb els seus pares adoptius, com el que resultaria de l'aferrament segur.

Aquestes característiques comunes d'una part de la població adoptiva han estat analitzades per diversos autors, amb l'objectiu de poder esbrinar què les provoca, tot i

que poden ser causes molt diverses. Si citem el treball de Marta Reinoso (2012a, 2012b, 2013), troben que els nivells d'ajust personal i social en els nens adoptats estan moderats per la manera en què afronten els esdeveniments estressants que succeeixen en les seves vides (Brodzinsky, 1990; Smith i Brodzinsky, 1994, 2002). L'evidència empírica disponible fins la data, no obstant, es circumscriu a determinats fets específics de l'experiència adoptiva, com és la pèrdua dels pares biològics, en el cas concret de l'adopció nacional. Si bé el fenomen bàsic de l'adopció és el mateix per l'adopció nacional que per la internacional, aquesta darrera presenta una sèrie de característiques diferenciadores (relacionades principalment amb les experiències prèvies en el país d'origen així com amb les diferències ètniques, culturals i lingüístiques que es presenten) que poden influenciar en el procés d'adaptació i han de ser contemplades. Per aquest motiu, és primordial conèixer com s'enfronten als estressors, relacionats o no amb l'adopció, els nens procedents d'adopció internacional. Pel que fa a l'adopció nacional, també s'ha de tenir en compte la història prèvia del nen, a pesar de no haver-hi tants canvis de context com en la internacional.

En diferents estudis trobem la comparació entre adopció nacional i internacional. Juffer i Van Ijzendoorm (2005), juntament amb l'equip d'*Adoption Meta-analysis Project (Adoption MAP)* de la Universitat de Leiden (Països Baixos) destaquen en els seus resultats, on comparen les dues poblacions adoptives, l'existència de major nivell de conductes externalitzants i internalitzants en els infants d'adopció nacional que en els d'internacional, tot i que, quan aquests últims havien patit una privació extrema augmentaven més les conductes externalitzants (Grotevant, 2013).

En relació a això, cal comentar els estudis realitzats per Juffer i Van Ijzendoorm (2007), que destaquen diferències significatives entre adopció nacional i internacional pel que fa a problemes de conducta i problemes mentals, sent inferiors en la internacional. No destaquen, però, diferències pel que fa al desenvolupament cognitiu, autoestima i vincle o aferrament. Al mateix temps, es troba que són més altes les conductes externalitzants, internalitzants i problemes d'atenció dels infants adoptats que han patit una institucionalització que no pas els no institucionalitzats o que no són adoptats.

Per altra banda, seguint amb les diferències entre els dos tipus d'adopció, tant en l'adopció internacional com la nacional cal fer molts tràmits a nivell burocràtic, però la nacional comporta un major risc en l'àmbit judicial, ja que les famílies adoptives primer han de ser famílies acollidores durant uns anys abans de poder gaudir d'una adopció

plena, el que suposa un cúmul de situacions extremes: molts judicis, portar encara els cognoms de la família adoptiva, sensació d'estar en una fase de pas quan ja voldrien que fos definitiu, fets que suposen un augment d'angoixa i estrès tant pels pares adoptius com pels nens adoptats (Maíz, 2010).

L'adopció és doncs, un inici d'una nova família molt desitjat i esperat però amb uns condicionants que hi són tot i que no sempre se'n parla. Pocs autors ho expliquen però és una realitat on els pares adoptius saben que hi ha uns pares anteriors a ells, com a mínim una mare biològica, la qual sempre serà present en la història dels seus fills. Friedlander (2003) per descriure aquest fet l'anomena la tríada, que consisteix en el triangle format entre pares biològics, pares adoptius i els infants adoptats. Aquesta tríada influeix sempre en la variabilitat de l'experiència dels infants i les seves famílies adoptives, que segons l'autor és una de les tres característiques més importants a tenir en compte en intervenció en adopció, juntament amb la resiliència i el context social. Ja que explica que tot i que els pares adoptius siguin els millors per aquell nen o nena, i fins i tot, tinguin una estabilitat molt gran com a parella, hauran d'entomar situacions d'explosió emocional, ràbia, descontrol com a conseqüència de l'estrès posttraumàtic viscut i, a més, un trastorn de l'aferrament reactiu, més conegut per la teoria com *reactive attachment disorder*. Aquest trastorn que molts infants presenten és degut a que no han pogut establir vincles saludables amb els pares o cuidadors com a conseqüència de les mancances de cures afectives i necessitats bàsiques als inicis de la seva vida. Aquestes característiques que molts nens i nenes adoptats/des presenten, moltes vegades són els factors estressants que desestabilitzen la família adoptiva i, per això, cal analitzar acuradament el paper de la parentalitat i l'aferrament.

2.1.1. Parentalitat i aferrament

La Resiliència és una capacitat important a tenir present en adopció, no només per l'infant adoptat sinó també per la família, que considerem fonamental per a fomentar un vincle segur dels nens amb els seus pares adoptius i contribuir a millorar l'adaptació d'aquests infants a la seva família en un període més curt de temps. L'adopció internacional acostuma a tenir un període inicial considerat com una situació transitòria que genera la necessitat de la cooperació dels diferents membres de la família

l·ligat a una bona comunicació per tal de resoldre les dificultats que vagin esdevenint (Ungar, 2004; Walsh, 2003 citat per Buchanan, 2008). Segons Buchanan (2008), poc a poc, creix la investigació a l'entorn de la resiliència familiar, tot i que és escassa la recerca de l'impacte d'aquesta en l'adaptació dels infants a les seves famílies. A més podem afirmar, que pràcticament no hi ha estudis que utilitzin una escala específica de resiliència infantil i/o familiar.

La família té un paper destacat en el foment de la resiliència, de tal manera, que contribueix al desenvolupament satisfactori de les persones que la desenvolupen després d'haver patit un fet traumàtic. Al mateix temps, l'estil de parentalitat és determinant per potenciar la capacitat resilient dels infants, fomentant el seu desenvolupament màxim com a persona. Així doncs, què succeeix amb els infants adoptats, tenint en compte que la major part d'ells els hi ha mancat a l'inici de la seva vida les cures d'una parentalitat satisfactòria o bentractant (Barudy, 2005)? Amb una història de vida, sovint traumàtica, els nens arriben a ser adoptats sent l'únic moment en què comencen a tenir exclusivitat d'uns pares després d'haver estat abandonats. Aquestes noves figures parentals hauran d'ajudar a reconstruir en aquests infants la continuació d'una història de vida més positiva que pugui mitigar els efectes del passat. En relació a la parentalitat adoptiva destaquem l'apreciació que en fan Corbella i Gómez (2010), afegint que:

“En este sentido, los cuidadores ejercen una función mediadora entre el niño y el entorno. Según el protagonismo del niño en la interacción con su entorno y la mediación recibida se propiciará a) un equilibrio entre diferentes posicionamientos de adaptación o se potenciará b) un posicionamiento de adaptación pasivo del niño al entorno o c) un posicionamiento de adaptación activo.” (p. 53)

A més, afegeixen que en el cas dels infants adoptats, que anteriorment han estat institucionalitzats, presenten un posicionament d'adaptació passiu; els pares adoptius són els que han d'ajudar al seu fill a descobrir els nous posicionaments de com relacionar-se i adaptar-se per tal de propiciar la confiança personal i en els altres, fonamental per a poder sentir-se un membre de la família i poder demanar ajuda quan calgui.

Veiem doncs la importància de la parentalitat en adopció, tot i que, fins al moment, s'ha minimitzat l'estudi de l'efecte de la parentalitat en les capacitats resilients dels infants adoptats. Així doncs podem dir, que l'abandó en sí mateix és un factor de

risc i l'adopció seria el factor protector per a l'infant, sempre i quan s'aconsegueixi establir un aferrament segur entre pares i fills. Per això, relacionem aquests dos termes que són fonamentals en adopció ja que determinen l'adaptació d'aquests infants dins la seva nova família adoptiva i generen moltes demandes en els serveis postadoptius.

El concepte de parentalitat fa referència a tot allò que els pares i mares fan per cuidar i educar els seus fills, alhora que promouen la socialització d'aquests. La parentalitat no depèn de la composició familiar sinó que està relacionat amb les actituds i la forma d'interaccionar en les relacions paterno/materno-filials (Sallés i Ger, 2011).

Les mateixes autores destaquen la parentalitat social i el que influeix en ella, seguint les idees de Barudy i Dantagnan (2010), expliquen que per a exercir una parentalitat competent cal, a més de cobrir les necessitats nutritives, d'afecte i de cures, cobrir les necessitats educatives, les necessitats socialitzadores, les necessitats de protecció com també les de promoure la resiliència, la qual destacarem al llarg del nostre treball.

Cada cop és més comú que les diferents investigacions a l'entorn de l'adopció relacionen l'estil d'aferrament amb l'adaptació dels infants adoptats a la seva família adoptiva com l'article de Mundaca, Gallardo i Angulo (2000), que en els seus resultats van concloure que l'estil de vincle segur és el que s'hauria d'assolir per tal d'afavorir una millor adaptació de l'infant adoptat. Però per entendre-ho cal especificar que parteixen de la Teoria d'aferrament de Bowlby (1907-1990), metge i psicoanalista anglès, que fou pioner en descriure la relació d'aferrament amb els pares o primers cuidadors com una "base segura" des d'on explorar el món. Mary Ainsworth (1913-1999), psicòloga e investigadora estatunidenca, va ser deixeble de Bowlby i va investigar sobre la seva Teoria de l'aferrament. Va descriure tres estils d'aferrament ben diferenciats: el segur, l'insecur evitatiu i l'ansiós-ambivalent i va desenvolupar un mètode per avaluar-lo que va denominar "la situació estranya". Main i Solomon (1986) van descriure el quart estil d'aferrament: l'insecur desorganitzat. Segons Mundaca, Gallardo i Angulo (2000), l'aferrament segur és el desitjat per afavorir l'adaptació de l'infant, el descriuen com el nen/a que confia en els seus pares, els quals són accessibles, sensibles a les senyals de l'infant i col·laboren en les situacions adverses, el que contribueix a que el seu fill sigui un nen segur. D'altra banda, el contrari de l'aferrament segur està l'insecur, aquest es divideix en tres tipus ben diferenciats: l'insecur evitatiu, l'ansiós ambivalent i l'insecur desorganitzat. El primer, l'insecur evitatiu, seria el mecanisme de protecció que fa l'infant i que consisteix en evitar o

inhibir les conductes que busquen la proximitat amb les figures parentals. Aquest sorgeix arrel de què les respostes de la mare no satisfan les necessitats del bebè, sinó que li produeixen angoixa i malestar. Els fills amb aquest aferrament no acaben de confiar en els pares, i correspondria a el 15-23% de població víctima de maltractes. El segon l'ansió ambivalent és aquell que es caracteritza per tenir una ansietat molt gran de sentir-se estimat, valorat per l'altre, especialment per la figura parental. Al mateix temps desenvolupa sentiments ambivalents cap als referents degut a moltes necessitats afectives no cobertes. El sentiment que viu l'infant és d'abandonament, soledat i impotència. Amb tot això encara insisteix més en que li facin cas el que provoca que rebi maltractes per part dels propis cuidadors. Molts nens/es amb aquest trastorn desgasten tanta energia en el pla afectiu que els queda poc per invertir a nivell cognitiu i molts són fracassos escolars. Aquest tipus d'aferrament correspondria al 20% de la població víctimes de maltractes. I el tercer, l'insegur desorganitzat, que seria el que desenvolupen els fills de pares que han patit moltes negligències greus i abusos sexuals. Aquests pares presenten greus incompetències parentals, severes i cròniques, i molts d'ells, a més, pateixen quelcom afegit: una patologia psiquiàtrica crònica, són alcohòlics o toxicòmans. Els nens amb aquest trastorn de l'aferrament pateixen molta por i desesperança, ja que, tant si intenten apropar-se als seus referents per buscar respostes afectives com si s'allunyen la figura de vincle respon de forma hostil i de rebuig. Tot plegat genera en l'infant moltes dificultats de poder vincular-se degut a què no confien en els adults ni en ells mateixos. Arrel d'això poden desenvolupar fòbies o pors inexplicables. Acostumen a tenir comportaments violents barrejats amb complaents cap als referents per no perdre'ls (Barudy, 2005). Aquest últim seria l'estil d'aferrament més greu i de més mal pronòstic ja que pot esdevenir psicopatològic.

Per tant, és evident que els nens i nenes no poden autoregular-se, és a dir, per adquirir i mantenir un equilibri emocional ja des de bebès els infants necessiten una relació consistent i compromesa amb la seva figura d'aferrament. Des d'un punt de vista relacional l'aferrament és bàsicament un sistema de sincronització comunicativa (Corbella i Gómez, 2010). És doncs, la figura parental la que satisfarà les necessitats bàsiques que el bebè demani. Llavors l'infant aprèn a autoregular els seus estats d'ànim quan sap que el seu referent parental està disponible i atenta, el que Botella i Corbella (2005) ho anomenen estar en ressonància emocional. En canvi, un període llarg de dissonància i/o ruptura de l'aferrament són generadors de processos neurobiològics amb

repercussions tòxiques per al desenvolupament del sistema nerviós del nen/a (citat a Corbella i Gómez, 2010).

Tanmateix, entre els estudis que analitzen el tipus de vincle amb factors de risc i factors protectors trobem Van den Dries, Juffer, Van Ijzendoorn, i Bakermans-Kranenburg (2009), que determinen com a factors de risc en adopció l'establiment d'un vincle insegur-desorganitzat ja que es relaciona amb problemes de conducta externalitzants (CBC-L) i una possible psicopatologia infantil. Aquests serien un dels casos que necessitarien consultar a nivell professional en l'àmbit clínic, tant a nivell familiar per treballar la relació pares i fills amb la fita d'aconseguir establir un aferrament segur, com a nivell individual per treballar característiques intrínseques a l'infant. Friedlander (2003) descriu l'adopció com aquells vincles familiars que es trenquen i es construeixen de nou, per això, creu necessari que els terapeutes que treballen amb famílies adoptives han de tenir, com a marc de referència en el seu treball, l'aferrament i vinculació afectiva. Segons ell, la variabilitat en l'establiment de l'aferrament dels infants adoptats i les seves famílies explica la major part de com els infants assimilen i entomen la pèrdua que l'adopció significa. És a dir, que una depèn de l'altre, i per a poder establir un aferrament segur entre pares i fills, caldria poder treballar el sentiment de pèrdua viscut i, a més, enfortir els lligams emocionals amb la família adoptiva i el seu entorn social proper.

Cal destacar com a referents sobre parentalitat a Barudy i Dantagnan (2005), els quals diferencien la parentalitat bentractant de la maltractant, definint la primera com la disposició dels recursos i capacitats per a adaptar-se i cobrir les necessitats infantils: llaços afectius (estables, incondicionals i continus), desenvolupament cognitiu i social; cobrir aquestes necessitats es converteix en un factor protector del nen i en una font de resiliència. En canvi, la segona, la maltractant seria la que no les cobreix, hi hagi maltractament de forma explícita o no n'hi hagi. També utilitza l'expressió de parentalitat competent i resilient, que és la que exerceix el pare o la mare envers els seus fills, essent una figura de recolzament, i vincle segur, com algú que atén les seves necessitats bàsiques. Es veu, doncs, com Barudy i Dantagnan (2005) fan un nexa d'unió entre la importància de les característiques dels pares i la promoció de la resiliència. D'altra banda, Guédénéy (1998), amb el seu ús del concepte Actitud Parental Competent com un component protector del desenvolupament, en aquest sentit, incrementar la capacitat de superació de l'infant en situacions desfavorables contribueix

a la consideració de la importància de la vinculació en les actituds parentals i la resiliència.

En relació a les idees exposades, és necessari identificar la parentalitat adoptiva com una parentalitat social, ja que el vincle familiar es construeix de forma independent de l'herència genètica, i un sentiment de pertinença familiar que ve donat per la història compartida i, al mateix temps, l'acceptació d'orígens diferents pels membres de la família. Abans però cal la legitimació d'aquesta parentalitat adoptiva, com també l'establiment dels rols de cada membre que la formen: pares, fills i germans (Boadas, Sallés, Pacheco i Ger, 2012; Pacheco, Garcia, Ger, Sallés i Boadas, 2012).

Sovint es parla dels nens adoptats com d'una població vulnerable que presenta elements de risc. En aquest sentit, Barudy i Dantagnan (2005) descriuen uns **factors protectors** enfront dels processos i successos vitals que desfavoreixen l'adoptat. Atenent als infants adoptats, aquests factors protectors consistirien a oferir-los una preparació prèvia del que succeirà i a ajudar-los a atorgar significat a allò que representa el fet de ser una família adoptiva; com també, rebre una resposta a totes les preguntes que tinguin a veure amb la seva història, qüestió que aprofundirem en el següent punt (2.1.2.). I, atenent als pares adoptius, es tractaria que poguessin oferir una dedicació exclusiva als seus fills en els primers temps, sobretot pel que fa a aspectes com: tenir capacitat d'empatia i d'adaptació a les necessitats de l'infant, aconseguir seguretat a l'hora d'assumir el rol de pares, tenir motivació, respondre al fill amb naturalitat a allò que preguntis, assumir els dols del nen, i considerar la possibilitat de demanar ajuda professional especialitzada quan sigui necessari. Els mateixos autors descriuen uns **factors de risc** en els infants: el fet de no haver-los preparat per a entrar a una nova família, dèficits motrius, físics o intel·lectuals, conducta *acting-out*, inhibició i retraïment emocional, conductes regressives o necessitat constant d'afecte, problemes d'atenció i concentració, i aprenentatges. I, en els cas dels pares adoptius, serien: una motivació inadequada, unes expectatives irrealistes, el fet de voler normalitzar-ho tot molt de pressa, o dificultat per a parlar de la història de l'infant, com també per a interpretar les seves reaccions.

Per tot això creiem necessari fer un breu incís en la família en sí mateixa, la qual té un paper destacat al llarg del nostre treball. Considerem que és fonamental la família per ajudar als infants adoptats a desenvolupar-se al màxim de les seves capacitats, físiques i psíquiques. És doncs, el sistema familiar determinant per aconseguir una bona adaptació de l'infant a la seva família adoptiva, fent possible el desenvolupament de la

resiliència. Però cal veure què diferencia una família considerada normal de la que no ho és. En aquest sentit Froma Walsh (1982) va elaborar quatre criteris de selecció per diferenciar una família normal d'una anormal (citada per Anna Vilaregut, 2003), els quals els anomenem a continuació:

1. El primer criteri es relaciona amb la simptomatologia, una absència de símptomes patològics seria una valoració positiva de la normalitat, el que definiríem com un funcionament familiar asimptomàtic.
2. El segon es basa en la utopia, s'estableix com a referència comparativa un funcionament familiar ideal. Un cop es reconeixen les característiques positives i ideals de la família es parla de funcionament familiar òptim.
3. El tercer criteri correspondria a la mitjana estadística poblacional, guiada segons la distribució d'una corba normal de Gauss, on la part mitja ens diu la normalitat i els extrems el que s'allunya d'aquesta, les desviacions. Aquest criteri no determina que la família estigui absent de símptoma, però sí parlem de funcionament mitjà d'aquesta.
4. Per últim, el quart criteri descriu la normalitat com un procés que es situa dins un context transaccional i evolutiu. És doncs, la família vista des d'una òptica circular, a partir de processos universals, específics de tots els sistemes vius. Paral·lelament es té en compte la dimensió evolutiva d'aquesta, ja que la família es considera un sistema relacional dels seus membres i l'entorn social. Entesa com un procés transaccional de la família.

Segons Walsh (1982), el quart criteri és el que es caracteritza per ser més utilitzat pels terapeutes familiars, i és amb el que ens sentim més identificats en la nostra pràctica professional enfocada a la intervenció amb resiliència. La mateixa autora utilitza el terme de família funcional, més que no pas normal; al mateix temps el seu contrari seria família disfuncional en comptes de família anormal. L'autora anomena vuit paràmetres diferenciadors entre els dos tipus de família, la funcional i la disfuncional, que formen la següent llista d'adjectius contraris segons si pertanyen al primer tipus o el segon tipus, que són: Individuació/Aglutinament,

Mutualitat/Aïllament, Flexibilitat/Rigidesa, Estabilitat/Desorganització, Percepcions clares/Percepcions distorsionades o confuses, Rols clar/rols confusos, Reciprocitat de rols/rols conflictius, Límits generacionals/Límits generacionals confusos o trencats. Aquesta part és cabdal tenir-la present en qualsevol intervenció amb famílies, i en el cas de l'adoptiva ho ampliïm quan parlem d'intervenció en postadopció. És doncs, una bona guia de les característiques familiars més adients descrites per Walsh, experta en resiliència familiar (2004).

Barudy i Dantagnan (2010) parlen de com millorar la trajectòria de vida, amb teràpia o sense, dels nens que han patit situacions traumàtiques, però sempre amb la figura d'un adult a prop, que els pugui anar guiant en la nova construcció de la seva vida i, sobretot, que els ajudi a veure que hi ha una sortida possible; això darrer és fonamental per a la resiliència, la mirada positiva de la vida i el futur. Perquè, en definitiva, es tracta de construir una nova narrativa a través de la qual l'infant pugui continuar vivint amb força i cap endavant, buscant nous objectius i il·lusions (Cyrulnik, 2002). El mateix Cyrulnik (2002) comenta les estratègies característiques i els processos individuals dels nens que han patit un trauma, per tal d'arribar a ser resilents. Comenta, només, que la presència d'un dels pares ja és en si mateixa un factor de resiliència. Anomena aquesta presència Guies de Resiliència, que faciliten l'establiment de llaços afectius amb altres persones i ajuda a mitigar el dolor patit. Tenir aquestes guies de resiliència per als nens adoptats serà un mitjà que afavorirà la superació de les dificultats inherents al fet adoptiu i, per tant, una adaptació millor dels nens a les seves famílies adoptives.

Veiem, doncs, com és clau el paper de la família, especialment dels pares, en el desenvolupament de la resiliència dels nens, siguin adoptats o no ho siguin. Tenint en compte que l'aprenentatge dels processos adaptatius és un procés intersubjectiu, el paper de la família és fonamental per a possibilitar la creació de resiliència individual, sempre i quan existeixin vincles d'aferrament segurs dins la família. En aquest sentit, Ungar (2005), seguint Delage (2004), afirma que la resiliència depèn de la capacitat d'adaptació al context social: primer esbrinant el camí dirigit a trobar recursos psicològics i socials, i seguidament compartint aquests recursos amb el seu entorn. Ungar (2005), estableix un programa en el qual destaca alguns recursos bàsics que fomenten la resiliència. Són processos senzills que els pares haurien de considerar en l'educació dels seus fills: (a) procurar que els fills puguin accedir a relacions de recolzament, (b) procurar que tinguin accés a material de suport, (c) contribuir al

desenvolupament, en els fills, d'una identitat desitjable, (d) fomentar que s'impliquin en tradicions culturals, (e) proporcionar experiències de tenir poder i control, (f) fomentar el sentiment de justícia, (g) fomentar el sentiment de cohesió amb els altres, sobretot amb la família extensa, i (h) fomentar que sàpiguen tenir cura de si mateixos, tant pel que fa a la salut física com a la mental. Si recordem l'afirmació feta anteriorment sobre la importància del context social perquè sorgeixi la resiliència, Barudy i Dantagnan (2005) afirmen que aquest entorn social ha de ser bentractant, un context que permeti el desenvolupament de la ment i l'estimulació dels processos d'autoregulació cerebral. Considerem primordial el paper de la regulació emocional dels infants dins la família, és a dir, quan l'emoció que senten és tant intensa que produeix conductes nocives cap a ells mateixos i com la poden ajudar a gestionar els adults (figures parentals).

Cal afirmar que és un requisit important pel benestar individual i familiar, que el nen/a adoptat/da arribi a poder estar estable emocionalment, tot i que, no sempre és possible aconseguir-ho. Per altra banda, la desregulació emocional no ajuda en la comunicació ni apropament pares i fills, només perjudica aquesta tenint com a resultat conductes inadequades i/o disruptives, però és necessari ser-ne conscients per a poder-ho regular. Per la qual cosa hem d'integrar l'emoció i el pensament que tenim, "disposem d'estratègies de regulació emocional que ens permetin identificar-la, expressar-la i alliberar la tensió que l'emoció ens pot produir, a fi d'adequar-la al màxim al nostre projecte vital" (Bach i Darder, 2002, p. 101). Primer de tot, destaquem el treball de Conway i McDonough (2006), que estudien el lligam que hi ha entre les cures parentals i els problemes de conducta en els infants, per fer-ho creen un terme nou la "resiliència emocional": "*the ability to generate positive emotions and recover quickly from negative emotional experiences is known as emotional resilience*". A més, especifiquen que la resiliència ajuda a combatre esdeveniments estressants fet que reflexa una adaptació emocional positiva; es basen en la *Broaden and Build Theory of positive emotions* (Fredrickson, 2001). Els seus estudis insistien en recolzar la teoria que deia que la sensibilitat maternal ajudaven a l'infant amb respostes reactives negatives a poder aconseguir regular-se emocionalment, a més aquest estil de parentalitat ajudava a aquests nens/es a poder recuperar-se de situacions estressants posteriors en la interacció amb els seus pares. Els seus resultats van demostrar que la sensibilitat maternal als 7 mesos de vida influenciaven sobre l'afecte negatiu del infant el que possibilitava el desenvolupament de la resiliència emocional en l'etapa preescolar, com també que la resiliència emocional s'associava negativament amb l'ansietat o depressió (problemes

internalitzants) en l'etapa preescolar. Així doncs, aquests resultats són un exemple més de la necessitat dels infants adoptats de tenir unes cures parentals adequades, per tal que amb aquestes, sigui possible promoure la resiliència emocional i possibilitar l'adaptació positiva dels infants a la seva família adoptiva.

Tanmateix, per a conèixer els sentiments dels infants hem d'aprofundir en altres aspectes que hi estan relacionats, destaquem la figura de Downing (2004) que ens ensenya la *Video Intervention Therapy* (VIT) la qual consisteix en l'estudi del llenguatge del cos per a obtenir informació de la part emocional de l'individu, a través del qual es pot predir un aferrament insegur com el desorganitzat. L'autor és de l'opinió que l'emoció implica tot el cos, no només l'expressió facial, i que, la interpretació corporal és una tasca més complicada però igualment important. Segons ell existeixen 4 àrees sobre les habilitats emocionals de les persones: 1-el nivell implícit afectiu, que consisteix en sentir les pròpies emocions i etiquetar-les, 2-l'habilitat per percebre l'expressió emocional dels altres, com seria la que genera la sensibilitat maternal, 3-l'habilitat pròpia de ser coherents amb l'emoció que mostrem, 4-l'intercanvi mutu, és a dir, veure quina emoció té l'altre i poder coordinar la nostra amb la d'ell per adequar-nos. Downing defensa la idea que saber utilitzar el cos en aquestes 4 àrees, són estratègies corporals que ens ajudaran a afrontar millor un trauma que ens bloquegi, o el que seria similar, que ens ajudarà en el procés resilient per a seguir desenvolupar-nos com a persones. A més, l'autor afirma que es poden entrenar o aprendre en l'àmbit terapèutic, tant els infants com els adults. Així doncs, aquestes 4 habilitats descrites anteriorment, són fonamentals per a tots els pares, adoptius i biològics i s'hauria de poder portar a la pràctica amb els fills, ja que aquests se sentirien empàticament compresos i, al mateix temps, seria el model que ells aprendrien i que els ajudaria a ser més competents emocionalment. Seguidament, en la mateixa línia Coan i Allen (2003) relacionen la resiliència i l'estil de regulació emocional de l'individu, destacant la importància del recolzament social per aconseguir fer possible l'estabilitat emocional, pel que és necessari saber que no estàs sol. En els seus estudis utilitzen la tècnica del electroencefalograma per a conèixer les zones cerebrals que s'activen quan experimentem emocions, dels seus resultats destaquen les idees que un individu regulat emocionalment i/o estable se li activa el lòbul prefrontal, el mateix que està activat quan estem contents. És doncs, el paper de la neurociència un camp molt ampli per explorar tot allò que es relaciona amb la localització de les habilitats no només neurocognitives si no que també afectives dels infants, tot i no tenir cabuda en el nostre treball.

No obstant això, insistim en el paper decisiu de promoure les habilitats emocionals en els infants adoptats, sempre amb ajuda de les seves famílies, per a poder assolir un major benestar. De fet com diu Rafael Jódar (2013), la vulnerabilitat l'experimentem quan sentim emocions primàries, i aquestes emocions doloroses ens fan més vulnerables perquè connecten amb experiències del passat. Podríem dir que tenim memòria emocional, per posar un exemple, podem dir que en alguns moments, quan els infants adoptats senten por, aquesta es desperta per la inseguretats que genera el sentir-se rebutjats i abandonats de nou. Normalment les persones aprenem a gestionar la por, la ràbia, l'enuig..., de la manera que hem après, és a dir, seguint el model de les persones significatives que ens envolten. En el cas dels infants adoptats, quan arriben a les seves famílies adoptives, els hi manquen aquests referents; o si més no, els referents no han estat els adequats. Podem afirmar que els infants quan són adoptats tenen una mancança pel que fa a la **consciència emocional**, el procés de **regulació emocional** com també l'**expressió de les emocions**, que són tres aspectes bàsics que hauran d'aprendre, ja que en cas contrari seran molt vulnerables a desenvolupar una disfunció o trastorn mental (Jódar, 2013). Els pares han de poder ser els que potenciïn aquesta part emocional dels seus fills, amb ajuda professional si cal, ja que determinarà l'adaptació de l'infant dins la família adoptiva. Al mateix temps, aquesta part és fonamental poder atendre-la en la intervenció en postadopció, ja que, ajuda a fomentar la resiliència en els infants adoptats.

Així doncs, seguint la mateixa línia Cyrulnik (2002) i Barudy i Dantagnan (2005) destaquen la importància dels tutors de resiliència, definits pel primer com aquells adults significatius que constitueixen un recolzament afectiu i de qualitat per als nens i nenes que han viscut maltractaments. Els tutors de resiliència compensen les mancances afectives i les necessitats bàsiques que els infants no han tingut a causa de diferents graus d'incompetència parental. Els pares adoptius poden ser, en aquest sentit, tutors de resiliència, ja que un dels principals objectius a aconseguir amb els seus fills és la compensació del tracte negligent, incompetent, o de les carències viscudes amb anterioritat a l'adopció. Walsh (2004) defensa la importància de destacar el paper de la família com una font potencial de resiliència, és a dir, com un recurs en sí mateix. També sosté que el fet d'enfortir la resiliència de la família en cada intervenció terapèutica es també una mesura preventiva, ja que construeix nous recursos per tal que el grup familiar pugui fer front a altres reptes en un futur. Destaca la importància de reforçar tots els integrants del sistema familiar per tal de poder afrontar els reptes vitals

que es presentin. En aquesta línia, des de la Teoria Sistèmica, proposa unes claus per a la resiliència familiar que es desenvoluparien al voltant de tres àrees. En primer lloc, destaca que, en els sistemes de creences familiars, podem trobar la dotació de sentit a l'adversitat i també el fet de tenir una perspectiva positiva de la situació, amb possibilitat de canvi. En segon lloc, destaca els patrons d'organització familiar, tant pel que fa a la flexibilitat d'aquests, com a les connexions entre els membres del sistema, com també els recursos socials i econòmics de què es disposa. I, com a darrer punt clau, emfatitza els processos comunicatius que s'estableixen dins la família, tant pel que fa a la claredat amb què s'expressa allò que es pensa, com a la presència d'expressió emocional sincera i adequada, i a la resolució col·laborativa dels problemes. Finalment, Walsh conclou que, si des de la intervenció terapèutica, es fomenten i potencien aquestes tres àrees, totes les famílies tenen possibilitats d'aconseguir ser resilents i superar els moments de crisi.

Barudy (2005), a més, afegeix que per a aconseguir que una intervenció faciliti la resiliència en la família cal que hi hagi: (a) vincles afectius, empàtics i solidaris dins la família, (b) interès per ajudar a buscar sentit i prendre consciència de les causes i conseqüències del dany, (c) accions educatives que promoguin els valors de justícia, solidaritat, honestat, igualtat entre ambdós sexes i respecte pels drets humans, (d) intervencions per a estimular l'entreteniment, el plaer i el bon humor i (e) intervencions mèdiques, judicials, psicoterapèutiques i educatives adequades, quan calgui.

La realitat adoptiva ens mostra la dificultat per establir una adequada parentalitat com també un vincle afectiu segur. Un dels motius més comuns és l'estrès parental, que no només ocorre en les famílies adoptives però sí, de manera més aguditzada, és una de les conseqüències més habituals a l'inici de l'adoptiva. De fet es podria considerar que l'estrès pot ser més elevat en la figura de la mare adoptiva que no la del pare, ja que aquest rol està socialment més mitificat i existeixen moltes pressions socials en relació a les expectatives d'invulnerabilitat del rol de mare. Cal matisar, que l'estrès afecta als pares però també a nen/a adoptat, en un article molt interessant de Grotevant (2013) descriu les conseqüències que té l'impacte d'aquest sobre el nen, afectant el seu sistema neuroendocrí, alterant el seu creixement, el desenvolupament cerebral i, com també, provoca trastorns de la son; aquest conjunt de característiques perjudiquen la part social, cognitiva i emocional de l'infant adoptat. Concretament les alteracions a nivell socioemocional, s'expliquen per la segregació d'hormones gluocorticoides que afecten les glàndules pituitàries de l'hipotàlem. En el mateix article l'autor cita un estudi

de Rosnati (2005) sobre els estils de parentalitat del pare i la mare adoptiva, de nens d'entre 7 i 11 anys amb problemes de comportament i/o emocionals. Concretament es centrava en la figura del pare, no va trobar diferències significatives entre l'estrès que pateix un pare adoptiu amb el biològic. Tot i que sí va destacar l'existència d'un nivell d'implicació més gran del pare adoptiu en la cura dels seus fills que no pas del biològic. Aquests resultats es relacionen amb els de Mundaca, Gallardo, Angulo (2000), que en la descripció dels factors biosocials de l'adopció citen a Lieberman i Whiple (1997), que diferencien pares biològics dels adoptius, assenyalant tres característiques positives d'aquests últims: que els pares adoptius acostumen a ser majors d'edat que els pares biològics, que estan altament sensibilitzats amb els problemes de desenvolupament dels seus fills, com també són coneixedors de la xarxa social i de recolzament de que disposen, segurament fruit d'haver estat objecte d'estudi durant el procés d'adopció.

Destaquem doncs, la importància de poder avaluar els dos diferents punts de vista del pare i de la mare individualment, ja que potser el seu estil educatiu no coincideix. En un estudi que vam portar a terme Solórzano, Pacheco i Virgili (2010), analitzàvem l'estil educatiu del pare i de la mare en relació amb el grau de resiliència dels seus fills. Els resultats van mostrar que la majoria de les famílies adoptives (pare i mare) presentaven un estil educatiu assertiu, descrit com l'estil d'un pare o mare pacient, que es fixa més en les conductes positives que les negatives del seu fill i se les reforça. Tot i no haver-hi resultats significatius sobre quin d'aquests estils educatius potenciava més el grau de resiliència, degut a la mostra reduïda (n=9 famílies), es van destacar com a dades significatives que quan la mare presentava un estil educatiu inhibicionista, entès com aquell que confia que el seu fill es pot desenvolupar per ell mateix sense guies ni normes, que deixa fer, llavors l'estil del pare era punitiu o assertiu, descrivint el primer com aquell pare que només es fixa en el que el seu fill fa malament, que amenaça i castiga sovint. Sent el segon, l'assertiu, l'estil educatiu desitjat per al benestar dels fills. En els dos casos l'estil del pare intenta suplir o compensar l'estil inhibicionista de la mare. En síntesi podem dir que la resiliència tant pot ser causa com conseqüència del desenvolupament satisfactori dels infants, i les competències paternes i maternes han de poder fomentar aquesta capacitat. És a dir, els pares i mares han de poder esdevenir "tutors de resiliència" (Cyrulnik, 2002) per tal que els seus fills puguin desenvolupar-se correctament i afrontar, amb èxit, possibles esdeveniments traumàtics o potencialment desestabilitzadors. És a dir, la funció reparadora de la parentalitat adoptiva.

La relació entre resiliència i competències parentals és un camp d'estudi creixent que porten a terme autors tan prolífics com Barudy i Dantagnan (2005), Cyrulnik (2002). D'altra banda, la recerca en l'àmbit de l'adopció d'infants és relativament recent, encara que el fet en si d'adoptar no ho sigui (Palacios, 2005). Tenint en compte que els infants adoptats parteixen d'una situació vital de privació, i que sovint existeix un clar contrast entre les experiències prèvies a l'adopció i les posteriors, crida l'atenció que les investigacions que relacionen resiliència i parentalitat en infants adoptats siguin escasses. Per això, en la nostre recerca es té com a objectiu prioritari, realitzar la validació del *Inventario de Resiliencia Infantil* (IRI) en població espanyola per poder posteriorment posar en pràctica l'estudi en profunditat de les dimensions resilients i com poder promoure-les.

2.1.2. Identitat i Comunicació dels orígens

La identitat és un terme molt ampli que constitueix un camp d'estudi en sí mateix, del qual farem una pinzellada destacant la importància que té per als infants adoptats. De la construcció de la identitat de l'adoptat depèn el futur de l'adaptació d'aquest a la seva família adoptiva com a l'entorn sociocultural i per això cal posar molta atenció a poder donar el màxim de facilitats per a què sigui possible una construcció sòlida però en canvi continu. Pacheco (2006) defineix la identitat "*como la conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás, describir la identidad humana equivale a explicar los procesos que implican al sí mismo*". El "*sí mismo*" el vincula directament amb l'estructura psicològica, concretament el considera un factor determinant de la salut mental i el benestar emocional. És doncs un concepte que tant ajuda a fomentar el bon funcionament psicològic de l'individu com pot contribuir al desajust psicològic d'aquest. Seguint aquesta idea el sí mateix, com bé diu Pacheco, "*se construye a partir de la interacción y, una vez establecido, juega un rol determinante en el proceso de adaptación de las personas*" (p. 40). Stein i Markus (1994) relacionen l'autoconcepte amb el sí mateix definint-lo com "*un conjunto organizado de varias visiones del sí mismo que puede modificarse o transformarse durante el curso de la vida*" (citada per Pacheco, 2006, p. 56).

Fent una síntesi d'aquestes idees cal destacar el paper fonamental que té la construcció del sí mateix en les persones com a determinant de l'estabilitat psicològica de l'individu i per la prevenció de la salut mental d'aquest. Per això, en aquest apartat ens centrem en la identitat, degut a què, en el cas dels infants adoptats és un factor protector per a una millor adaptació a tots els canvis viscuts; el fet de poder fer una construcció de la pròpia identitat ja sigui feta per ell mateix o amb ajuda dels altres, fa que afavoreixi el seu benestar. És primordial doncs tenir cura de la formació de l'autoconcepte des de la infància com també de l'autoestima terme que es troba directament relacionat amb el primer. Ambdós són presents al llarg de la nostra recerca, especialment l'autoestima ja que és considerada un dels pilars de la Resiliència com també una de les categories avaluades en el nostre *Inventario de Resiliencia Infantil* (IRI). Aquesta relació de la identitat i la resiliència la veiem a Kaplan (1999), el qual defineix la resiliència enllaçant-ho amb el self, concretament diu que la resiliència és un tret psicològic vist com un component del *self* que ens capacita per tenir èxit en condicions adverses i que, al mateix temps, pot ser desgastat o reforçat per aquestes (citada per Iraurgi, Blánquez, Estévez, Gorbeña, Matellanes i San Nicolás, 2012, pag.12). Així doncs, veiem el lligam entre resiliència i identitat, sent la identitat cabdal per a la resiliència i ambdós necessaris per a pel correcte desenvolupament de l'infant adoptat.

En el marc de la identitat en adopció Berástegui (Berástegui i Gómez, 2007), que són unes de les referents més importants de l'estat espanyol, entenen que l'ésser humà té una necessitat fonamental d'identitat, necessita ser conscient de sí mateix com a ésser únic, separat i diferent dels demés. Les autores defineixen identitat com un autorelat o narració sobre un mateix que organitza el món cognitiu, emocional i les accions del subjecte (p. 21). La idea principal és poder integrar el coneixement dels seus orígens en una narració continua sobre sí mateix. Les autores citen a Harold Grotevant que reflexiona sobre la identitat en persones adoptades dient que suposa construir una narració que d'alguna manera inclogui, expliqui, doni sentit i/o justifiqui l'estatus adoptiu.

Seguint aquesta línia, Berástegui (2013) també destaca la importància de la construcció de les narratives del *self* en adopció i la seva relació directa amb les capacitats resilents dels adoptats. De fet insisteix en la complexitat del procés de construcció del sí mateix i hi descriu diferents components de la narrativa vital, sintetitzant-ho de la següent manera, citant-se a ella mateixa (2012): *La historia que me*

han contado, que té relació amb la comunicació que la família adoptiva fa de la història prèvia del seu fill, decisiva per a la construcció de la identitat del adoptat. Per a una comunicació positiva cal crear un ambient obert i càlid, deixant lloc a l'expressió de les emocions a l'entorn de l'adopció. *La historia que represento*, és un aspecte de la identitat de l'adoptat, té a veure amb el rol que m'atorguen i assumeixo en la vida i la narrativa familiar. Està relacionat amb l'expectativa familiar que pesa sobre el nen lligat al que ha de fer i ha de ser per a ser acceptat com un membre més de la família. *La historia con la que me comparo*: la construcció de la narrativa de l'adoptat és una que divergeix de la població de filiació biològica, que inclou a més una ruptura inicial com és l'abandó, i requereix un procés de dol que està condicionat per la convicció social que de mare només hi ha una. *La historia que me encuentro vs. la historia que construyo*. La narrativa dels adoptats en el discurs de construcció de la identitat va acompanyat sempre de la paraula recerca, ja sigui interna o externa. Hem de ser conscients d'aquests tres aspectes que influencien en la construcció de la identitat dels adoptats, tant a nivell familiar com professional. És doncs fonamental, com diu Berástegui, ajudar als infants i adolescents adoptats en aquest procés tant complicat ja que és decisiu per a poder desenvolupar la resiliència.

Tal i com Berástegui (2007, 2013) destaca la importància de la construcció de les narratives de la identitat en adopció i ho relaciona amb la resiliència; Fitzhardinge (2008) corrobora la mateixa idea dient que el fet d'explicar una història coherent d'una vida està lligat amb construir una identitat, en l'aferrament i la resiliència. Fitzhardinge és psicòloga i terapeuta familiar, va treballar a *The Post Adoption Resource Center (PARC)* a Sidney (Austràlia), on amb altres investigadors van fer un estudi per poder analitzar les narratives d'identitat. Per realitzar-ho van escollir un grup de 8 noies adoptades d'entre 13 i 19 anys ($x=15$) per a què elles mateixes fessin una pel·lícula sobre el fet adoptiu. Per això prèviament els hi van ensenyar com fer una pel·lícula i quan finalitzessin la seva pròpia farien una mostra en un cinema per als familiars, la qual cosa suposava quelcom important per les participants i la comunitat adoptiva. L'objectiu era centrar-se en el procés de creació de la pel·lícula *The Girls in the mirror* per analitzar els relats de les adoptades, els quals es centraven concretament en les qüestions referides a l'aferrament i les relacions amb els altres. També sortien en les narratives la preocupació per la mare biològica i el seu benestar, al qual una de les participants verbalitzava (p. 61): *It's not that I'll just forget about her completely, but I*

can do things without having that in the back of my mind. It makes me feel like I could stop worrying about myself a bit more (Natalie, 15).

El fet de compartir les històries en veu alta, les noies incorporaven noves idees i perspectives en la construcció de la seva pròpia història, i poc a poc, van tenir menys dificultat per a parlar d'alguns temes en concret que abans els hi era molt difícil, com les fantasies sobre la seva mare adoptiva. Algunes semblaven no donar importància al tema adoptiu i altres es mostraven preocupades. Però totes, de fet, van enriquir la profunditat de les seves narratives, que inicialment eren molt superficials i van esdevenir més emotives, riques i complexes. Van concloure que tot el relacionat amb l'aferrament determinava les narratives de les adolescents. Aquest estudi representa un exemple de com poder treballar en la pràctica clínica el fet adoptiu en grups terapèutics, especialment grups d'adolescents on joves adoptades es narren unes a les altres la seva pròpia història en la qual comparteixen un mateix fet traumàtic, l'abandó.

Tot canvia quan en la família adoptiva l'infant és d'una altre ètnia, en aquest cas és més complicat poder fer la construcció de la identitat ja que hi ha uns trets físics que fan evident l'adopció, i, en ocasions, es pot convertir en un estigma. Rosnati (2010) explica el procés de construcció de la identitat en els nens de diferent ètnia en adopció internacional, ho descriu com un procés migratori que l'infant fa en solitari, i el com compagina la cultura d'origen i la cultura d'acollida se'n diu assimilació. En general, consisteix en definir la nova identitat assenyalant com a base el context nou que viu i decidint quin valor li donarà a la nova cultura. Quan parla de cultura no es refereix només a les característiques i/o tradicions d'aquesta si no de la llengua amb la qual interpreto la realitat, les olors, la gastronomia...tot allò que determina posteriorment com em relaciono amb els altres. En realitat l'infant adoptat, que pertany a una minoria ètnica, ha de fer un canvi molt ràpid d'una cultura a una altra, la seva cultura d'origen passa automàticament a un segon pla, tot i que no la oblida ja que existeixen uns trets físics que són obvis.

La identitat es construeix i es va modificant al llarg de tota la vida, qualsevol ruptura és una amenaça a la nostra identitat, canvi de casa, divorci, abandonament, tot i que el grau de l'impacte a nivell psicològic és diferent. Segons la Psicologia Social i més concretament la Teoria de la identitat social, relaciona el sentiment de pertinença a un grup directament amb l'autoestima de la persona i el benestar. En el cas de l'adopció interracial, com es pot desenvolupar el sentiment de pertinença si hi ha prejudicis al voltant de la ètnia d'on vinc i és aquesta la que té relació directe amb l'abandonament?.

De nou recau en la família adoptiva un paper fonamental per a la possibilitat de reconstrucció de la identitat de l'infant adoptat. Manzi, Ferrari, Rosnati i Bebbet-Martínez (2014), van fer un estudi amb 172 famílies adoptives de nens d'ètnies diferents, d'edats compreses entre 15-25 anys, per tal de poder fer un anàlisi de la identitat ètnica i com influenciava en l'adopció i els nens adoptats. El focus de la seva investigació era el Bicultural Identity Integration (BII), com integraven la doble identitat, la d'origen i la d'acollida, sent compatibles vs. conflictives. És a dir, es volia trobar resposta a com la filiació adoptiva i les estratègies de socialització per part dels pares (la identitat social i familiar) eren factors protectors pels problemes de comportament i l'adaptació dels infants. En general, van trobar que la majoria dels adoptats tenen un bon nivell d'adaptació i un alt percentatge de conductes prosocials. Concretament, el 73'8 % dels adoptats no manifestaven problemes conductuals però hi havia un 27% que sí en tenien. La variable que van destacar va ser l'edat, veien que els adolescents tenien més problemes de 15-19 anys que no pas dels 20-15 anys, es considera, doncs, que hi ha una disminució de les problemàtiques conductuals a mesura que s'encaminen cap a l'etapa adulta.

En un altre article Ferrari, Rosnati, Ranieri i Barni (2014) van analitzar com afronten els adolescents la construcció de la identitat en un període tant crític i difícil. Van inventar una escala per avaluar la identitat ètnica, i un altre per avaluar el nivell d'identificació amb la cultura italiana, i així van poder descriure 4 tipus diferents de construcció de la identitat ètnica: 1. La identitat assimilada, quan es nega la cultura d'origen i només s'identifica amb la d'arribada (italiana), sent un 25'6% els que la desenvolupen; 2. La identitat "separata", quan només s'identifica amb la d'origen, que serien un 25'0%; 3. La identitat "Duale", quan assumeix les dos identitats com a pròpies, sent un 28'5% qui la desenvolupa; 4. La identitat "sospesa", quan es nega sentir-se del país d'origen i també del d'arribada, no es sent ni d'un lloc ni d'un altre, la qual la desenvolupen un 20'99% dels adolescents. Conclouen que la identitat ètnica més favorable seria la identitat "Duale", ja que es diferencia de totes les demés per tenir una comunicació més oberta amb els seus pares, també tenen més recolzament d'aquests, bones relacions amb la família extensa, un bon sentiment de pertinença a la cultura d'arribada, acostumen a estar més contents amb el seu aspecte, tenen una més bona autoestima com també es senten més competents. Els mateixos autors ho descriuen com que assoleixen un benestar eudaimònic, capacitat per projectar-se cap al futur de manera positiva. Aquest darrer faria referència a la descripció que fem de les persones resilients,

és a dir, considerem que la construcció de la identitat “duale” seria la manera de poder fer un bon procés de construcció de la identitat dels nens i nens adoptats d’una ètnia diferent, ja que és l’única que faria possible processos resilients.

La narració de la història de vida de cada nen/a adoptat va en paral·lel amb la construcció de la pròpia identitat, es reforcen i es necessiten mútuament; un infant que no coneix la seva pròpia història, segurament no podrà construir una identitat completa d’ell mateix ja que li mancaran molts trossos de la seva vida, tindrà masses buits convertits en preguntes que potser mai verbalitzi al seu entorn familiar, pares adoptius, i substitueixi per fantasies distorsionades de la realitat que, segurament, es convertiran en angoixes.

Segons Corbella i Gómez (2010): *“La construcción de la identidad se fundamenta en la interacción con los demás... La familia y la red social tienen un papel regulador crucial en el proceso de atribuir significados y en la construcción de la identidad (no sólo la identidad individual, sino la identidad familiar, social y grupal)”*. A mode de resum els autors destaquen certs aspectes claus per a la construcció de la identitat, considerada: el procés dinàmic on es construeix i reconstrueix la identitat, que es fonamenta en la interacció, el paper que té la memòria en aquesta construcció, formada per les experiències viscudes i el significat que se li atribueixen, amb unes preguntes i recursos amb diferents respostes adequades al moment de desenvolupament evolutiu. Com també, la importància d’una xarxa social i familiar, per a poder desenvolupar la identitat social i familiar (pp. 54-55).

És un treball que s’ha de realitzar des de l’inici en el sí de la família adoptiva, és a dir, són fonamentals els pares adoptius com la visió que tenen aquests dels orígens dels seus fills i, en definitiva, dels pares biològics. Així doncs, tenint en compte els estudis fets en adopció, podem afirmar que la parentalitat i l’aferrament establert en cada una de les famílies adoptives determinarà el procés i la possibilitat de construir una identitat positiva del nen/a adoptat/ada. Per a facilitar un adequat desenvolupament de l’infant com a individu valorat, estimat i segur de sí mateix, cal ajudar-lo a construir una identitat pròpia, que no ha de perquè ser com la dels seus orígens, ja que tots som diferents i nosaltres mateixos podem canviar la nostra realitat per a què sigui tant exitosa com vulguem. La família adoptiva ha d’ésser el context que motivarà a l’infant a què això sigui possible, Ungar (2005) recolza aquesta idea destacant el paper fonamental d’aquesta per poder establir una identitat pròpia, com també per poder desenvolupar les característiques resilients en els infants.

Caldria seguir insistint que els pares puguin fer un treball previ dels seus perjudicis i/o visió negativa que puguin tenir dels pares biològics dels seus fills. S'ha de prendre consciència amb els pares adoptius de la importància d'acceptar els orígens dels seus fills, com a pas indispensable per a l'adaptació d'aquets en la seva nova família (Rosnati, 2005). Cal evitar que els nens/es es sentin inferiors, bruts, o sentin vergonya dels seus orígens, pel fet d'haver nascut en una família negligent, fins i tot, tenir la creença que ells són de la mateixa manera. O com la reflexió que fa la mateixa Rosnati dient que s'ha de treballar per a què els nens/es adoptats no es sentin en deute amb els seus pares adoptius, ja que aquest sentiment no hi té cabuda dins una relació filial. Però el procés de la construcció d'una identitat positiva és complicat quan els infants han estat separats de la família biològica per maltractes, abús o privació (Berástegui i Gómez, 2007).

Podem afirmar que l'abandó és un dels fets més difícils de processar pels infants adoptats i influeix en la construcció de la identitat. Però no tots els infants adoptats han d'haver estat abandonats, ja que en alguns casos les mares biològiques es veuen forçades a entregar-los per causa de la pobresa extrema, tot i així podem dir que aquests infants pateixen un sentiment de pèrdua molt fort. San Román (2013) parla de separació de la primera família, en comptes d'abandonament, perquè el considera un terme més neutre, el qual permetria a les persones adoptades poder incorporar-ho com un fet més que forma part del relat autobiogràfic.

En el cas del tipus de filiació a la qual ens referim en el nostre estudi –la filiació adoptiva– hi ha característiques comunes en adopció nacional i internacional, com són les seqüeles de l'experiència d'abandó viscudes, les necessitats de reparació d'aquest i l'elaboració de la condició adoptiva, integrant funcionalment la vivència d'abandonament (Múgica, 2009). Brodzinsky, Schechter i Marantz Henig (2002), en referència a les característiques dels infants adoptats, comenten que, tot i les diferències individuals, els nens adoptats tenen alguns trets en comú, com ara el sentiment dominant de pèrdua (dels orígens, de la continuïtat genealògica, la dificultat per a la construcció del sentit complet del jo...) que no sempre és reconeguda socialment; cal fer el procés de dol corresponent per tal d'anar aconseguint una construcció consistent de la pròpia identitat, com també una bona adaptació dins la família adoptiva. L'autoestima és un ingredient fonamental en la construcció del Jo del nen adoptat, i, com veurem en el capítol següent, és una dimensió molt important de la resiliència; per a fomentar l'autoestima cal ajudar a l'infant adoptat com a la seva família, ja que els

pares tenen una influència molt gran en aquesta la qual intervé en fer possible una identitat positiva. Al mateix temps, per potenciar el benestar emocional dels infants adoptats s'ha de treballar per superar el sentiment de culpa per l'abandonament dels seus pares biològics com la por de que es torni a repetir amb els pares adoptius. Aquesta divergència entre sentiments de dol de la pèrdua viscuda juntament amb la por a tornar a reviure un nou abandó, fa que s'activi de nou en altres moments de la seva vida com seria les separacions de persones estimades, la mort d'algun familiar o, fins i tot, en trasllats (Berástegui i Gómez, 2007).

A diferència de l'adopció nacional, en la internacional s'afegeixen les dificultats que ha de superar l'infant per tal d'adaptar-se a una llengua, una raça i una cultura diferents. Els trets físics diferencials amb la família adoptiva també són una font de patiment que repercuteix en la construcció de la seva identitat (Múgica, 2009).

Pel que fa a la comunicació dels orígens, quin seria el període adient per a iniciar la narració de la història de l'infant adoptat? Doncs, segons tots els experts, no hi ha una edat concreta on s'hagi de començar a explicar a l'infant que és adoptat, si no que hauria de ser un diàleg obert des de l'inici de la família adoptiva, entre els pares i els fills. Estar disponibles i amb escolta activa, per tal que sempre que l'infant ho necessiti es pugui preguntar qualsevol dubte o preocupació sense por, i així anar resolent totes les qüestions vitals a l'entorn de la seva adopció i orígens de manera natural i contínua. En moltes ocasions la narració de la història d'un infant no és gens fàcil ja que existeix informació molt dolorosa per a ells com també pels propis pares adoptius que no volen que el seu fill pateixi més. Aquesta por dels pares al sofriment del seu fill fa que costi molt explicar la veritat tal i com és, i, en canvi, es vulgui decorar. Però s'ha de tenir en compte que la informació ha de ser verídica i sense decorar, només cal fer-ho amb vocabulari adequat a l'edat de l'infant. La narració és processada segons l'edat dels nens/es, molts cops de petits no saben la significació que va associada al que els hi estan dient, i poc a poc, amb l'edat hi van afegint significat; és a dir, es dona tota la informació des del principi, sense que hi hagi informació rellevant no revelada que manqui saber. De tal manera que a l'adolescència tot i que dolgui revisar i comprendre millor la seva història, no hi ha cap fet nou que els pugui traumatitzar, amb el que evitem que generi un trasbals més gran en una època caracteritzada per diferents crisis, com la d'identitat.

Hi ha molts factors que estan interrelacionats i que influencien en la comunicació dels orígens dels infants adoptats. Vegeu doncs la Figura 1 que és un

resum molt interessant dels punts més destacats que hem de tenir present quan parlem d'infants adoptats i les seves famílies. En aquesta figura es té com a referència les necessitats afectives especials dels nens i nenes adoptats i el que generen aquestes, és a dir, per a compensar aquestes necessitats cal fomentar l'aferrament segur, la consciència del sí mateix i una identitat familiar, com també la comunicació sobre els orígens de l'infant adoptat, però sense oblidar el foment de la resiliència que influencia en totes elles.



Figura 1. Foment del desenvolupament socioemocional en infants adoptats (adaptat de Pacheco, Garcia, Ger, Sallés i Boadas, 2012).

Segons Friedlander (2003) citant a O'Brien i Zamostny (2003), hi ha molta variabilitat en les reaccions que els nens poden tenir cap als seus pares adoptius arrel de la revelació o comunicació dels seus orígens, insisteix però en la importància de l'acompanyament terapèutic. El professional que porti la teràpia familiar ha d'assessorar a aquests pares el grau en què els nens estant cognitiva i emocionalment preparats per sentir certa informació del passat, com les raons per les quals el van abandonar i el perquè el van adoptar; sempre recomanant dir tota la veritat de manera que el nen o

mena la pugui entendre. I pel que fa a la recerca dels orígens, tot i que és un risc, ho recomana fer possible ja que la majoria acaben fent-ho a les portes de l'etapa adulta i ho viuen molt positivament, com un alleujament.

Concretament, Smith i Brodzinsky (2002), van realitzar un estudi amb 82 nens d'entre 8 i 12 anys, destacaven que aquells nens que mostraven més curiositat per la família d'origen augmentaven les seves conductes externalitzants (Reinoso, 2013, p. 50). Segurament aquests nens no podien verbalitzar als seus pares adoptius totes les preguntes que els inquietava i aquesta angoixa que els hi produïa la manifestaven amb una conducta acting-out o disruptiva.

És doncs, la comunicació de la família adoptiva un eix de vital importància i en la qual s'han de centrar molts dels esforços parentals, segons Berástegui (2010) es fa evident que la construcció d'una comunicació oberta, segura i tendre sobre les qüestions de l'adopció afavoreix la integració madura d'una ruptura biogràfica, convertint-la en una narració segura i positiva sobre un mateix. I en canvi, la negació d'aquests espais de comunicació pot minar per complert la confiança, i per tant, el vincle entre pares i fills.

Alguns estudis amb mostra espanyola, com el de Reinoso, Juffer, Tieman (2012), han analitzat el punt de vista dels pares i la comunicació amb els seus fills, com l'estudi fet amb 68 famílies adoptives espanyoles de nens que tenen un interval d'edat comprès entre 8-12 anys, franja d'edat similar a la població emprada en el nostre estudi, per la validació de l'*Inventario de Resiliencia Infantil* (IRI). Els dos estudis utilitzen una mostra de la població espanyola on els nens es situen en una franja d'edat que podem classificar dins el període d'operacions concretes de Piaget (1954), és a dir, seguint la teoria evolutiva d'aquest expert en desenvolupament infantil, en aquesta edat, els nens entenen el món d'una manera més lògica. En relació a l'adopció els infants comencen a entendre que aquesta no només implica la construcció d'una família si no que també vol dir la pèrdua d'una altra, la biològica. En aquest estudi s'analitzaven la relació que hi havia en les variables abans de l'adopció (sexe, edat de l'adopció, edat actual, orígens..) i els èxits després de l'adopció (*Outcomes measures*). En les entrevistes als pares adoptius destaquen tenir un augment de la sensibilitat de la cultura d'origen dels nens que eren adoptats en una edat més tardana que no els que eren adoptats més petits. I en les entrevistes amb les mares adoptives existia una relació de l'edat de la mare amb el grau de satisfacció, sent superior quan la mare adoptiva era més jove. Posteriorment, ho justificaven amb el fet que per a una millor satisfacció familiar era important mantenir un diàleg obert amb els nens sobre la seva història. Al mateix temps, hi havia un major

grau de satisfacció familiar i identitat amb aquesta quan els adoptats eren de la mateixa raça que no pas en adopcions transracials. Però tant uns com els altres es sentien molt identificats amb la cultura del país de naixement, més del que els pares suposaven en les seves respostes.

Com veiem, l'interès a l'entorn de la investigació sobre la comunicació dels orígens en adopció destaca cada cop més, ja que en aquesta recau un pes important de l'adaptació de l'infant adoptat. Sense anar més lluny, Aramburu (2014) ha fet una validació de l'escala *Adoption Communication Scale (ACS)* en població espanyola, dissenyada per poder avaluar el grau en què els nens adoptats senten als seus pares oberts i sensibles per a poder parlar de la seva adopció, i el grau en el que ells, els infants, es senten confortables comentant i parlant els seus sentiments en relació a l'adopció i els seus orígens. Més tard la mateixa autora en un altre estudi analitza l'ajust psicològic d'un grup d'adolescents adoptats internacionalment, i la relació que té amb els factors de risc preadoptius i la influència del grau d'obertura en la comunicació dels orígens. Els resultats van concloure que la majoria d'adolescents adoptats tenen un bon ajustament psicològic, però de la mostra un 74'5% s'havia visitat en un centre de salut mental. En relació a les variables que influencien en l'augment de problemes de conducta en l'adolescència van destacar: el consum de drogues durant l'embaràs, i una història de negligència, abús o maltractaments previs a l'adopció. I finalment, van trobar que un major grau d'obertura en la comunicació dels orígens s'associa a una menor probabilitat de patir trastorns de conducta a l'adolescència. Aquest últim punt serà molt important a treballar amb les famílies adoptives a nivell terapèutic.

A mode de síntesi, aquest capítol ha volgut destacar especialment aquells punts que s'han relacionat directament amb la millora de l'adaptació dels infants a les seves famílies adoptives, el que possibilita l'èxit de l'adopció. Tanmateix creiem necessari afegir el concepte de la resiliència com a part fonamental per la prevenció de la salut mental dels infants com de la vinculació i adaptació d'aquests a les seves famílies adoptives.

3. RESILIÈNCIA

3.1. Conceptualització de la Resiliència

3.1.1. Definició del terme

El concepte *resiliència* procedeix del llatí, *resiliens* o *resiliere*, que significa saltar cap enrere, rebotar cap endavant, però fou introduïda des de l'àmbit de la metal·lúrgia. Segons el diccionari de la *Real Academia de la Lengua Española*, el terme *resiliència* és conegut, en el camp de l'enginyeria i de l'arquitectura, com la característica d'un metall de tenir “*la resistencia a romperse por un choque*” o “*la capacidad de recuperar la estabilidad tras una perturbación o interferencia*”. La resiliència no és una paraula d'ús comú, és un neologisme conceptual sorgit en la llengua anglesa, en la qual s'utilitza per a descriure qualitats humanes per analogia de l'enginyeria.

El terme resiliència va ser anomenat per primer cop sobre els anys setanta, en l'àmbit de la psicologia, per Michael Rutter. Des de llavors a l'actualitat, podem trobar diferents reculls sobre el terme, com el que realitza Rafel Bisquerra (2002), el qual ens explica que la resiliència (*resilience*) és un terme que van utilitzar Kobasa, Maddi i Kahn (1982) per a descriure l'habilitat de certes persones per a respondre a les amenaces, transformant-les en reptes manejables. Segons aquests autors, els components de la resiliència són el compromís amb les pròpies fites, un sentit de control i el fet de gaudir enfront dels reptes. Bisquerra (2002) la va definir com la capacitat que té una persona per a enfrontar-se, amb èxit, a unes condicions de vida summament adverses (pobresa, guerres, orfandat, etc.).

Però els orígens del concepte resiliència es remunten als treballs de Jack Block (1950) i Jeanne Block (1951), en les seves tesis doctorals realitzades a la Universitat de Stanford (EUA). Concretament es centren en la resiliència del jo (*résilience du moi*) la qual defineixen com la capacitat d'adaptar-se de manera flexible i enginyosa als factors externs e interns generadors d'estrès. Posteriorment la resiliència del jo ho lliguen a la personalitat com a recurs i en 1980 ells mateixos la designen com un dels factors subjacents a l'adaptació del individu. Cal esmentar que el primer test de resiliència va ser realitzat a partir del *California Adult Q-Sort* (Block, 1961/1978), el qual constava de 100 ítems que descrivien les característiques de la personalitat i el seu funcionament, dels quals després d'anys d'estudi van determinar els 13 ítems més característics i els 13

menys característics de la resiliència del jo. A partir d'aquí es va evolucionar fins que Block i Kremen (1996) van realitzar la última versió de l'*Échelle de résilience du moi* designada amb les sigles ER89, que constava de 14 ítems de resposta tipus likert amb un interval d'1-4, sent 1 molt en desacord amb l'ítem i 4 molt d'acord (Ionescu i Jourdan-Ionescu, 2011). És doncs cabdal la part d'avaluació de la resiliència en el nostre estudi per això hi dediquem un apartat que veurem en el capítol següent (punt 4.3).

En l'actualitat, la resiliència és un terme emergent i que atrau molts més estudis que fa uns anys enrere, arrel d'això s'han realitzat diferents Congressos i Jornades on la resiliència pren un paper important. Sense anar més lluny el darrer any (Abril-Maig 2014) es van celebrar: El Congrés Internacional d'Educació Emocional, Psicologia Positiva i Benestar, celebrat a Barcelona, com també el II Congreso Nacional de Psicología Positiva, Castellón, on es parla de la resiliència com a part important del desenvolupament de l'individu, ja que es relacionen les característiques resilients amb la salut mental i física, que contribueix al benestar del individu. Finalment, al juny dels 2012 Boris Cyrulnik i Marie Anut van organitzar el 1er Congrés Mundial de Resiliència, *Résilience. De la recherche à la pratique*. El recull d'articles que en va sorgir d'aquest es va publicar en un llibre amb el mateix títol (2014). I al cap de dos anys es va repetir, el Segon Congrés Mundial sobre la resiliència: de la persona a la societat (*De la personne à la Société*) a Timisoara (Romania). I a partir d'aquí volen repetir l'experiència cada dos anys, i el tercer congrés està programat fer-se a la Université de Laval, al Quebec (Canadà), a l'agost del 2016.

En el 2003 Villalba (citada per González-Arratia Valdez i Zavala, 2008) va identificar tres etapes en la investigació a l'entorn de la resiliència: la primera seria les característiques que destaquen en les persones que prosperen tot i els factors de risc envers les que no ho fan, la segona com obtenen aquestes qualitats resilients i la tercera, seria les forces motivacionals per a tenir una reintegració resilient. La nostra recerca comprèn cada una d'aquestes fases de forma directa i indirecta, és a dir, parlem de les característiques resilients i com avaluar-les, però al mateix temps de com potenciar-les i proposem alguns exemples d'intervenció terapèutica, finalment l'àrea motivacional ve donada de forma indirecta amb el paper de l'entorn de l'infant, sigui la seva família com persones significatives o tutors de resiliència.

L'experta en resiliència familiar, Walsh (2004), defineix la resiliència com la capacitat per a superar els reptes que planteja la vida, afegint que es tracta d'un procés actiu de resistència, autocorrecció i creixement com a resposta a les crisis de la vida (p.

26). I quan aquests processos de superació i adaptació tenen lloc en la família com una unitat funcional ho anomena resiliència familiar (p. 40). L'autora afegeix que la perspectiva sistèmica facilita la comprensió sobre els processos familiars que moderen l'estrès i possibiliten que les famílies afrontin penúries prolongades, ja que la supervivència de la unitat familiar depèn d'aquest fet. És doncs el paper de la família fonamental per a fer possible la resiliència, com ho afirma també Norma Ivonne González-Arratia *et al.* (2008) en els seus estudis sobre un grup d'adolescents mexicans, on una de les dimensions que més intervenia a l'hora d'avaluar la resiliència i que va obtenir la mitjana més alta fou la família, ja que és considerat el grup social que ofereix més seguretat i equilibri emocional a l'adolescent.

Per altra banda, autors com Manciaux, Vanistendael, Lecomte i Cyrulnik (2003), proposen altres definicions, que en síntesis seria que la resiliència és la capacitat d'una persona per a poder desenvolupar-se bé i continuar projectant el seu futur tot i els esdeveniments desestabilitzadors, condicions de vida i traumes greus. Cyrulnik (2001) utilitza el concepte d'oxímoron per parlar del fenomen de la Resiliència. És a dir, un concepte extret de la retòrica que significa la unió de dos contraris, ja que veu la resiliència com la divisió de l'home ferit per una banda i la feliç a l'altre en el fil d'un ganivet. El mateix autor, en el 2002, destaca que la resiliència té un fonament biològic, ja que els gens codifiquen el desenvolupament del Sistema Nerviós Central (SNC), tot i que les pressions del medi també influeixen en aquest.

En canvi, Aldo Mellido (2001) aporta una mirada centrada en un punt important per a la resiliència, afirmant que aquesta emergeix com a resultat d'una interacció, d'allò que succeeix a partir de la relació del subjecte amb el seu entorn social. I defineix la resiliència com "la capacitat humana, individual o grupal, de resistir situacions adverses, trobant recursos creatius per a emergir d'aquestes" (citada per Szarazgat i Glaz, 2000). Walsh (2004) també recolza la idea de relacionar resiliència amb el resultat d'una interacció social, focalitzant-ho en la família, la qual en comptes de desmuntar-se davant situacions difícils, treu el millor partit de les circumstàncies i inventa nous models de connexió humana; ja que els éssers humans ens mostren notablement resilient (p. 69). Al mateix temps, destaca el paper de la creativitat o improvisació per fer possible la resiliència. I cita a Mary Catherine Bateson (1994) que sosté que l'adaptació és el producte de trobades amb allò novador que pot semblar caòtic, per afirmar que les famílies afronten canvis tumultuosos i necessiten gran diversitat de visions que augmentin la seva comprensió i creativitat.

Igualment, Delage (2004) descriu la resiliència com un procés psicoafectiu, és a dir, una capacitat de l'ésser humà que es desenvolupa fruit de la interacció amb el seu context, essent aquest l'entorn familiar més pròxim. Destaca la importància de tenir en compte que perquè la resiliència es desenvolupi en una persona cal que estigui en interacció social amb altres persones; si no, no pot esdevenir resilient, la mateixa Salgado (2005b) afirma aquesta idea i defineix la resiliència com la capacitat de ser fort, mantenir-se, créixer, i, fins i tot, triomfar, malgrat les adversitats. Des d'aquesta òptica, és fonamental el trobar figures substitutives o institucions que aportin cures i recolzament alternatiu als pares, com és el la necessitat dels infants adoptats.

La resiliència, doncs, està formada per una combinació de factors que permeten que un ésser humà pugui afrontar i superar les dificultats, i fins i tot veure's transformat positivament per elles (Grotberg, 1999). En el mateix sentit, Silva (1999) explica la resiliència com la capacitat universal de tot ésser humà de resistir davant les condicions adverses i recuperar-se, desenvolupant respostes orientades cap a la construcció d'un ajustament psicosocial positiu a l'entorn, malgrat que continuï existint dolor i conflicte intrapsíquic. La definició que en fa Stefan Vanistendael (1994) és molt similar a l'anterior, ja que conceptua la resiliència com la capacitat de l'individu per fer les coses bé a pesar de les circumstàncies adverses. La qual cosa implica una capacitat de resistència i una facultat de construcció positiva. Lligat a la idea de construcció ens trobem una nova mirada de la resiliència vista com a transgressora que en fan Anna Forés i Jordi Grané (2008), que deixen de banda les visions deterministes de la vida, i ens mostren que nosaltres som més responsables dels resultats esperats i de les nostres accions del que creiem. Afegint que els éssers humans ens podem donar forma, tal i com volem, segons les nostres expectatives de millora i ressorgiment (p. 62).

És difícil concretar una sola definició de Resiliència, n'hi ha tantes com autors existeixen tot i que amb trets comuns en cada una d'elles, González Arratia (2007), citat per la mateixa autora en el 2009, intenta resumir-ho en una única definició:

(...) es el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. Esto es dinámico en el sentido que las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permiten al niño y el adolescente

una construcció sana de su desarrollo y de un ajuste social positivo al entorno. (p. 248)

Aquesta mateixa autora destaca la relació entre resiliència i salut, des del punt de vista que una beneficia l'altre, i es remet a la constitució de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) al 1948, on es va tenir en compte la resiliència lligada a fer prevenció, degut a què es va definir la salut com el benestar físic i psíquic i no només l'absència de malalties, sent l'individu una unitat biopsicosociocultural que s'ha d'equilibrar dins el seu medi mantenint l'equilibri entre cos i ment. I cita a Melillo *et al.* (2004), el qual entén que promoure la resiliència en el marc d'una comunitat, és el mateix que produir capacitat de resistir a les adversitats i agressions del mitjà social sobre l'equilibri psicofísic dels components d'una comunitat, nens, adolescents i adults, el que genera salut mental.

Un dels primers estudis sobre resiliència va ser realitzat per la psicòloga Emmy Werner (1982) i Werner i Smith (1992), conegut com l'estudi de les Illes Kauai, que es troben en un conjunt d'illes que formen l'Arxipèlag de Hawaii. Formaven part de l'estudi 698 nens i nenes nascuts en el 1955, que presentaven un alt risc de trastorns conductuals. D'aquest grup de nens, més de la meitat s'havia autocorregit als 30 anys, quasi un 80%; els mateixos participants explicaven algun fet com a punt d'inflexió que els va ajudar a aconseguir-ho, com per exemple, el matrimoni, trobar una bona feina, etc. Però també es va poder veure com alguns subjectes que als 18 anys eren considerats com a resilients van presentar problemes importants als 30. Com a resultats van veure que les nenes superaven més les dificultats (més resilients) que els nens, tot i que ho justificaven per les diferències culturals i educacionals de gènere, on les nenes eren educades per ser més afables i sociables fet pel qual aconseguien més dels altres, com de les possibles figures de vinculació.

Podem concloure que aquest estudi recolza la idea que la resiliència es pot desenvolupar al llarg de tot el cicle vital, però també que el fet que una persona sigui resilient a uns esdeveniments concrets de la seva vida no el fa invulnerable a tot el que li succeeixi en un futur. D'acord amb Rutter (2006) i amb Salgado (2005), la resiliència no és sinònim d'invulnerabilitat ni és un tret permanent ni immutable. Rutter (2006) considera la resiliència com una capacitat que poden tenir les persones en un moment determinat però que no és estable. A més a més, també insisteix en el fet que ara podem ser persones resilients, amb les característiques personals i les del context que ens

envolta, però això no té per què perdurar. La resiliència existeix com una capacitat de superació d'uns fets traumàtics concrets en la vida d'una persona, però els factors traumàtics poden canviar d'origen i podria ser que llavors no es pogués superar amb el mateix èxit. És a dir, hom és resilient a un fet traumàtic concret que ha viscut, però no queda immune a tots els restants. Tenint en compte que la resiliència és multidimensional, una persona no és resilient per sempre més a allò que succeeixi, ja que la resiliència no és estable ni perpètua, tot i que és evident que, si se supera una situació trasbalsadora i s'han posat en pràctica estratègies emocionals de compensació per a no enfonsar-se i, a més a més, la persona en surt reconfortada, en resta un aprenentatge vital que pot ser útil en un futur. Si aquesta persona viu un altre fet traumàtic, podrà recórrer als recursos i estratègies utilitzats anteriorment, sempre i quan sigui capaç d'adaptar aquests recursos al nou moment vital. Per tant, podem afirmar que la resiliència en les persones no és un atribut fix i que, per tant, pot anar variant de grau segons el moment que es viu i segons les característiques personals de l'individu; aquest fet l'hem de tenir en compte en tot moment en la nostra investigació com en la pràctica clínica.

Novament Rutter (2006) insisteix que el concepte d'*invulnerabilitat* és confús i equivocat, ja que: a) la resistència a l'estrès és relativa, no absoluta, ni estable; a més, varia segons l'etapa de desenvolupament del nen i l'entorn; b) les arrels de la resistència provenen tant de l'ambient com de la part constitucional i c) el grau de resistència no és estable, sinó que varia al llarg del temps i les circumstàncies. Anteriorment, altres autors han recolzat la idea d'allunyar el terme resiliència i invulnerabilitat (Walsh, 2004; Salgado, 2005). Així, actualment no utilitzem el terme d'*invulnerabilitat*, sinó que parlem de *resiliència*, i, en lloc de fer èmfasi en els conceptes tradicionals de *risc* i *protecció*, considerem més adequat centrar-nos en l'estudi de les diferències individuals de les respostes a diverses experiències vitals i els processos que les generen, insistint en els mecanismes de la resposta psíquica positiva que apareix malgrat els fets traumàtics.

D'altra banda, coincidim de nou amb González-Arratia (2007) en establir una relació entre la psicologia positiva i la resiliència, en el sentit que aporta una visió més optimista al binomi salut i malaltia; entenem que a pesar d'estar malalts, la resiliència possibilita continuar amb una vida significativa que aportí benestar, contribuint a millorar la qualitat de vida juntament amb un tractament metge necessari. Així doncs, seguint aquesta relació entre salut i resiliència en el camp de l'adopció, podríem veure

el trauma com la malaltia, però a pesar de la gravetat d'aquest no és l'únic tret que defineix l'infant adoptat. És a dir, cal reformular la percepció de la persona o infant com a malalta o traumatitzada per a veure la totalitat del individu, focalitzant-se en les altres característiques que el defineixen, les positives o punts forts (com les resilients) i les seves relacions interpersonals o context social (família, amics, professional...). És doncs, la resiliència, una característica positiva i adaptativa que tenen els éssers humans davant esdeveniments traumàtics, estressants i/o dolorosos. I com la resiliència es centra en allò positiu de l'ésser humà i no en allò negatiu, hi ha una unió clara entre les emocions positives i aquesta, ja que quan potenciem la resiliència estem augmentant les emocions positives.

Els precursors de la Psicologia positiva, Martin Seligman i Csikszentmihalyi (2000), defineixen la resiliència com *“una ciencia de la experiencia subjetiva positiva, rasgos individuales positivos e instituciones positivas que permiten mejorar la calidad de vida y prevenir las patologías que surgen cuando la vida es árida y sin sentido”* (citat per Elisardo Becoña, 2006, p. 11). Veiem doncs, que la resiliència i la Psicologia positiva estan relacionades tot i que no tenen el mateix significat. Però ambdós els uneix el fet de veure la part positiva de les persones, com en la nostra recerca, que ens regim per l'objectiu de millorar la qualitat de vida dels infants adoptats i les seves famílies.

Segons Segura (2013), l'objectiu científic de la Psicologia Positiva es dirigeix als àmbits de les experiències subjectives positives (felicitat, plaer, satisfacció, benestar), dels trets de personalitat positius (caràcter, talents, interessos, valors) i les institucions (famílies, escoles, negocis, comunitats, societats) que possibiliten els trets positius i les experiències subjectives positives (cita a Martínez-Martí, 2006). Sent aquests tres àmbits de la vida i l'enfoc que se'n fa els que influencien en el desenvolupament de la resiliència.

Algunes investigacions destaquen la necessitat de seguir investigant a l'entorn de la resiliència per tal d'utilitzar-la en la prevenció i tractament de diferents trastorns psicopatològics, com ho fa Becoña, (2006). Ell mateix comenta que l'origen de l'estudi de la resiliència en Psicologia i Psiquiatria és precisament aquest, conèixer l'etiologia i desenvolupament de la psicopatologia, especialment amb nens de pares amb malalties mentals, problemes perinatals, conflictes interpersonals, pobresa o combinació d'aquests (Masten, 1999, 2001 i Rutter 1985, 1987). Altres autors com George A. Bonanno (2005), identifiquen la resiliència com un factor protector a desenvolupar qualsevol tipus de psicopatologia després d'haver patit un trauma i/o un estrès

posttraumàtic, tenint en compte que la resiliència no la fa possible un sol factor si no que múltiples factors. Bonanno pensava que quan el trauma era considerat sever o moderat la persona podia ser resilient en un 15-25 %, però en canvi, si era més lleu la resiliència augmentava fins a un 35-60%. Definia el “ser resilient” quan la persona era capaç de tornar a tenir la sensació subjectiva de benestar. Amb aquesta conclusió sobre la resiliència i benestar, es reforça de nou la idea feta anteriorment de relacionar la psicologia positiva i la resiliència.

Salgado (2009), en relació a la idea anterior, destaca el paper de l’optimisme i la Resiliència per aconseguir la felicitat i viceversa. De fet porta a terme un estudi sobre les variables: felicitat, resiliència i optimisme; en els seus resultats troba que hi ha una relació altament significativa entre les tres, és a dir, a major optimisme major resiliència i felicitat. Altres autors coincideixen en relacionar l’optimisme o visió positiva de la vida amb la resiliència com Vanistendael (1994), Kotliarenko, Cáceres i Fontecilla (1996), Salgado (2005), Becoña (2006) i González-Arratia, Nieto i Valdez (2011), González-Arratia i Valdez (2012) entre d’altres. Cal destacar que un dels objectius més actuals de la investigació sobre resiliència segons Salgado (2005, p. 1) és *“la formación de personas socialmente competentes que tengan consciencia de su identidad, que puedan tomar sus propias decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor; satisfacer las necesidades básicas de afecto, relación, respeto, objetivos, poder y significado, constituyéndose en personas productivas, felices y saludables”*.

Podríem sintetitzar-ho conclouent que la resiliència seria el camí per assolir l’eudaimonia, paraula procedent del grec clàssic que significa alegria, plaer, plenitud del ser, és a dir, felicitat. Les bases d’aquesta haurien d’establir-se des de la infantesa, per aquest motiu el concepte de resiliència va començar a utilitzar-se aplicat a infants i adolescents.

3.1.2. Fonaments i estructura de la resiliència

3.1.2.1. Tipus de resiliència

La resiliència en la qual ens centrem és la individual, és a dir, l'experimentada pel propi individu, tot i que aquesta no seria possible sense el context que l'envolta i les interaccions que s'hi desenvolupen. És a dir, per a què sorgeixin les característiques resilients de l'infant és fonamental la seva família i l'entorn social proper (Delage (2004); Garmezy, (1993); González-Arratia, Nieto i Valdez (2011); Melillo (2011); Walsh (2004). Per això al llarg del nostre estudi parlem de diferents tipus de resiliència a més de la individual, com poden ser la resiliència familiar, la social o, fins i tot, l'educacional, que es desenvolupa en el context escolar. Sent en el camp infantil, la resiliència individual i la familiar les més esmentades, com a un binomi sine qua non per a fer possible les característiques resilients.

De tota manera a banda de la individual també existeix la resiliència familiar (Walsh, 2004), com també la col·lectiva o comunitària. Aquesta última, en parlen Szarazgat i Glaz (2000) referint-se als desastres o catàstrofes que una comunitat pateix, el qual representa un dany en termes de pèrdues de vides i recursos. Però, tenint present que aquesta desgràcia pot significar el repte per mobilitzar les capacitats solidàries de la població i emprendre nous processos de renovació que millorin i modernitzin la xarxa social i l'estructura física d'aquella comunitat. Així doncs, són tres els tipus de resiliència segons qui l'experimenta: la individual, la familiar i la social, com Becoña (2006) afirmava són tres les àrees diferenciades de la resiliència, en cada una d'elles es tenen recursos diversos com mecanismes protectors diferents, però podem dir que estan interrelacionades entre elles.

Aquesta descripció dels tres tipus de resiliència va ser afirmada anteriorment per altres autors com Michaud (1999), citat per Roberto Pereira en el 2007, però amb la diferència que parla dels àmbits on es pot produir la resiliència, i els anomena d'una manera diferent, la part biològica (desavantatges somàtiques, siguin congènites o adquirides, malalties invalidants...) determina la resiliència individual, l'àmbit familiar (maltractes, abús, famílies desorganitzades) condiciona la resiliència familiar, i la part microsocia (misèria, atur...) i la macrosocia (catàstrofes naturals, guerres, deportacions massives...) determinen la resiliència social. Segons Pereira aquests àmbits poden

barrejar-se o combinar-se incrementant així el risc de patiment. Aquest autor entén la resiliència com:

(...) un proceso dinámico, que tiene lugar a lo largo del tiempo, y se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, entre la familia y el medio social. És el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad de cada individuo, funcionalidad y estructura familiar, y puede variar con el transcurso del tiempo y con los cambios del contexto. (p. 3)

Destaca en la seva definició que engloba els tipus de resiliència dins de la mateixa i assenyala la idea d'equilibri de tots aquests.

En els processos de resiliència hi ha un gran nombre de factors que hi influencien, Delage (2010) en descriu uns quants: la creença de poder sortir endavant a pesar del trauma, tenir cert domini de la situació i poder actuar, restablir el funcionament familiar encara que sigui canviant patrons de conducta anteriors, tenir relacions dins i fora de la família que ens permetin recuperar certa seguretat, la ètica relacional, és a dir, cuidar-se del benestar dels altres de forma equitativa, gaudir d'una dimensió espiritual (religiosa o no), com també la capacitat de mentalització que la defineix com la capacitat de poder construir una història acceptable i amb sentit del succeït, aquesta última seria el resultat de totes les dimensions anteriors, situant-se al centre de totes elles. Però n'hi ha tres que considera els pilars de la resiliència que són, primer de tot, tenir una actitud que condueixi a l'esperança, en segon lloc, un conjunt de conductes que tendeixin a la protecció, i per últim, un treball psíquic de reflexió de l'experiència soferta. Per a poder fer front a qualsevol trauma cal cada una de les característiques anteriors, mai perdre l'esperança de poder sortir-se'n del problema i, a més, considerar-se amb recursos suficients per a fer-ho, només així pot esdevenir un procés de resiliència.

A l'aportació que fa Delage hi afegiríem el concepte de gratitud, definida per Segura (2013) com una actitud avaluadora (del passat) i l'agraïment que és la seva dimensió avaluadora (de moviment cap al futur). És a dir, l'agraïment engloba el compromís de retribuir quelcom al donant. Som conscients que és un concepte d'un marc molt més ampli i que el fem servir només a mode d'apunt. El concepte de gratitud volem tenir-lo present en la resiliència, ja que s'ha demostrat que la capacitat de

percebre, apreciar i assaborir els components de la pròpia vida és un factor determinant del benestar personal (Bryant, 1989).

Segons l'àmbit on es produeix hi ha autors que destaquen la resiliència educativa com a Wang, Haertel i Walberg (1994), els quals avaluen quins són els factors que ajuden als estudiants a poder aprendre i ho relacionen amb el que anomenen resiliència educacional. Aquesta la defineixen com la capacitat de poder tenir èxit a l'escola a pesar de les vulnerabilitats personals i/o adversitats experimentades fruit del context. El concepte neix de la idea que els resultats acadèmics tenen un impacte molt alt en l'esdevenir futur de la persona, és a dir, en la seva vida adulta. Així doncs, aquests autors estudien les característiques que més influencien en l'aprenentatge, destacant per ordre d'impacte en aquest: la gestió de l'aula (professor), els processos metacognitius i cognitius, el context familiar, la relació entre alumne i professor, habilitats socials, el sentir-se motivat, les quals es situen per sobre del 64'8-50% d'influència en l'aprenentatge. Seguits d'altres com la influència de la comunitat, les habilitats psicomotores, les decisions del professorat, el currículum escolar, les polítiques parentals o escolars, mal comportament a classe, característiques sociodemogràfiques nens, escola i districte sent la influència des d'un 49-32% respectivament.

Aquest és un estudi és interessant per la nostra investigació ja que els seus resultats ens serveixen de comparativa amb els resultats del grau de resiliència obtinguts en la nostra mostra (N= 576), extreta de diversos centres escolars de l'Estat espanyol, la major part d'aquesta va ser utilitzada per a la validació del test de resiliència. Posteriorment els mateixos autors, tenint en compte l'estudi anterior, publiquen un article sobre com promoure les estratègies resilents a l'escola, destacant les característiques que la promouen, que són: tenir pràctiques inclusives de tots aquells infants que presenten necessitats educatives especials (handicap), que siguin escoles petites, que hi hagi un alt compromís dels alumnes i professors en la vida de l'escola, un ensenyament més pràctic (metodologia per projectes), un clima escolar ordenat i estructurat, tenir com a objectiu un currículum que respecti les necessitats i talents dels seus alumnes, gaudir d'una AMPA que faci més accessible les qüestions escolars a la família i l'escola, oportunitats als estudiants per avaluar les activitats que fan, disposar programes de desenvolupament professional a l'escola com també tenir la capacitat per canviar i renovar-se (un escola activa). Aquestes característiques tant interessants serviren per millorar resultats acadèmics dels alumnes però també perquè influïrien

directament en les característiques resilients d'aquests, que descriurem en el punt següent.

De la mateixa manera que cada cultura influencia en el nen i la família fent-los diferents a d'altres, l'escola és el medi socialitzador més important per als infants ja que els aporta connexions amb altres iguals com la realització d'activitats per compartir amb aquests en el barri, que va convertint-se poc a poc en la construcció d'un sentiment de pertinença grupal, fonamental per a la construcció de la identitat, juntament amb el sentiment de pertinença a la família ja comentat anteriorment. És a dir, al paper de la família i de l'escola, seran agents importantíssims per construir una identitat pròpia que els doni als infants la seguretat necessària per afrontar els reptes de la vida. Des del punt de vista de Cyrulnik (2014), l'escola pot ser un tutor de resiliència en sí mateixa, sempre i quan la família donin valor a aquesta institució. Serà doncs un altre punt a tenir en compte en la intervenció familiar.

Unes de les darreres aportacions que Cyrulnik (2014) ha fet al terme resiliència és conceptualitzar diferents tipus d'aquesta des de les diferents vessants que la poden estudiar. Primer de tot fa esment a la relació entre genètica i resiliència, on fa referència a què malgrat el determinisme genètic una intervenció adequada d'un entorn potenciador fa que no tingui la mateixa afectació per l'individu. Posa com a exemple el cas de la trisomia del cromosoma 21, que determina l'aparició d'una anomalia genètica que causa el Síndrome de Down. Antigament tenien una esperança de vida molt curta i morien sense haver-se socialitzat, actualment amb una família potent i una atenció terapèutica especialitzada la seva esperança de vida és més llarga i també han augmentat les seves habilitats per socialitzar-se. Això l'anomena la *resiliència neuronal*, i defensa que les influències tòxiques cerebrals són resiliables, tant en el període fetal com postfetal. Seguint aquesta perspectiva explica el que li succeeix a l'infant abandonat en el moment que és adoptat o acollit, quan arriba una font de seguretat parental, és llavors que l'arquitectura de la son i les secrecions neuroendocrines tornen a la normalitat i fan de nou la seva feina. Amb això l'autor conclou que un entorn segur desencadena un gran nombre de processos resilients. Així doncs justifiquem de nou la relació entre resiliència i adopció com també la necessitat d'acompanyar i de potenciar la resiliència en els infants adoptats.

Seguidament Cyrulnik (2014) parla de *resiliència afectiva*, explicant l'experiència de quan hi ha moltes carències maternes cap a l'infant i no s'intervé s'atura els processos neuronals adequats, aturant les sinapsis dels lòbuls prefrontals que

són els suports neurològics que s'ocupen de l'anticipació i inhibició de les amígdales rinoencefàliques, amb la qual cosa l'infant adquireix una vulnerabilitat neuroemocional, que li genera molts problemes de relació amb els altres alterant la seva socialització. L'aferrament és una adquisició afectiva impregnada dins la memòria dels primers mesos, aquest aprenentatge atorga un estil afectiu que determina les relacions posteriors, se suposa que els infants cap als 10-12 mesos ja han après a estimar, tenen un estil propi. Cita a Guédénéy (2010) que explica la població el 66% ha adquirit l'aferrament segur, que és el més desitjat, i un 20% ha adquirit l'evitatiu, un 15% l'ambivalent, i un 5% són nens confosos, desorientats imprevisibles, són fills de pares que estan desemparats, angoixats i en la misèria. Cyrulnik diu que la resiliència afectiva seria donant el màxim de protecció a l'infant i aquesta seria tenint múltiples vincles amb persones de la família i entorn proper, com la cultura de les poblacions africanes que diuen que cal tot un poble per fer créixer els nens.

Un tipus de resiliència molt interessant per la pràctica clínica és la que defineix com *resiliència psicològica*, per descriure-la Cyrulnik (2014) explica que les persones adquirim moltes autodefenses que eviten la resiliència, de les quals també en parla Delage (2010), que són: a) l'estupor, indiferència,... per tal de sofrir menys, que no permeten que afrontis el problema; o més perjudicial b) la ràbia i l'agressivitat en busca del culpable, el que genera problemes de relació amb els altres i et porta a l'extrem contrari; en aquest cas empitjores la situació i la portes al que seria l'antiresiliència. O una d'altres mecanismes de defensa més acceptables com són c) la negació, que evita el pensament dolorós però alhora impedeix mentalitzar-se del que ha passat, que no és sa per poder-se adaptar; o d) la jerarquització, on la víctima o ferit no comparteix amb el seu entorn el fet traumàtic el que el porta a tenir explosions emocionals, depressió... Finalment però descriu altres mecanismes de defensa que participen en el neodesenvolupament resilient: e) la sublimació, on es transforma l'horror en obra d'art, permet mentalitzar i compartir el nostre món interiors amb els altres; f) l'humor, la qual descriu com aquella cortesia de la desesperació que permet expressar sense provocar malestar a l'entorn; g) el compromís social: on l'altruisme estimula la empatia de viure en societat. En aquests dos últims, l'humor i l'empatia són característiques resilients anomenades per altres autors, i formen part dels 5 factors resilients que anomena Salgado (2005), autora del *Inventario de los Factores Personales de la Resiliencia*, que hem adaptat per a construir l'IRI.

Relacionat amb Cyrulnik es troba el terme de tutors de resiliència ja que va ser ell el que el va crear, concepte ja comentat anteriorment i que és molt utilitzat pels autors experts en resiliència. Acostuma a descriure's com aquelles persones significatives (família, amics...) que estan prop de la víctima d'un fet traumàtic i serveixen de motor i ajuda per a fer possible els processos resilents. El mateix autor cita a Salguiero (2012), qui diferencia dos tipus de tutors: els tutors explícits que són els que es formen en tasques de suport, psicòlegs, metges, treballadors socials. Els psicoterapeutes ajuden als infants a donar sentit al trauma viscut i donar nom a les emocions que abans estaven encriptades. I els tutors implícits, que és el subjecte que tria el propi nen, per donar-lo suport i recolzar-lo. Pot ser que sigui, fins i tot, una persona que el propi nen no coneix, com un famós, un esportista, cantant, escriptor...les formacions professionals i la cultura quotidiana.

Per últim anomena la *resiliència familiar*, Cyrulnik diu "*on peut parler de résilience familiale quand, après une déchirure traumatique, la famille retrouve un fonctionnement apaisant, se dégage de la souffrance et devient capable de transformer le traumatisme en histoire du passé et en activités partageables*". En la família, els estils afectius precoços venen adquirits en el que s'anomena nínxol sensorial dels primers mesos formats a la llar metres que la resiliència familiar és una família sencera confrontada amb el problema o traumatisme. Cita Delage (2008, 2010), expert en resiliència familiar, explica com, a vegades, és la família sencera que s'enfronta a un fet traumàtic i no només l'individu. Però d'altres, un sol individu pot portar a la família a lluitar per aconseguir la resiliència familiar. També afirma que el tipus de família determina l'aferrament que estableixen els infants amb els pares i posa com a exemple, que quan els dos pares són maltractadors el 90% dels nens són insegurs en les relacions, quan és un sol pare el que maltracta llavors un 60% dels nens són insegurs i en la resta de la població hi hauria un 30% de nens insegurs. Un altre apunt que destaca el paper de la família per l'establiment de l'aferrament segur, especialment rellevant per la pràctica clínica.

Existeixen altres classificacions dels diferents tipus de resiliència segons el moment en què la persona es troba, veient la resiliència com un procés, com Barudy (2005) que en diferencia tres tipus: 1. Resiliència primària, 2. Resistència resilient i 3. Resiliència secundària. La primera emergeix de les cures i bons tractes que ha rebut l'infant de 0-3 anys, l'afecte, l'educació i la socialització que tenim inicialment la qual depèn dels cuidadors o figures parentals. La segona seria l'emergència de capacitats

compensatòries en aquests nens/es víctimes de maltractament, violència i injustícia per tal de poder sobreviure. I per últim, la tercera seria quan els infants poden resiliir les seves experiències traumàtiques i arribar a ser adults adequada i equilibradament. Probablement, gràcies als tutors de resiliència, és a dir, a les persones significatives de la seva vida. En sintonia amb aquesta classificació ens trobem Palmer (1997), citat en l'article de González Arratia (2009), el qual descriu quatre tipus de Resiliència: a) la supervivència anòmica, quan les persones o famílies estan en un continu caos, b) la resiliència regenerativa, on les famílies inclouen intents incomplets de desenvolupar competències o mecanismes d'afrontament, c) la resiliència adaptativa referit a períodes més o menys mantinguts d'ús de competències i estratègies d'afrontament i d) la resiliència emergent, que significa que hi ha un ús extens de conductes efectives i estratègies d'afrontament.

Finalment Luthar, Cicchetti i Becker (2000), citat per Becoña (2006), insisteix en determinar el tipus de resiliència segons el àmbit on es mou la persona, i diferencia 3 tipus la educativa, la emocional i la conductual, i explica que cada persona pot ser més competent en una que en una altre el que influenciarà a la seva resiliència (p. 140). En aquest cas doncs veiem les tres àrees més importants per a fer un anàlisi acurat quan treballem amb infants adoptats i les seves famílies.

3.1.2.2. Components de la resiliència

En relació als components de la resiliència, Vaniestendael (2002) utilitza un símil molt clarificador i visual per parlar d'aquesta en el seu “model de la caseta”. Amb el qual sosté que la resiliència és com construir una caseta: en el terra trobem les necessitats bàsiques: aliments, salut, etc., en el subsòl la xarxa de relacions més o menys informals: família, amics, companys... I en els ciments de la resiliència es troba l'acceptació incondicional d'aquests, que seria l'amor. En la planta baixa es troba la coherència i el sentit de la vida, on Barudy (2005) hi situaria els tutors de resiliència. I, seguint la metàfora, en el primer pis es troben les quatre habitacions de la persona resilient: l'**autoestima**, les **competències**, les **aptituds** i l'**humor**, i a l'altell, l'**obertura a noves experiències**.

El propi Vanistendael identifica dos components importants en la resiliència: a) La resistència enfront la destrucció, com la capacitat per protegir la pròpia integritat sota

pressió, i b) la capacitat per construir una conducta vital positiva tot i les circumstàncies difícils (Salgado, 2005).

En canvi, Salgado concreta que són 5 els components bàsics de la Resiliència: Autoestima, Autonomia, Creativitat, Humor i Empatia. Són els mateixos que conformen el seu *Inventario de los Factores personales de la Resiliencia* que hem adaptat per fer la validació en població espanyola de l'IRI (*Inventario de Resiliencia Infantil*). En aquest vam dividir la resiliència en 3 dimensions: l'**Autoestima**, la **Connexió (Inter)Personal**, on es situaria l'humor i la empatia del test inicial i la **Proactivitat**, que inclouria l'autonomia i creativitat del test d'on prové. El terme proactivitat va ser encunyat per Victor Frankl, psiquiatre austríac, que va sobreviure als camps de concentració nazis, després del qual va escriure el conegut llibre *l'Home a la recerca de sentit* (2005), del qual el títol original es titula *From Death Camp to Existencialism* (1959), on va explicar com va poder ser resilient i les estratègies que va seguir per a sobreviure e les circumstàncies infrahumanes del camp.

Però un dels autors que més van influenciar a Salgado (2005) per a concretar aquests 5 van ser Wolin i Wolin (1993, p. 16), els qui parlaven de resiliència individual, però a banda d'aquesta van desenvolupar la noció de les "set resiliències": Introspecció (la capacitat d'analitzar-se internament), independència (la capacitat d'establir límits entre un mateix i ambients adversos), interacció (la capacitat d'establir llaços afectius i límits amb les altres persones), iniciativa (la capacitat de fer-se càrrec dels problemes i exercir control sobre ells), creativitat (la capacitat d'imposar ordre, bellesa i una solució a les situacions de dificultat i de caos), ideologia personal (tenir consciència moral, poder distingir el bé del mal) i sentit de l'humor (disposar d'un esperit d'alegria, que permet allunyar-se de la tensió i relativitzar, positivitzar). Totes set les considera importants per a formar part de la resiliència i considera que l'infant les aprèn i experimenta principalment a través del joc. El joc, és doncs, una de les eines terapèutiques més importants per treballar amb nens petits, la qual s'ha de tenir sempre present en intervenció. Però, de fet el que volem destacar d'aquest autor és la descripció que fa de dos termes, el de creativitat i sentit de l'humor, que podrien ser confusos. El primer, creativitat, perquè va més enllà de tenir idees plàstiques o de joc, si no que es centra en la resolució de problemes, i la segona, l'humor, el qual no és només ser còmic o estar alegre si no poder veure la part positiva a pesar dels problemes. Els autors prenen més importància perquè s'adiuen perfectament amb el sentit que tenen alguns

dels ítems de l'inventari que hem emprat en la nostra investigació i que sinó no s'entendrien.

Seguint aprofundint sobre els components de la resiliència, hi ha diferents autors que han descrit les característiques anomenant-les els factors protectors de les persones resilients, però a banda, dels individuals també hem de tenir presents els familiars i de la comunicat o socials; en general, veurem que la majoria destaquen components similars. En aquest sentit, Suárez Ojeda (2001) enuncia vuit atributs de les persones considerades resilients: **una autoestima consistent**, fruit de ser cuidat per un adult significatiu, bo, que dóna respostes sensibles; **introspecció**, preguntar-se a un mateix i donar-se una resposta correcta; independència, saber posar límits amb els problemes, de tal manera que mantinguem una certa distància emocional; **capacitat de relacionar-se**, habilitat per establir llaços e intimitat amb altres persones; **iniciativa**, exigir-se, posar-se a prova amb tasques cada cop més exigents; **humor**, trobar la comèdia dins la pròpia tragèdia; **creativitat**, capacitat de crear ordre, bellesa dins el caos; **altruisme (moralitat)** desig d'estendre el benestar a totes les altres persones, comprometre's amb valors; **capacitat de pensament crític**, aquest és fruit de tots els anteriors, permet analitzar les causes del neguit, buscant una adaptació positiva (citada per Szarazgat, D.S. i Glaz, C. 2000). Anteriorment, Mrazek i Mrazek (1987), van descriure 12 dels factors protectors o habilitats que diferencien les persones resilients de les que no ho són: a) capacitat de respondre ràpidament a l'estrès, b) la maduresa precoç, entesa com la capacitat de poder-se fer càrrec d'un mateix, c) la desvinculació afectiva, referit a poder separar els sentiments intensos cap a un mateix en un moment determinat, d) la recerca d'informació, de tot els riscos que hi ha a l'entorn, e) l'obtenció i utilització de relacions que l'ajudin subsistir, f) l'anticipació projectiva positiva, referit a la capacitat d'imaginar un futur millor al present, g) la capacitat de prendre decisions a pesar dels riscos, el qual requereix una responsabilitat d'assumir els riscos, h) la convicció de ser estimat perquè ho mereixes, i) capacitat d'identificar les competències de l'agressor, j) la reconstrucció cognitiva del dolor, de forma positiva per a fer-lo més acceptable, k) l'altruisme entès com el plaer d'ajudar als altres, i per últim, l) l'optimisme i l'esperança, en quan poder adoptar un punt de vista positiu sobre els esdeveniments futurs (Ionescu i Jourdan-Ionescu, 2011, p. 74). Aquestes 12 característiques o habilitats resilients de Mrazek i Mrazek (1987) destaquen en la seva importància perquè són la base de la coneguda Escala de Resiliència de Jew *et al.* (1999), i serà comentada més extensament en el capítol 4. D'aquests factors destacariem la h) i la j) com a objectius

fonamentals per promoure en els infants adoptats, ja que serien punts que intervenen de forma determinant en la construcció de la identitat d'aquests.

Segons Bisquerra (2002) les característiques generals que una persona ha de tenir per tal de poder ser descrit com a resilient són les **habilitats transformacionals**, és a dir, la capacitat de transformar les situacions negatives i amenaçants en situacions controlables i/o reptes vitals. Les habilitats transformacionals es veuen afectades en positiu per l'autoconfiança natural, el fet d'enfocar l'atenció en l'entorn, i el descobriment de possibles solucions.

També és important esmentar els *Five Building Blocks* descrits per Edith H. Grotberg (1999), com a components de la persona resilient: **Trust (confiança)**, tenir persones a les que em senti vinculat; **autonomy (autonomia)**, l'habilitat de prendre les pròpies decisions; **initiative (iniciativa)** la qual es desenvolupa a partir dels 4-5 anys, on inclou el fet de ser creatiu en arts o en ciències; **industry (aplicat)** es refereix al fet d'estar centrat en promocionar les habilitats socials o acadèmiques; i **identity (identitat)** que ho defineix com tenir un bon concepte d'un mateix.

Pel que fa als infants recordem els estudis longitudinals de les Illes Kauai, esmentats anteriorment, on es van destacar set característiques resilients dels nens que superaven l'adversitat: a) Tenir un apropament actiu cap al problema a resoldre, b) l'habilitat per captar l'atenció positiva dels demés, c) una visió optimista de les seves experiències, d) l'habilitat de mantenir una visió positiva d'una vida significativa, e) estar alerta i ser autònom, f) fer recerca de noves experiències, g) tenir una perspectiva proactiva (Barudy i Dantagnan, 2005). Al mateix temps, Mary Karapetian i Judy Johnson (2005) destaquen 6 factors protectors pels infants que fan possible la resiliència: la proactivitat (és el sentiment d'autoeficàcia i autonomia, saber resoldre els problemes i tenir un pensament positiu), l'autoregulació (el locus of control, saber controlar-se com tenir un bon temperament), una parentalitat proactiva (un pares que estimen però que marquen els límits), la competència social (bona vinculació amb família i amics, tenir recolzament d'una bona xarxa social) aquesta segons els autors previndrien l'afectació de l'estrès, la depressió com conductes externalitzants. Per últim queden dos dels factors considerats resilients, el Quocient Intel·lectual influenciat pels professors i context familiar com també el factor de la Comunitat, que seria tot allò que realitza dins d'aquesta, és a dir, l'escola, clubs o equips esportius, grups religiosos, en els quals influencien els rols positius que tinc a banda del familiar. Entre aquests

destacaríem la proactivitat que també és considerada un factor clau en la nostra investigació ja que és una de les categories que formen l'IRI.

A mode de síntesis, si repassem les característiques, internes i externes, més destacades pels autors a l'entorn de la resiliència podem afirmar que l'**autoestima** (Masten i Garmezy, 1985; Kotliarenco, Cáceres i Fontecilla, 1996; Suárez i Ojeda, 2001; Friedlander, 2003; Salgado, 2005; Barudy i Dantagnan, 2005; González-Arratia, Nieto i Valdez, 2011 i Rosnati, 2014) i la **família** (Garmezy, 1993; Friedlander 2003; Walsh, 2004; Delage, 2010; González-Arratia, Nieto i Valdez, 2011, 2008; Chomilier i Duyme, 2009; Hussey, Falletta i Eng, 2012) són fonamentals ja que tenen un paper destacat tant per promoure els processos resilents dels infants com per a una millor adaptació d'aquests. Tanmateix, no podem oblidar d'altres característiques internes dels infants que també són importants per a potenciar la resiliència com l'**autonomia** (Masten i Garmezy, 1985; Kotliarenco, Cáceres i Fontecilla, 1996; Salgado, 2005; Grotberg, 1999), la **creativitat** (Kotliarenco, Cáceres i Fontecilla, 1996; Suárez Ojeda, 2001; Salgado, 2005; Karapetian i Johnson, 2005; Delage, 2010), l'**humor** (Kotliarenco, Cáceres i Fontecilla, 1996; Suárez Ojeda, 2001; Salgado, 2005 i Cyrulnik, 2014), **empatia** (Kotliarenco, Cáceres i Fontecilla, 1996; Salgado, 2005; González-Arratia, Nieto i Valdez, 2011 i Cyrulnik, 2014), com també, el **locus of control** o, el que és el mateix, tenir autocontrol (Kotliarenco, Cáceres i Fontecilla, 1996; Karapetian i Johnson, 2005; Becoña, 2006 i González-Arratia, Nieto i Valdez, 2011), aquest conjunt de característiques diferenciarien les persones resilents de les que no ho són en un moment determinat. Però no hem d'oblidar que per això s'ha de tenir un punt de vista **optimista** enfront la vida (Seligman, 1990; Kotliarenco, Cáceres i Fontecilla, 1996; Salgado, 2005; Becoña, 2006 i González-Arratia, 2011) i/o una visió positiva dels fets estressants que ens succeeixen per a fer possible la resiliència.

En definitiva, totes les característiques anteriors formarien les dimensions bàsiques que caracteritzen les persones resilents, sempre i quan siguin formulades en positiu. De totes elles en destaquem l'autoestima, l'humor, les competències, la capacitat de relacionar-se i l'autonomia/independència.

Certament, podem afirmar que moltes característiques de la resiliència esmentades són les dimensions que formen part de la majoria de tests que l'avaluen, o si més no, es tenen en compte quan es construeix un test de resiliència. En relació amb això, recordem el concepte de resiliència del jo (Ionescu i Jourdan-Ionescu, 2011), comentat anteriorment, el qual es complementa amb el concepte de resiliència personal

de Prince-Embury (2006, 2007) que va ser definida a través de tres característiques concretes: 1. El sentiment de control, 2. El sentiment d'estar en relació amb els altres i 3. La reactivitat emocional. Aquestes conformen les tres escales en què es basa el seu test RSCA, *Resilience Scale for Children and Adolescents* (citada a Ionescu i Jourdan-Ionescu, 2011). Al mateix temps les tres escales del RSCA són subdividides per diferents components de la resiliència, en el cas de la primera veiem que està formada per l'optimisme, l'eficàcia personal i adaptabilitat; en la segona destaca la confiança, el suport social percebut, el confort i la tolerància, i en la tercera i última, la sensibilitat, restabliment i resolució de problemes. Així doncs, veiem el terme de resiliència personal engloba aquells aspectes fonamentals que formarien part de tres àmbits destacats de la resiliència, la part individual, la social i la emocional de l'individu; un equilibri de totes elles determinen el benestar personal.

3.2. Resiliència Infantil

L'etapa infantil és on es centra la nostra investigació sobre la resiliència, que és la variable principal d'investigació, l'estudi de la qual és significativa en població amb alts nivells d'adversitat (Masten, 2001). Per això, aquesta variable no té sentit estudiar-la en totes les poblacions, si no en aquelles que han patit o pateixen necessitats especials. L'infant adoptat, segons Pacheco i Boadas (2011) entenen que:

(...) un nen/a té Necessitats Afectives Especials (NAE) quan ha viscut situacions traumàtiques o de privació afectiva i necessita que es compensin aquestes dificultats mitjançant aportacions conscients d'afecte, fent èmfasi en els processos relacionals que deriven en la creació de les relacions significatives i, per tant, en una millor integració de sí mateix com a persona i evolució com a ésser social. Incidir en els processos relacionals i emocionals és el camí del benestar psicològic present i futur. (p. 191)

Cal esmentar Rutter, expert en resiliència, qui va destinar part dels seus estudis a parlar de la privació materna en els infants i els seus efectes, publicant un llibre en el 1990 on conclou que els infants que havien patit serioses alteracions en una etapa

primerenca de la seva vida familiar patien greus pertorbacions de la conducta, de la personalitat, en el desenvolupament cognitiu i físic (parlant de possible nanisme en alguns casos). A més, aquests nens/es fruit de la separació amb la seva família experimentaven una reacció immediata d'angoixa aguda. En aquest llibre, citant a Bowlby, diu que l'amor matern en la 1^a i 2^a infància és tant important per la salut mental de l'infant com les vitamines i proteïnes ho són per la salut física. El mateix autor, que va ser un dels referents del vincle mare i fill (comentat anteriorment), definia la conducta d'aferrament com qualsevol forma de comportament que fa que una persona arribi o conservi proximitat respecte un altre individu diferenciat i preferit; especificant que aquest vincle té lloc en els primers mesos de vida, de 8 a 36 mesos.

La resiliència és possible en la majoria dels individus, a pesar que hi ha persones que tenen més característiques resilients que d'altres, però cal potenciar-les en aquelles a qui els manquen mitjançant una intervenció terapèutica. Si ens centrem en els infants en risc, que han patit algun tipus de maltractament, cal, primer de tot, apartar l'infant de la seva situació vulnerable i posar-lo en un entorn protector. L'adopció seria una de les vies per protegir el nen/a, i la família adoptiva l'entorn protector adequat. Un cop estigui en un context segur cal posar mesures de protecció bentractant per ajudar a aquest infant a seguir desenvolupant-se com a individu, seguint els models de paternitat bentractant que defineix Barudy (2005); al mateix temps caldria iniciar un procés terapèutic amb l'infant on es tingui en compte la resiliència del menor. Cal tenir molt present el paper del temperament de l'infant que es troba en situació de risc, Wachs (2006) era de l'opinió que el temperament és una de les característiques individuals que promouen la resiliència, posant com a exemple que aquells infants que vivien en famílies disfuncionals, en famílies sota una pressió i/o estrès molt gran o en famílies que utilitzen alts nivells de disciplina negativa i, a més, presentaven un temperament com l'impulsiu, l'inhibit o amb alts nivells d'emocions negatives es trobaven en situació de risc per al seu desenvolupament saludable. En canvi, considerava que els infants amb temperaments més flexibles o amb baix nivell de problemes de conducta, aquells que reaccionen amb sentiments positius més que no pas negatius, que podien autoregular-se i així reduir l'estrès familiar, ser sociables i amb alts nivells de persistència en una tasca, eren característiques del temperament que ajudaven a incrementar la resiliència infantil.

Fins fa pocs anys era difícil poder parlar d'investigació a l'entorn de la resiliència infantil, però poc a poc, sorgeix una necessitat evident per a relacionar les dos variables ja que, com hem dit, és un element important a tenir en compte des de la

infància com a factor protector de l'impacte en futurs esdeveniments desestabilitzadors. Tot i que és precís recordar que la resiliència no és estable amb el temps i que pot variar al llarg de la nostra vida. Destaca Villalta (1996) que defensa aquesta idea que la resiliència la construïm al llarg de tota la vida, afegint el concepte d'etapes de la vida, en les quals sorgeixen canvis o crisis les conseqüències dels quals varien segons edat i context sociohistòric. Pel subjecte el fet d'entomar crisis vitals pot generar en el subjecte noves potencialitats o estancament, sent la primera una resposta resilient, concepte que caracteritza el seu model (Iraurgi *et al.* 2012, p. 21).

La resiliència és part del procés evolutiu humà i hauria de ser promogut des de la infantesa (Grotberg, 1995), per tal de donar més oportunitats de sortir exitós en la vida a pesar dels inicis desestabilitzadors, maltractants i/o d'abandó. El mateix Grotberg (1999), va descriure els Five Buildings Blocks com un model mitjançant el qual s'estudia la resiliència fent un anàlisi de les narratives dels infants en relació a 5 termes relacionats amb el suport social que la persona creu tenir. És a dir, se'ls hi planteja unes qüestions a partir de les expressions iniciades amb: *Jo tinc*, relacionat amb el recolzament que la persona creu que pot rebre, *Jo sóc* i *Jo estic*, les quals tenen relació amb les fortaleces internes de l'individu o intrapsíquiques, *Jo puc*, referint-se a l'adquisició d'habilitats interpersonals, o el que és el mateix, les habilitats per a relacionar-se i resoldre problemes, totes elles contribueixen a fonamentar el seu model, una mesura més per poder avaluar la resiliència. Un altre model que explica com es pot estudiar els diferents nivells de constitució de la resiliència i les manifestacions de la mateixa en el llenguatge del subjecte és el de Saavedra i Villalta (2008), que consideren la resiliència com una manera d'interpretar i actuar davant dels problemes que és recurrent en la història de la persona, i que la parla, actualitza la història d'aquest a la vegada que la transforma. Tanmateix plantegen els factors de la resiliència, que són: La identitat, l'autonomia, la satisfacció, el pragmatisme, els vincles, la xarxa social, models, els objectius, l'afectivitat, l'autoeficàcia, l'aprenentatge, la generativitat o el saber demanar ajuda. Aquests autors combinen els factors del seu model amb el model de Grotberg (1999) segons 4 aspectes següents: les condicions de base de l'individu, la visió del sí mateix, la visió del problema i com a partir dels anteriors es genera la resposta resilient que és la desitjada.

Aquesta visió de la variabilitat de la resiliència justifica que l'avaluació de la mateixa, en moltes investigacions, és realitzada de forma qualitativa amb una estimació de l'impacte en el benestar i la millora de la qualitat de vida, sent aquest un dels

objectius cabdals a aconseguir en tota pràctica clínica. Norman Garmezy (1991), psicòleg clínic americà, va ser un dels investigadors pioners en resiliència, va especialitzar-se en l'estudi de les psicopatologies, concretament dels infants en risc, fills de pares esquizofrènics. Tenia molta curiositat per conèixer la raó per la qual nens que estaven determinats genèticament per a desenvolupar una malaltia no ho feien i altres sí. Va definir la resiliència com la capacitat per a recuperar-se i mantenir una conducta adaptativa després de l'abandonament (citada per Becoña 2006). Basant-se en l'estudi de Garmezy, Masten i Tellegen (2012), van portar a terme un estudi longitudinal de nens amb risc de psicopatologia per veure com desenvolupaven les característiques resilients. Dels seus resultats destaquen que els alumnes que les desenvolupen tenien més trets en comú amb amics competents que havien experimentat menys adversitat, que gaudien d'uns bons lligams amb els pares i altres adults, que eren bons cognitivament i socioemocionalment, com també eren hàbils en altres activitats. Cal matisar que la població adoptiva és de risc en quan a poder desenvolupar psicopatologies si no es fa una intervenció a temps. Segons això, l'estudi de Hussey, Falletta i Eng (2012), que analitzaven els factors de risc per a patir problemes mentals en adoptats, detectaren uns predictors significatius per a desenvolupar-les que eren els següents: adopció de nens grans, la raça, ser nen, haver tingut més d'una família adoptiva o abusos sexuals. Tot i no parlar de resiliència aquests factors que els autors anomenen serien els de risc per a poder desenvolupar-la. Però com a protectors seria cabdal la família adoptiva, on viuen els infants, com també el suport que aquesta rep, la xarxa social propera. Aquest suport no seria només d'entorn social si no també de professionals especialistes en adopció que puguin ajudar a la família i als infants a promoure les dimensions resilients esmentades.

Poc a poc sorgeix un interès creixent per conèixer com millorar la resiliència en els nens, on destaquen les autores, Karapetian i Johnson (2005), les quals relacionen la capacitat d'autocontrol amb resiliència, i ho argumenten dient que els nens/es que són capaços de controlar-se (locus of control intern) són més persistents i estan disposats a cercar solucions perquè tenen ganes de millorar i, a més, accepten suport dels altres. És a dir, destaquen una relació directament proporcional de les dos variables, i posen com a exemple els infants amb TDA-H (Trastorn de Dèficit per Atenció amb Hiperactivitat), que acostumen a ser nens/es amb moltes dificultats d'autocontrol i que es cansen ràpid de buscar solucions davant dels problemes, i això fa més difícil desenvolupar característiques resilients. Tot i així, expliquen les autores, també amb ells és possible la resiliència si tenen algú que creu amb ells; el fet de tenir algú que t'estima i creu que ho

pots fer és el més important per a fer possible la Resiliència. Tornem a incidir en la idea comuna de molts autors de la importància de la figura cabdal de l'entorn, la família o persones significatives per possibilitar processos resilients.

Podríem dir que les característiques que presenten molts infants adoptats poden ser compatibles amb el TDA-H, tot i que, no sempre ho són ja que tenen altres motius per a desenvolupar-les. Certament, creiem que existeix un sobrediagnòstic d'aquest trastorn en aquesta població i s'hauria d'intentar perfilar millor el diagnòstic. S'ha de tenir present que molts d'ells acaben tenint un tractament farmacològic i podem afirmar que en alguns casos amb un tractament de la regulació emocional n'hi hauria prou. També Karapetian i Johnson (2005) anomenen el *Seligman's Penn Program* (1995), que desenvolupa el pensament optimista en els infants, el mateix Seligman (2002) afirma que els nens que creuen que els esdeveniments negatius que els succeeixen són temporals i no pas permanents tenen tendència a ser més resilients, idea que va en la línia de pensament de la psicologia positiva, del qual Seligman és un dels precursors.

Al mateix temps, Becoña (2006) coincideix amb els autors anteriors en què la flexibilitat, la perseverança i el locus of control intern es relacionen positivament amb la resiliència. Destaca el locus of control i l'estil atribucional com a factors protectors dels estressors de la vida, i diu:

(...) de ahí que los niños resilientes tienen una mayor autoestima y una mayor autoeficacia, tienen establecidos sentimientos de su propia valía, seguridad en que ellos pueden afrontar las situaciones exitosamente a pesar de la adversidad, habilidad para encontrar significado a las experiencias que producen malestar, un punto de vista en que los errores son consecuencia de factores que son modificables... (p. 132)

Un altre autor important en l'estudi de la resiliència infantil és González-Arratia (2011), on també destaca la variable del locus of control, desenvolupa un estudi sobre resiliència en nens i l'optimisme o psicologia positiva basat en el Model de Resiliència realitzat per la pròpia autora. En aquesta investigació utilitza una mostra de 155 nens d'entre 9-12 anys, d'escoles públiques i privades, franja d'edat que coincideix amb la que utilitzem en la mostra del nostre estudi, però en aquest cas la resiliència és avaluada a través de diferents tests o escales que no són específics de resiliència. Les variables, anomenades factors psicològics, on es centra l'estudi són: autoestima, afrontament, locus of control, empatia, optimisme i satisfacció amb la vida, tots ells considerats

predictors del comportament resilient. Però cal tenir en compte que aquestes variables actuen de manera diferent segons el sexe i l'edat, contribuint de forma diferent també en la resiliència.

En un altre article, l'autora escriu sobre la resiliència en mares i nens malalts de càncer d'entre 8 i 17 anys (González Arratia, Nieto i Valdez, 2011), van avaluar la resiliència de les mares i dels infants de forma independent, però centrant-se més en les mares; de les quals destaquen tres dimensions: factors externs, interns i empatia. La puntuació de la resiliència de les mares fou alta en la dimensió d'altruisme i moderada en les dimensions d'autoestima, família, seguretat i afiliació. Destaquen com a resultats l'existència d'una associació entre la resiliència del nen (empatia) i la seguretat de la seva mare. Conclou doncs que la família és un factor de protecció indispensable per afavorir el desenvolupament de la resiliència infantil. Aquesta a banda del tractament mèdic és fonamental per incentivar el desenvolupament òptim de l'infant malalt. S'ha vist també que no és una condició que la persona gaudeixi de bona salut per a ser resilients, si no que, el problema de salut pot ser el desencadenant de la resiliència.

Després d'aprofundir en la investigació existent en resiliència infantil ens plantejem quines són les característiques individuals i familiars que són més estables com a predictors d'una millor qualitat de vida per l'infant i, de retruc, per la seva família. Les característiques resilients dels infants són habilitats que estarien relacionades amb les que els nens poden haver adquirit des de petits amb interacció amb l'ambient. Aquestes característiques poden ser de diferents tipus: emocionals, interpersonals, intrapersonals, socials, acadèmics, de treball, reestructuració, planificació com també l'habilitat de resolució de problemes i d'afrontament amb la vida. Hi ha algunes característiques resilients que tenen un període crític per a poder desenvolupar-se, d'entre els 3 i 5 anys, com serien l'autoeficàcia, clau per a la construcció del locus de control intern, i una visió optimista de la vida, i veure's a ells mateixos com a competents (Becoña, 2006). El mateix autor citant a Garmezy (1993) considera que hi ha tres factors de la resiliència per a situacions estressants, el primer seria el temperament i atributs de personalitat (flexibilitat, habilitats cognitives i respostes positives cap als altres), el segon la família, estima i cohesió amb la figura paterna o adulta, i el tercer, disposar de recolzament social sigui d'un professor, agència o institució que proporciona cures. Però per precisar una mica més en les característiques de la resiliència cita a Masten i Garmezy (1985), que anomenen l'autonomia i l'autoestima com les principals. Ambdós característiques, coincideixen

amb algunes de Salgado (2005), tot i que ella hi afegeix la creativitat, empatia i humor, sent 5 les característiques que anomena resilients. Més endavant, un cop finalitzada la validació de l'IRI en població espanyola, objectiu principal del nostre estudi, concretarem les característiques resilients en 3: autoestima, connexió (inter)personal i proactivitat.

González Arratia (2009) defineix les característiques de les persones resilients citant a Kotliarenko, Cáceres i Fontecilla (1996), que considerem les més complertes que hem trobat ja que engloben la majoria de les que parlen els diferents autors i les concreten en: major quocient intel·lectual i habilitats de resolució de problemes (creativitat), estils d'afrontament més eficaços, motivació (alta autoeficàcia), autonomia, autoestima i locus de control intern, empatia i coneixement de les relacions interpersonals, força de voluntat i capacitat de planificació i un sentit de l'humor positiu.

S'amplia doncs l'estudi de la resiliència, fruit d'una necessitat emergent en la infància, en diferents camps: en adopció, en nens amb TDA-H, nens amb alguna discapacitat, els nens malalts o casos socials i de maltractament, entre d'altres. Segons Matsen i Powell (2003), els estudis sobre resiliència utilitzen diferents maneres per tal de poder identificar els factors que es poden associar amb una millor adaptació dels infants en situació de risc, com en el nostre estudi amb els infants adoptats. Hi han abordatges per l'estudi de la resiliència centrats en mesurar els factors protectors i/o competències i, uns altres, centrats en la persona per veure les seves característiques resilients (Iraurgi, 2012). El capítol següent el dediquem a fer un recorregut per les diferents eines que existeixen per mesurar la resiliència, destacant les més importants.

4. INSTRUMENTS D'AVUACIÓ DE LA RESILIÈNCIA

Als inicis de la nostra investigació a l'entorn de la resiliència no existia cap test europeu que pogués avaluar-la en infants de 7-13 anys, per això vam haver de recórrer a anar a fora del continent per trobar-lo, concretament al Perú. A mesura que l'interès pel terme ha anat augmentant hem pogut trobar un nombre major de tests que avaluen la Resiliència en els adults i els adolescents, sent inferior el cas dels infants. En aquest apartat volem fer una pinzellada dels tests més destacats sobre resiliència, com també d'alguns més que pensem que hi estan relacionats, ja que considerem que tenir unes bones eines d'avaluació és cabdal per assolir una bona pràctica clínica.

Alguns autors com Ionescu i Jourdan-Ionescu (2011) són de l'opinió que existeixen diferents tipus d'avaluar la resiliència depenent de la definició que en fan d'aquesta, i per tant poden ser de diverses maneres. I al mateix temps segons ells, hi ha autors que creuen que no es pot avaluar directament sinó que s'ha d'avaluar a través del risc que ha patit una persona i l'èxit aconseguit (Luthar i Cushing, 1999; Luthar i Zelazo, 2003). Cal destacar la visió d'aquests autors a l'entorn de l'avaluació de la resiliència ja que tenia en compte tot el ventall de factors que influencien en un procés de resiliència, com en el pas previ a aquest, així doncs el seu model consistia en tres punts diferenciats:

1. L'avaluació de l'adversitat,
2. L'avaluació de l'adaptació positiva, i
3. L'avaluació del procés de resiliència.

El primer punt es divideix en tres subapartats, a) mesurar el risc a través de múltiples factors, que consisteix en administrar a l'individu una escala amb una llista de diferents fets negatius per a què ell assenyali quins ha viscut, b) situacions de vida específica, que són estressants per l'individu, això consisteix en discriminar aquells factors que tenen relació directa amb el risc (factors proximals) i els factors que fan de mitjancers entre el risc i el resultat esperat (factors distals), i per últim el c) constel·lació de diversos riscos, que seria les complexitats del món actual en interacció amb la part, social, comunitària, familiar e individual que influencien en l'home i actuen en l'adversitat. Es fa un càlcul de les adversitats i se li atorga un número. Pel que fa al segon punt també es divideix en subapartats segons les metodologies per mesurar l'adaptació positiva com a) l'adaptació segons factors múltiples, és a dir, s'extreu informació a pares, professors i amics per conèixer el desenvolupament de l'individu, a més d'un test a l'entorn de la conducta que determinarà l'adaptació positiva d'aquest; b) l'absència de desajust, on s'avalua a través de qüestionaris clínics per identificar presència de trastorns psiquiàtrics, considerant ser resilient el superar l'adversitat en absència de psicopatologies. I en tercer lloc, la c)

constel·lació d'adaptació basada en conductes o tipus d'adaptació que es basen en les teories del desenvolupament, com per exemple, una adaptació positiva a l'escola s'avaluaria a través d'unes bones notes, el comportament a classe i també uns qüestionaris als pares i amics. I per últim, el tercer punt representa la unió dels dos primers, la unió entre adversitat i adaptació positiva, el qual està subdividit en dos models, a) el model basat en variables, consisteix en veure els lligams existents entre l'adversitat i els factors protectors que poden compensar el risc, aquests permeten poder replicar models que han sigut resilents anteriorment i b) el model basat en individus, que compara un mateix individu al llarg del temps en el seu context natural, s'observa els esdeveniments que fa resilents a un nen i no resilient amb un altre al llarg d'un període, per poder fer hipòtesi de quines són les variables que l'han fet resilient (Salgado, 2005).

Aquesta manera d'avaluar la resiliència que empren Luthar i Cushing (1999) es anomenada per altres autors com Iraurgi *et al.* (2012), el treball dels quals destaca per l'acurada selecció de totes les eines que s'utilitzen per avaluar la resiliència. Els mateixos autors fan esment que, des de l'inici de l'estudi del concepte de la resiliència, s'han utilitzat diferents instruments per mesurar-la i consideren que es podrien classificar en tres grups segons el tipus de prova, els quals serien: proves projectives, proves d'imagenologia i proves psicomètriques. En el primer grup, destaquen com a referent a Silverstein (2001) el qual interpretava les respostes que els subjectes van donar en una prova de completar històries on es descrivien situacions altament problemàtiques i on es van identificar estils de cognició, d'emoció i conducta utilitzats pels participants. Com també en aquest grup inclou el Model de Grotberg (Jo tinc, jo sóc, jo puc) ja comentat anteriorment, pel fet que l'autora estudiava les verbalitzacions de les persones avaluades. En el segon grup, citen a Ospina (2007) que en les darreres investigacions sobre resiliència afirma que el 30% dels atributs de la resiliència són hereditaris, per la qual cosa augmenta l'interès per utilitzar proves d'imagenologia cerebral. L'objectiu d'aquestes es aconseguir potenciar les habilitats resilents dels subjectes. I en tercer lloc i últim trobem les tècniques o instruments psicomètrics que són els més utilitzats i consisteixen en qüestionaris d'autoinforme que són estandarditzats i valorats amb un resultat o número final. En aquest darrer és on es situaria el nostre *Inventario de Resiliencia Infantil* (IRI). Cal ser conscients que poder avaluar la resiliència té com a finalitat poder mesurar l'eficàcia dels programes d'intervenció que portem a terme, amb aquesta idea nosaltres defensem que la

resiliència pot ser avaluada directament i de forma quantitativa, ja que és una valuosa eina terapèutica. Tot i així en aquest capítol també comentarem algun dels tests qualitatius que existeixen, seran citats a posteriori de les escales quantitatives considerades les més importants.

Primerament, ens remuntem a l'origen de l'avaluació de la resiliència recordem a Block i Block (1950-1951) que van fer la seva tesi doctoral a la Universitat de Stanford en relació al concepte de resiliència del jo ja descrit anteriorment. De fet ells mateixos van crear el *California Adult Q-Sort* (Block, 1961/1978), el qual consta de 100 ítems que descriuen les característiques de la personalitat i el seu funcionament, a partir d'aquest es va construir el primer test de resiliència. Aquest va evolucionar fins que Block i Kremen (1996) van realitzar la última versió de l'Escala de Resiliència del Jo designada amb les sigles ER-89, que anava dirigit a adolescents de 18 i 23 anys, i es recomanava ser administrat barrejat entre d'altres escales. El test constava de 14 ítems de resposta tipus likert amb un interval d'1-4, sent 1 molt en desacord amb l'ítem i 4 molt d'acord, i presentava un coeficient d'alfa de 0,76 (Ionescu i Jourdan-Ionescu, 2011).

Un dels tests més utilitzats en estudis sobre la resiliència és el de Wagnild i Young (1993), que consisteix en una revisió de la **Resilience Scale (RS)** que els autors van construir al 1987. Va dirigit a la població adulta. L'escala consta de 25 ítems, amb un tipus de resposta tipus likert, que van de l'1 al 7, sent 1 molt en desacord i 7 totalment d'acord. Els ítems tenien com a propòsit identificar el grau de Resiliència individual considerada una característica de personalitat positiva que permet l'adaptació de l'individu. Van utilitzar una mostra de 810 adults d'una edat compresa entre 53-95 anys, amb una mitjana d'edat 71'1, la majoria dels quals eren dones en un 62,3%. Les puntuacions que es van obtenir oscil·len des de 62 fins a 175 en el grau de resiliència, sent la mitjana de les puntuacions de 148,3; a més va obtenir una l'alfa de Cronbach de 0'91.

La *Resilience Scale* avalua dos factors: I. Competència personal i II. Adaptació d'un mateix i de la vida (el qual inclou una percepció equilibrada de la vida, que es relaciona amb l'estat d'ànim). El criteri de selecció dels ítems fou segons si responien als 5 components següents considerats fonamentals per l'adaptació i la resiliència: a)equanimitat o serenitat, que seria prendre's les coses de forma més equilibrada, per tal de disminuir l'estrès b) Perseverança, persistir, que seria seguir implicat en allò que fas, c) confiança en sí mateix, que voldria dir conèixer els límits i potencialitats, d) capacitat

de donar sentit, és a dir, focalitzant allò que encara manca per viure i e) solitud existencial, referint-se al sentiment de llibertat i unicitat, adonant-se que el recorregut de vida de cada persona és únic. Del mateix test els autors van fer una versió encara més reduïda anomenada RS-14, que van realitzar al 2009, el qual presentava una alfa de Cronbach de 0,93 (Ionescu i Jourdan-Ionescu, 2011).

Aquesta escala ha estat utilitzada en molts estudis sobre resiliència i ha estat validat en altres poblacions com la portuguesa com podem veure en Rua i Andreu (2011), en el seu article *Validación psicométrica de la Escala de Resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portuguesas*. Els autors van analitzar les principals qualitats psicomètriques del RS, per fer-ho van administrar l'escala de 25 ítems a 380 adolescents amb edats que oscil·laven entre 12 i 18 anys. La mostra era subdividida en dos grups: El Grup I anomenat normatiu, constituït per 334 persones, dels quals el 43,7% eren nois i el 56,3% noies, de diferents escoles de Portugal incloses les illes. I el Grup II, anomenat de risc, format per 46 persones, 23 nois i 23 noies, procedents d'una *Institución de acogida para víctimas de violencia interparental perteneciente a la comisión de protección de Niños y Jóvenes de la región de Bragança (C.P.C.J.)*. L'escala administrada a la població adolescent portuguesa presenta un elevat nivell de consistència interna, sent el coeficient d'alfa de Cronbach de 0,86.

Al mateix temps s'han realitzat algunes modificacions més com la que van fer Smith, Dalen, Wiggins, Tolley, Christopher i Bernard (2008), del qual va sorgir el *Brief Resilience Scale*.

El test de Wagnild i Young (1993) en la actualitat és bastant conegut i utilitzat, la qual cosa pot venir donada perquè és dels més antics i té una sòlida consistència interna, i, a més, és de molt fàcil accés perquè han creat una pàgina web <https://www.resiliencescale.com>, on qualsevol persona pot autoadministrar-se el test de forma abreviada i del qual reps una puntuació global de la teva resiliència. Amb aquesta pàgina web estan prop de les 300.000 persones que l'han visitat i han realitzat l'escala de resiliència. Aquest fet té dos vessants, la fàcil adquisició de mostra, i la possibilitat de conèixer el grau propi de resiliència, com per altra banda, que qualsevol persona pugui fer aquest test i comptabilitzi per recerques futures. Aquesta última fet pot generar controvèrsia entre els experts de resiliència sobre la validesa d'aconseguir una mostra fruit d'Internet i autoadministrada, on no es coneix la procedència o el modus d'administració, ni tampoc les característiques de les persones que ho han fet. És a dir,

es desconeix si algun dels individus han repetit o falsejat les respostes i no hi ha cap control de la fiabilitat de les respostes.

Un altra test destacat és el de **Jew** (1991) va voler construir una **Escala de Resiliència**, que va formar part de la seva tesi doctoral a la Universitat de Denver. Per a fer-ho es va basar en la coneguda teoria de Mrazek i Mrazek (1987) i les seves 12 característiques resilients (vegeu punt 3.1.2.2.), segons els quals les respostes a l'estrès estan avaluades per la capacitat del subjecte d'analitzar-ho i donar-hi sentit, com també posant-les en relació al propi sistema de creences. Aquesta darrera part la relacionem de forma directa amb les idees de Walsh (2004) experta en resiliència familiar. Jew afegeix que la resiliència emergeix d'aquest sistema de creences específic del subjecte el qual interacciona amb els factors estressants de l'entorn per veure com l'individu s'hi enfronta, és a dir, el seu *coping*. Per tot això, l'autora anomena a la seva teoria de la resiliència, la teoria de l'Avaluació Cognitiva. Posteriorment, Jew, Green i Kroger (1999) van construir l'Escala de resiliència, que inicialment constava de 109 ítems però el van reduir fins a 60 ítems segons els que s'aproximaven més al marc teòric de Mrazek i Mrazek (1987). La mostra va ser de 408 nens d'entre 14 i 15 anys, i se'ls hi va administrar en l'entorn escolar. És doncs, una mostra que continuaria a l'edat de la mostra del nostre estudi (7-13 anys), com també se'ls hi hauria passat en el mateix àmbit que la nostra mostra, l'escola. Van destacar com a més rellevants 4 àrees o dimensions on es trobaven 37 dels 60 ítems seleccionats, les quals eren: Optimisme (15 ítems), Orientació cap al futur (10 ítems), Creença en els altres (6 ítems), Independència (6 ítems). Posteriorment en les seves conclusions van fer una nova revisió i van modificar una subescala de la independència, van canviar la presa de decisions autònoma pel risc pres perquè estava més relacionada amb la resiliència, considerada clau en les situacions d'amenaça greu. Seguidament, reduïren els ítems a 49 de resposta tipus likert, d'1-5, aquests es van administrar a 329 alumnes de la ESO i Batxillerat, d'entre 13-18 anys. Finalment, van ser 35 ítems els que constituïren l'Escala de Resiliència, dividida en 3 subescales: 1. Orientació cap al futur, que inclou el pensament positiu, amb 19 ítems; 2. Adquisició activa de les competències, amb 10 ítems; 3. La independència o presa de riscos, amb 6 ítems més. Van obtenir una consistència interna pre-test que anava de 0,68 a 0,90 i post-test de 0,77 a 0,95 (Ionescu i Jourdan-Ionescu, 2011, p. 74).

Una altra menys coneguda, és L'ÉHR, l'*Échelle de Hardiesse/Résilience*, que va ser feta per Brien, Brunet, Boudrias, Savoie, Desrumaux (2008). Avalua tres factors:

l'autoeficàcia (12 ítems), creixement (5 ítems) i l'optimisme (6 ítems), en total són 23 ítems de resposta tipus likert de l'1-5, amb un índex de coherència interna que varia de 0,86 a 0,91 (Zacharyas i Brunet, 2011). Citat per Cyrulnik i Anaut (p. 158, 2014).

Per altra banda trobem el *Dispositional Resilience Scale-15 (DRS-15)* de Bartone (2007), de la *National Defense University*, és una escala abreviada que prové d'una versió anterior que estava formada per 30 ítems realitzada pel mateix autor (Bartone, 1995) i, al mateix temps, aquesta prové d'una anterior de 45 ítems (Bartone, Ursano, Wright i Ingraham, 1989). La versió reduïda també és coneguda com a *Brief Hardiness Scale*, ja que consideren la fortalesa com una característica de personalitat associada amb la resiliència. Per a la validació test-retest d'aquesta van participar 104 persones de *West Point, Military Academy*, on el 86,5% eren homes i el 13,5 % eren dones; els hi van repetir l'administració del test tres setmanes després. Van obtenir un coeficient de fiabilitat del DRS-15 de 0,78, el que va indicar una alta fiabilitat de l'escala. A més, els coeficients per les tres escales que componen el test, de 5 ítems cadascuna, van ser el de Compromís 0,75, el de Control 0,58 i el de Reptes 0,81.

Provinent dels països de Sud-Amèrica destaquem primer el ***Cuestionario de Resiliencia*** (Fuerza y Seguridad Personal) realitzada per González-Arratia i Valdez-Medina en el 2005, de la Universidad Autónoma del Estado de México. El Qüestionari consta de 50 ítems amb un rang de resposta de 10 punts que va de 0-100% per cada ítem. L'instrument explica el 49,48% de la variància, amb una consistència interna (alfa de Cronbach) de 0,91. Els autors González-Arratia, Valdez-Medina i Zavala (2008), administraren el Qüestionari a 200 adolescents mexicans de la ciutat de Tepic, Nayarit (Mèxic) d'ambdós sexes per a descobrir els factors resilents. La passació es va fer de forma col·lectiva en les mateixes escoles on assistien els nois i noies, i la durada va ser de 15 minuts. On van obtenir 6 factors personals de la Resiliència: seguretat personal, autoestima, afiliació, baixa autoestima, altruisme i família.

Del mateix país en segon lloc veiem a Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido, i Figueroa (2011), investigadors de la Universitat de Sonora (Mèxic), van realitzar l'*Inventario de Resiliencia (IRES)*, que consta de 24 ítems de resposta tipus likert de l'1 al 5, sent les possibilitats de respostes des de *nada* a *totalmente cierto*, amb una durada de passació de 15 minuts. Es va realitzar *ex profeso* per a la investigació que portaven a terme per a mesurar els factors que fan probable la resiliència de les persones sotmeses a diversos riscos que poden afectar el seu desenvolupament psicològic. Està destinat a adults i va ser validat amb un grup de 94 mares de nens que cursaven Primària de

Mèxic. Els autors determinen que són 10 les dimensions que assenyalen els individus resilents, ells mateixos les prenen de la Teoria, les quals són: l'Afrontament, actitud positiva, sentit de l'humor, empatia, flexibilitat, perseverança, religiositat, autoeficàcia, optimisme i orientació a les metes. Finalment van quedar 7 de les anteriors, es van eliminar l'empatia, la flexibilitat i l'afrontament. Per la consistència interna es va obtenir una alfa de Cronbach de 0,93.

Per altra banda, autors de parla anglesa realitzaren *The Connor-Davidson Resilience Scale*, **CD-RISC** (Cambell-Sills i Stein, 2007; Connor i Davidson, 2003). Escala creada a través d'una llista de característiques de persones resilents, obtinguda a partir de les publicacions de 4 autors: Alexander (1998), a través d'una expedició a l'Antàrtida en el 1912, els membres que van sobreviure van ser considerats resilents, Kobasa (1979), que considerava les fortaleces lligades a les característiques de Personalitat: la concepció de l'estrès com a oportunitat de canvi, la implicació personal, l'*engagement* (compromís en allò que faig) i el control de la situació, Rutter (1985), citat en diverses ocasions, i, finalment, Lyons (1991) i la relació al que fa referència a l'avaluació del potencial per a una adaptació positiva a pesar del trauma.

El CD-RISC és un instrument curt, pot ser autoadministrat i consta de 25 ítems de resposta tipus likert d'1 a 4, sent 1 gens cert i 4 totalment cert. Les seves puntuacions oscil·len de 0-100. La mostra a la qual es va administrar fou composta per 6 Grups: Grup 1, formada per 577 persones escollides aleatòriament; Grup 2, constava de 139 subjectes que eren pacients externs de cures primàries, Grup 3, format per 43 pacients psiquiàtrics d'atenció ambulatoria; Grup 4, eren 25 pacients amb trastorn d'ansietat, Grup 5 i 6, format per 22 pacients diagnosticats de Trastorn d'Estrès Posttraumàtic. La consistència interna avaluada per l'alfa de Cronbach va ser de 0,89 per el Grup 1 (N=577).

Una altra escala és *The Resilience Scale for Adults (RSA)*, construïda per Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge i Hjemdal (2001, 2005a). La validació d'aquesta escala va ser la tesis doctoral de Friborg (2005b) titulada *Validation of a scale to measure resilience in adults*. L'escala inicialment constava de 195 ítems dividits en 15 dimensions, però en la versió final va reduir-se a 45 ítems repartits en 5 dimensions: Competència Personal, Competència Social, Estructura Personal, Cohesió i coherència Familiar, Suport Social. L'escala va obtenir un coeficient d'alfa de 0,93. En la darrera versió i definitiva el test era format per 37 ítems i els coeficients d'alfa de Cronbach oscil·laven entre 0,67 a 0,90. (Ionescu i Jourdan-Ionescu, 2011)

Arrel d'aquestes dues últimes sorgeix L'*Escala de Resiliència RESI-M* que va ser produïda per Palomar i Gómez (2010), que combina l'Escala CD-RISC (Connor i Davidson, 1999) i l'Escala del RSA (Resilient Scale for Adults). El RESI-M que avaluen els adolescents en 5 factors ben diferenciats: Fortalesa i confiança en sí mateix, competència social, recolzament familiar, recolzament social i estructura. El test consta de 42 ítems de resposta tipus likert, amb 4 opcions de resposta diferents, les que van des de totalment en desacord i totalment d'acord, segons l'acord que té l'ítem per a ells. La prova va obtenir una alfa de Cronbach de 0,93. El **RESI-M és l'únic test utilitzat en l'Estat espanyol** per avaluar la resiliència de població no adulta, a banda del nostre. L'adaptació psicomètrica del RESI-M el va portar a terme a Iraurgi *et al.* (2012), de la Universitat de Deusto, dins d'un dels projectes de BizkaiLab titulat *Resiliència: Aproximación al concepto y Adaptación psicométrica de l'escala RESI-M*. En aquest estudi a més de l'instrument de mesura de la resiliència, explicat anteriorment, van utilitzar el FACES 20-Esp (Escala de Funcionament Familiar), PANAS (Escala d'Afectivitat), IIEC (Inventari Infantil d'estressors quotidians), SOCIAL SUPPORT-S (Escala de Suport Social Subjectiu), l'Escala d'Autoestima de Rosenberg i, per últim, EDESI (*Escala de Deseabilidad Social*). L'estudi anava destinat a nois i noies adolescents d'edats entre 12 a 17 anys, amb una mitjana d'edat de 14,83 anys. En l'estudi van participar 394 subjectes, dels quals 60,3% nois i 39,7% noies d'Educació Secundària Obligatòria (ESO). Els subjectes es subdividien en dues submostres: el primer era un grup anomenat Normatiu o Funcional (N=299), extrets de diferents instituts de Bizkaia, procedents d'entorns tradicionals estructurats, i, el segon, un grup anomenat Homòleg clínic o Disfuncional (N=85), els quals presentaven característiques particulars, des de trastorns del comportament, alumnat de Necessitats Educatives Especials (NEE), com atesos pels Serveis Socials o en situació de risc. Iraurgi *et al.* (2012) amb el RESI-M van obtenir una bona consistència interna, amb una alfa de Cronbach per sobre de 0,78. A més van trobar diferències significatives entre els dos grups, sent major la resiliència del grup funcional que el disfuncional, els primers tenien una major puntuació fortaleza, competència social i recolzament social, mentre que el factor estructura era major en el grup disfuncional, entesa com la capacitat d'organitzar-se, planejar les activitats i gestió del temps.

A més de l'anterior, existeix el *Test de Resistència al Trauma (TRauma)*, realitzat per Urria i Escorial (2012) del qual s'obté una puntuació global que seria conceptualment equivalent al concepte de resiliència, i dels pocs, validat amb població

espanyola. El TRauma és la versió final d'un test que originàriament estava compost per 78 ítems i que va anar-se'n reduint fins als 60 ítems, amb resposta tipus likert, d'1-5, que va de menys a més desenvolupat. Consta de 6 dimensions i/o camps de la resiliència que són: 1.La Intel·ligència Emocional i control intern, 2.Els valors i principis ètics, 3.L'Optimisme, esperança i sentit de l'humor, 4.Les Habilitats Socials i la relació. 5.Acceptació i adaptació, 6.La Congruència. Pel que fa a la fiabilitat en totes les dimensions era major a 0,70. Els mateixos autors el van utilitzar en un estudi de sobre la resistència al trauma, realitzat a 222 persones, d'edats compreses entre 18 i 71 anys, que havien estat afectades per algun succés traumàtic. Els resultats més destacats varen ser que no hi havia diferències significatives entre les puntuacions de l'escala en relació al tipus de trauma viscut (Urra, Escorial i Martínez, 2014).

A Xile, hi ha l'*Escala de Resiliència para jóvenes y adultos* (SV-RES) de Saavedra i Villalta (2008), que consta de 60 ítems repartits en 12 dimensions o factors específics de la resiliència: identitat, autonomia, satisfacció, pragmatisme, vincles, xarxa social, models, objectius, models, autoestima, autoeficàcia i metes. La consistència interna de l'escala fou obtinguda a través de l'alfa de Cronbach que va ser de 0,96.

I també trobem l'**Escala de Resiliència** per adolescents japonesos d'Oshio, Kaneko, Nagamine i Nakaya (2003) destinat a avaluar els trets psicològics dels individus resilents. L'Escala consta de 21 ítems els quals es situen dins de tres factors o dimensions: la recerca de la novetat, regulació emocional i una orientació positiva cap al futur. Aquesta escala fou administrada a una població de 207 estudiants japonesos, 104 nois i 103 noies amb una mitjana d'edat de 20,2 anys. D'aquests van diferenciar: 1. els estudiants adaptats, que tenen bona salut mental però que algun fet estressant de la vida els ha vençut puntualment, 2. els estudiants resilents, que tenen bona salut mental malgrat haver patit nombrosos esdeveniments estressants i 3. els estudiants vulnerables que serien els que tenen una pobre salut mental i són vençuts pels nombrosos esdeveniments negatius de la vida. En l'anàlisi de la consistència interna van obtenir uns coeficients d'alfa de 0,85 per tota la prova i per les tres subescales uns coeficients de 0,79, 0,77 i 0,81 els quals són considerats bons.

Com podem veure moltes de les escales de resiliència anteriors són per adults, però en destaquem aquelles que són només per adolescents: l'ER-89, de Block i Kremen (1996), que va destinat a adolescents de 18-23 anys, l'adaptació de l'Escala de Resiliència de Wagnild i Young (1993) que realitzen Rua i Andreu (2011) per a nois i noies d'entre 13 i 18 anys, l'Escala de Resiliència de Jew, Green i Kroger (1999) que

van construir per a nois i noies de 14-15 anys, també l'Escala de Resiliència de González-Arratia i Valdez-Medina (2005), el RESI-M de Palomar i Gómez (2010) per a nois i noies de 12-17 anys, com també l'Escala de Resiliència per adolescents de Oshio *et al.* (2003). Finalment, n'hi ha dues que són per ambdós grups, adolescents i adults: L'*Escala de Resiliencia para jóvenes y adultos* (SV-RES), de Saavedra i Villalta (2003) i el test TRauma, d'Urria i Escorial (2012) i que té una franja d'edat molt ampla, de 18-71 anys, destinat a adolescents i adults.

No obstant això, volem destacar els tests que existeixen específics de resiliència per a infants:

En primer lloc el *Inventario de los Factores Personales de la Resiliencia* realitzat per Cecilia Salgado Lévano (2005) al Perú, també anomenat *Inventario de resiliencia para niños*. El disseny que es va utilitzar va ser un mostreig intencional, l'autora va portar a terme una investigació psicomètrica on la mostra era formada per 495 estudiants: 241 nens i 254 nenes de 8 a 12 anys que estudiaven quart i cinquè grau de primària en tres col·legis nacionals (públics) mixtes ubicats en la ciutat metropolitana de Lima.

L'estructura del *Inventario de los Factores Personales de la Resiliencia* és un test que avalua els factors personals de la resiliència, com també el grau final d'aquesta. El test comprèn 48 ítems, els quals són redactats tant en forma positiva com en negativa, amb una modalitat de resposta dicotòmica (SÍ-NO), tots ells es classifiquen en 5 dimensions diferents: Autoestima (ítems 1, 2, 11, 12, 20, 21, 30, 31, 40, 41), Creativitat (ítems 9, 10, 18, 19, 28, 29, 38, 39), Empatia (ítems 3, 4, 13, 22, 23, 32, 33, 42, 43, 44), Humor (ítems 7, 8, 16, 17, 26, 27, 36, 37, 47, 48) i Autonomia (ítems 5, 6, 14, 15, 24, 25, 34, 35, 45, 46).

Per tal d'establir la validesa de contingut Salgado (2005) es va guiar pel criteri de 10 jutges experts (Ezcurra, 1998), amb una llarga trajectòria en el camp professional, i van decidir utilitzar el Coeficient V. D'Aiken. Entre els principals resultats es va trobar que l'Inventari presentava una alta validesa de contingut, a nivell de la resiliència general era de 0,96, i, específicament, en el Factor d'Autoestima era de 0,98, en el d'Empatia de 0,99, en el d'Autonomia de 0,93, en el d'Humor de 0,97 i en el de Creativitat de 0,94 amb un nivell de significació estadística de 0,001 en tots ells. Aquest test va ser el que vam adaptar per a

construir l'IRI, administrat i validat en població espanyola i que forma part d'un dels objectius principals de la nostra recerca.

En segon lloc, la *Resiliency Scales for Children and Adolescent (RSCA)* realitzat per Prince-Embury (2006). Basant-se en el concepte de resiliència personal, descrivint-la a través de tres conceptes: 1) sentiment de control, 2) sentiment d'estar en relació amb els altres i 3) la reactivitat emocional. Aquests passen a convertir-se en les 3 escales que formen el test, les quals al mateix temps es subdivideixen en altres característiques. En la 1^a Escala, formada per 20 ítems, es troba l'optimisme, eficàcia personal i adaptabilitat. En la 2^a Escala, formada per 24 ítems, es troba la confiança, el suport social percebut, confort i tolerància. I en la 3^a i última, formada per 20 ítems, està la sensibilitat, restabliment i resolució de problemes. En total el RSCA consta de 64 ítems, va dirigida a infants de 9-18 anys, amb una Alfa de Cronbach d'entre 0,85-0,91. És doncs, dels tests comentats el que més s'apropa a la franja d'edat en la qual es basa el nostre inventari IRI (de 7-13anys).

En tercer lloc, *Healthy Kids Resilience Assessment*, HKRA, Constantine, Benard i Diaz (1999). Que consisteix en un mòdul del projecte *California Healthy Kids Survey*, el qual vol ser útil als diferents departaments d'educació com grup d'investigadors, i té com a objectiu principal comprendre i avaluar la varietat de factors interns i externs de la resiliència que estan associats a un desenvolupament positiu dels joves. La motivació d'aquest estudi és fer prevenció de futurs problemes com: fracàs escolar, depressió, violència, com també abús de substàncies, alcohol i tabac en infants amb risc, molt abans que aquests apareguin. Per a la construcció del test primer de tot van seleccionar 128 ítems dels 250 proposats, tot i que l'escala final va ser de 68 ítems; tenien un model de resposta tipus likert amb 4 opcions: des de "no del tot cert" fins a "molt cert". Concretament els ítems estaven repartits en 6 subescales, de les quals 3 eren referides a factors externs relacionats amb els cuidadors, expectatives de vida, significat de la participació a l'escola, a la llar i la comunitat i, uns altres tres, referits a factors interns com la competència social, sensibilitat interpersonal i comprensió del sí mateix. El test va ser administrat a nois i noies estudiants de *Middle and High School* d'Oakland i Chico, Califòrnia, que són infants d'edats compreses entre 11-18 anys. Però van fer-ho

amb tres mostres diferents: la primera fou de N=235, obtenint un coeficient d'alfa de 0,74, la segona de N=549, amb un coeficient d'alfa de 0,69 i la tercera N=294 amb un coeficient d'alfa de 0,77. El total de la mostra fou N=1072 i un coeficient d'alfa de 0,72.

En quart lloc, ***Escala de Resiliència Escolar (E.R.E.)***, per a nens i nenes d'entre 9 i 14 anys, realitzat per Dr. Eugenio Saavedra i Dra. Ana Castro (2008), Universidad Católica de Maule, Xile. L'Escala consisteix en una validació del SV-RES, comentat anteriorment, en una població infantil de 300 subjectes, 143 nens i 157 nenes xilenes, de diferents nivell socioeconòmic, en el seu entorn escolar. La prova constava de 27 ítems de resposta tipus likert de l'1 al 5, des de molt en desacord (1) fins molt d'acord (5), repartits en 5 dimensions: Autoestima, Xarxa social, Aprenentatge-Generativitat (habilitat per relacionar-se i resoldre els problemes), Recursos interns i, per últim, Recursos externs. Es va correlacionar aquesta escala amb el *Cuestionario de resiliencia para niños* (González-Arratia, 2006), que obté una correlació igual o major de 0,70 amb el coeficient de Pearson. Es va analitzar la consistència interna de l'escala i es va obtenir un coeficient d'alfa igual a 0,88.

En cinquè lloc, ***Devereux Student Strengths Assessment (DESSA)*** de LeBuffe, Naglieri i Shapiro (2009). Consta de 72 ítems, per a nens de 5 a 14 anys, però és una eina d'avaluació de la resiliència la qual responen els pares o tutors legals, professors, treballadors d'escoles o agències de protecció de menors, que inclouen extraescolars, Serveis Socials o programes de salut mental. Els ítems es troben dividits en 8 dimensions, que es basen en preguntar a l'entorn de les fortaleces dels infants, centrant-se més en aquells comportaments positius que no pas en els comportaments inadequats, les quals s'anomenen: Consciència d'un mateix (7 ítems), Consciència dels altres (9 ítems), Autocontrol (11 ítems), Metes clares (10 ítems), Habilitats socials (10 ítems), Responsable de les seves accions (10 ítems), Presa de decisions (8 ítems), Pensament positiu (7 ítems). El test va ser validat amb una mostra de 2.500 nens i nenes representatius de la població americana (US), que vol analitzar els factors protectors dels infants. Els resultats van demostrar que és un test fiable, la seva consistència interna va ser de 0,90 i, a més, es va demostrar que

puntuacions altes en el DESSA s'associava amb una disminució de problemes de conducta dels infants.

Deveroux és una Fundació americana, que té diferents seus en tots els EUA i compta amb un centre que investiga sobre resiliència el Center For Resilient Children: www.centerforresilientchildren.org

Finalment, pel que fa a l'**Anàlisi Qualitativa** de la Resiliència en destaquem tres tests:

Primer de tot, els autors Hunter i Chandler (1999) que consideraven la resiliència com un contínuum que va d'una resiliència baixa a una resiliència òptima, van decidir avaluar la resiliència en adolescents amb dos eines diferents: van utilitzar, a més del test de Wagnild i Young (1993), un exercici d'escriptura lliure basat en el mètode WRITE de Schneider (1993). La prova constava de 9 exercicis i els adolescents escrivien cada dia durant 10 minuts. Van recopilar 378 textos escrits on s'analitzava la competència personal, l'acceptació de sí mateix i de la vida. En l'anàlisi dels textos varen veure que les noies es percebien com a menys resilents, i la població blanca era menys resilient que l'africana o llatinoamericana. Els adolescents s'expressen i es coneixen molt millor a ells mateixos de la 1^a a la 2^a setmana, i al mateix temps, augmenten tots ells la sentimenent de pertinença al grup.

En segon lloc, destaca el **RASP**, Perfil d'Actituds i Capacitats lligades a la Resiliència, realitzat per Hurtes i Allen (2001), que està basat en el treball sobre resiliència portat a terme per Wolin i Wolin (1993), els seus orígens es troba en el *counseling* familiar; amb una perspectiva que se centrava en les fortaleces de l'individu en contraposició amb els riscos. Es construeix a partir de l'anàlisi qualitatiu de set dimensions: 1. L'Insight, que consta de 7 ítems; 2. Independència, format per 5 ítems, 3. Creativitat, que té 4 ítems; 4. Humor, amb 3 ítems, 5. Iniciativa, amb 3 ítems; 6. Qualitat de relacions amb els altres, amb 6 ítems; 7. L'orientació dels valors, amb 6 ítems, entès com el desig de viure una vida plena i productiva. El RASP consta de 65 ítems, repartits entre 7-11 per cada una de les dimensions, està destinat per a ser administrat a joves en temps de lleure o entorns socials, de dos àmbits diferents: a) Uns 274 joves d'una zona metropolitana del Sud-est dels EUA, d'entre 12 i 19 anys, el 58%

masculins i de diferents races, afroamericans, i descendents d'haitians; b) Uns 190 joves d'una sèrie de camps terapèutics, també situats al Sud-est dels EUA, el 88% dels quals eren del sexe masculí. Les característiques dels quals era presentar un trastorn de l'Eix I ó II del DSM IV, una capacitat intel·lectual de 75 o més, habilitat de relacionar-se amb els iguals i adults, entendre la relació de causa i efecte, presentaven problemes comportamentals i no podien viure a casa amb els pares.

Després de l'administració del RASP Hurtes i Allen van eliminar 31 ítems i en restaren 34 per la versió final del test. Els resultats obtinguts arrel de l'administració del test van comprovar que les set dimensions estaven significativament correlacionades amb el concepte de la resiliència. La consistència interna del test va ser d'un coeficient d'alfa de 0,91, com també presentava uns resultats estables test re-test de 0,94 i una $p < 0,001$.

El test de *la Persona sota la pluja*, és una prova projectiva gràfica on es demana al subjecte que es dibuixi sota la pluja, el següent pas consisteix en què el professional expert avaluï els recursos que la persona ha dibuixat per protegir-se enfront la pluja. Aquest test és utilitzat en la pràctica de la clínica infanto-juvenil, tot i que, a vegades, també s'utilitza en l'àmbit dels Recursos Humans, concretament en selecció de personal. En ambdós àmbits la prova analitza les reaccions de les persones observant: com actuen davant de les dificultats i quins recursos tenen per afrontar-s'hi. Així doncs, aquest test ha estat emprat per estudis on s'avalua com actuen infants i adolescents enfront situacions traumàtiques viscudes, com ho fan Agulló, Alcampel i Vila (2014), l'objectiu del qual era relacionar els indicadors més específics d'aquesta prova amb la presència de situacions traumàtiques en la vida dels nens i adolescents. Tenien una mostra de 39 subjectes d'edats compreses entre 4 i 15 anys, 19 nenes i 20 nens, usuaris de Centres de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de diverses zones. Els resultats van demostrar l'existència d'una relació de dependència entre la variable Presència de pluja i la variable Presència de situacions traumàtiques.

A mode de síntesi volem aclarir que aquest recull de tests que avaluen la resiliència són considerats els més importants, dels quals la majoria compleixen el

requisit de tenir la paraula resiliència en el títol del test. No obstant això, veiem com s'han utilitzat molts altres tests per avaluar alguna de les característiques resilients, que són aquells tests que acostumen a mesurar la part emocional de l'infant o escales d'alguna dimensió de la resiliència en sí mateixa, com són:

- *Social Skills Improvement System* (SSIS). Frank Gresham i Stephen Elliot (2008). Test que avalua les habilitats socials, els problemes de conducta i la competència acadèmica en nens d'entre 3 i 18 anys.
- Escala de mesura del benestar: EMMBEP (*Échelle De Mesure des Manifestations du bien-être Psychologique*) de Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair i Battaglini (1998). Consta de 25 ítems amb una escala de resposta de l'1-5. Avalua 6 factors: autoestima, equilibri, compromís social, sociabilitat, control d'un mateix i dels esdeveniments i la felicitat.
- BASC (Behavior Assessment System for Children), que consisteix en un sistema d'avaluació de la Conducta per als nens i els adolescents molt emprat en la clínica. Va ser realitzat per Reynolds i Kamphaus (1992).
- SDQ: The Strengths and Difficulties Questionnaire. Godman, 1997.
- Cuestionario Kidcope, Instrumento para evaluar el afrontamiento del estrés en niños y adolescentes (Spirito *et al.*, 1988).
- Com també comptem amb una escala que avalua la resiliència familiar: FRAS (Family Resilience Assessment Scale), realitzat per Meggen Sixbey, 2005, citat per Toby Buchanan (2008).

En general, alguns autors que parlen d'adopció fan evident que hi ha una manca d'instruments específics d'avaluació de la resiliència (Reinoso, 2013), actualment però podem afirmar que el dèficit d'instruments es troba en aquells que avaluen la resiliència infantil, especialment la dels més petits. D'aquí la importància de la validació del nostre Inventari de Resiliència Infantil (IRI), que és dels pocs que avaluen la resiliència dels infants i dels únics a Europa amb llengua espanyola. Un dels principals motius pels quals vam escollir el *Inventario de Factores Personales de la Resiliencia* (Salgado, 2005) per a adaptar-lo i validar-lo en població espanyola, fou perquè va ser dels pocs que en aquell moment avaluava la resiliència infantil i específicament en la franja d'edat que ens interessava; a més era l'únic en llengua castellana, el que s'apropava culturalment molt més a nosaltres, era doncs l'idoni per validar-lo en població

espanyola. A més pensem que el mode de resposta dicotòmica d'aquest inventari és l'adequat per a nens i nenes d'aquesta franja d'edat (7-13 anys), ja que no creiem que estiguin preparats per a respondre de manera fiable el mode tipus likert de 5 i, fins i tot, 7 opcions de resposta d'altres tests de resiliència. D'altra banda, el nostre inventari aporta dues dimensions noves: la Connexió (Inter)Personal i la Proactivitat, que fins ara no havien estat definides com a part destacada per avaluar la resiliència, tot i que sí que s'engloben dins de les característiques considerades resilients.

5. RESILIÈNCIA I ADOPCIÓ

Construir una vida implica reimaginar el futuro y reinterpretar el pasado continuamente a fin de dar sentido al presente.

Mary Catherine BATESON (1989, pp. 29-30)

El punt de partida de la nostra investigació es situa cap al present i futur de l'infant adoptat sense deixar de banda el seu passat, però posant mesures perquè aquest no determini el seu futur ni les seves potencialitats. És a dir, possibilitar al màxim la projecció futura del nen/a amb un correcte desenvolupament físic i psíquic.

Situant-nos des d'un punt de vista on es troba el camp de la psicologia que com diu Salgado (2005), és on més s'ha estudiat la variable resiliència que està *“cambiando radicalmente la focalización en conductas de riesgo y desventajas, carencias y déficits, por una óptica de recursos, fortalezas y potencialidades para enfrentar la adversidad y construir a partir de ella una postura positiva frente al dolor y el sufrimiento”*. (p. 42)

Aquest és el punt de vista que hem intentat posar de relleu, al llarg de tot el nostre treball, en la relació entre resiliència i adopció. I esdevé la següent pregunta: Com un infant adoptat que ha patit greus fets traumàtics pot seguir vivint i projectar-se en el futur de forma positiva a pesar del seu passat? Per a poder respondre com fer possible la resiliència en aquestes situacions, citem a Cyrulnik (2002) que ho sintetitza de forma molt aclaridora afirmant que l'estructura de l'agressió explica els danys provocats pel primer cop, la ferida o la carència. Tot i així, serà la significació que aquella ferida hagi adquirit més tard en la història personal de l'afectat i en el seu context familiar i social el que expliqui els devastadors efectes d'una segona ferida, el que provoca el trauma. Per això l'infant necessitarà l'ajuda de la seva família i, probablement, professional.

És difícil poder trobar articles que estudiïn directament les variables resiliència i adopció, el mateix Cyrulnik (2014) el moment en què fa referència és en un llibre de recopilació d'articles del 1er Congrés Mundial sobre resiliència, on només hi dedica una pàgina a parlar-ne. Afirmar que amb l'adopció es porta a terme una quasi experimentació natural de resiliència. Considera que no tots els adoptats han patit traumes però tots han hagut de canviar de llar, cultura, estil afectiu i, a vegades, de llengua. Fa la reflexió del fet que no totes les cultures estan d'acord amb l'adopció perquè consideren que és immoral ja que no es coneix bé la filiació del nen, a més consideren que és un fracàs.

Però cal veure els resultats des de la infància fins un cop arribada a l'edat adulta, on probablement es fa evident un procés de resiliència. Així doncs, fa una mirada longitudinal a l'adoptat des de la infància fins l'edat adulta, i comenta que a l'arribada a la família adoptiva els infants mostren un aferrament evitatiu en un 80% dels casos, però quan porten entre 12-18 mesos adoptats semblen haver après a estimar a la seva família. I cita a Chomilier i Duyme (2009) per dir que l'impacte del medi adoptant és fonamental, ja que influencia en l'adaptació dels infants, és a dir, els nens adoptats per uns pares amb un bon treball i classe social tenen més bona adaptació que els que estan en una classe social més baixa. Els mateixos autors descriuen les dades de la OMS (Organització Mundial de la Salut) que determina que els problemes psicològics en l'edat adulta són en un 17% de la població general i en un 20% en població adoptiva, el que mostra un percentatge equiparat entre les dues poblacions. Manzi *et al.* (2014), del qual ja hem fet esment, extreuen la mateixa conclusió però des del punt de vista dels trastorns de conducta dels adolescents. En el seu estudi amb 172 famílies adoptives de nens d'ètnies diferents, d'edats compreses entre 15-25 anys, per tal de poder fer un anàlisi de la identitat ètnica en els nens adoptats i com influenciava aquesta en l'adopció. En general, van trobar que la majoria dels adoptats tenen un bon nivell d'adaptació i un alt percentatge de conductes prosocials. Hi ha una disminució de les problemàtiques conductuals a mesura que s'encaminen cap a l'etapa adulta, concretament el 73'8 % dels adoptats no manifestaven problemes conductuals però hi havia un 27% que sí en tenien. Encara que, en general, hi hagi un bon percentatge d'adaptació dels adoptats un cop arribada a l'edat adulta és necessari treballar fomentant la resiliència en les etapes evolutives anteriors, per a què aquesta adaptació pugui donar-se el més aviat possible, com també per poder millorar el percentatge.

Sense anar més lluny, volem fer present que la relació que s'estableix entre resiliència i adopció, cal afegir un tercer concepte que fa de lligam entre ambdós, el qual és l'adaptació, ja que considerem que quan un infant adoptat és resilient aconsegueix adaptar-se més fàcilment a la seva família adoptiva, i així ho demostren les investigacions anteriors. Tanmateix l'adaptació en adopció s'avalua a través del comportament i/o temperament de l'infant adoptat que influencia directament en la resiliència. Veiem doncs, Barcons i la seva tesi doctoral titulada *Resilience in internationally adopted children* on destaca l'article de Barcons, Fornieles i Costas (2011, 2012), els quals centren l'anàlisi de la resiliència en dues àrees: l'adaptabilitat i ajustament social. Consideren que per aconseguir un ajustament psicològic cal examinar

els punts forts de la persona, tant interns com externs, i el rol que juga en la part personal i social per aconseguir un desenvolupament positiu. Per tant, estudien l'adaptació dels infants adoptats a través de les seves relacions socials: amb els pares, amb entorns socials propers i l'estrès social. El seu estudi va ser format per 52 menors procedents d'adopció internacional que van comparar amb un grup de 44 menors no adoptats d'edats compreses entre 6-11 anys. I els seus resultats obtenien diferències entre adoptats i no adoptats, sent els primers els que tenien millors puntuacions en l'escala de somatització i els segons millors puntuacions en l'escala d'adaptabilitat. Així com es van trobar diferències significatives en les habilitats adaptatives dels infants, els infants de gènere masculí no adoptats demostraven tenir més habilitats que no pas els infants adoptats, mentre que no hi havia diferències significatives entre els infants de gènere femení adoptats i no adoptats. A més que els nens presentaven més característiques compatibles amb simptomatologia externalitzant i depressiva que les noies. El que es pot observar d'aquests resultats és que les nenes adoptades tenen les mateixes habilitats adaptatives que les no adoptades, és a dir, tenen una millor adaptació que els nens adoptats.

Al mateix, temps altres estudiosos de l'adopció fan una pinzellada sobre el terme resiliència, que s'anomena en la descripció dels resultats, com és el cas de l'article de Reinoso i Forns (2011), en el qual conclouen que a pesar de què els adoptats internacionalment són considerats població de risc, es desenvolupen amb normalitat amb excepció dels problemes de conducta que són més elevats en comparació amb la població normal. Les autores justifiquen aquests resultats tant positius pels factors protectors de les famílies adoptives i el seu context social que han permès desenvolupar la resiliència dels infants.

En general, podem afirmar que els infants al llarg de la seva vida tenen dos fronts als quals s'hauran d'adaptar, i que Murphy (1962) concreta en dos: per una banda, l'adaptació externa, el que seria adaptar-se a l'escola i el grup d'iguals i, per altra banda, l'adaptació interna, el que seria gaudir de benestar psicològic i bona salut. Els investigadors en resiliència i les ciències del comportament es centren en l'estudi de l'adaptació positiva dels infants, com fa Garmezy i el seu *Project Competence Group*, on estudia l'edat ideal per al desenvolupament de tasques concretes, la qual és coneguda com la *Developmental Task Theory* (Masten i Powell, 2003). En aquesta es centren en l'adaptació externa i no pas en la interna, ja que s'avalua com el nen s'afronta al seu entorn pel que fa a la solució de diferents tasques segons edat, tot i que, la primera

influència a la segona, és a dir, quan els nens s'equivoquen en alguna de les tasques que se li proposen, aquest fet té conseqüències en aspectes com el comportament i la part emocional perquè afecta la autoestima. Masten i Obradovic (2006) fan un resum molt interessant sobre els sistemes d'adaptació dels humans des del punt de vista de la teoria de la resiliència, que són: els sistemes d'aprenentatge (resolució de problemes, processament d'informació), sistemes d'aferrament (relacions properes amb els cuidadors, amics, companys), sistema especialista de la motivació (processos d'autoeficàcia), sistema de resposta a l'estrès, el sistema d'autoregulació (regulació emocional, funcions executives), el sistema familiar (parentalitat, dinàmiques interpersonals, cohesió), el sistema escolar (ensenyament, valors, expectatives), el sistema d'iguals (aprenentatges, valors, expectatives), com per últim, el sistema cultural i social (rituals, valors i tradicions). Així doncs, per a fer prevenció per a una bona adaptació dels infants adoptats a les seves famílies cal poder tenir en compte el pes de les diferents característiques que envolten a la persona: les individuals, les familiars i les socials, les quals funcionen com un conjunt sencer i s'interrelacionen constantment.

Des del camp de l'adopció Berástegui (2013) explica que els infants adoptats internacionalment estan en situació de més risc que els no adoptats, i destaca tres conceptes clau en adopció: risc, recuperació i resiliència. Considera que es recuperen més ràpid els infants que arriben amb millors condicions a l'adopció que els que arriben amb pitjors condicions. I relaciona tres aspectes de l'adopció directament lligats a la resiliència: 1. L'aferrament i vincles parentals, 2. Les dinàmiques de comunicació a l'entorn dels orígens i les diferències en adopció, 3. Els aspectes neuropsicològics del trauma i la privació inicial. Des d'una perspectiva psicològica, Berástegui defineix l'adopció com *“un proceso de separación y revinculación a nuevas figuras de apego (...) en la mayoría de los casos nos encontramos frente a un proceso alterado de vinculación”* (p. 175). Assenyala l'existència d'una combinació de les variables temperamentals del nen i les respostes i disponibilitat dels pares que interactuen en la formació del vincle en adopcions primerenques, però, a més a més, l'impacte que té el trencament inicial de l'aferrament en aquests infants amb el seu desenvolupament a nivell cerebral, especialment a la zona de la amígdala i la resposta endocrina a l'estrès, ja esmentades anteriorment. Aquestes zones íntimament relacionades amb la regulació de les experiències emocionals i la possibilitat d'establir vincles futurs (cita a Cicchetti i Curtis, 2005; Nelson *et al.*, 2007, 2009; Siegel, 2001). A més d'aquest punt afegeix l'acumulació d'experiències d'inseguretat de l'infant en la seva infància, com també el

desenvolupament dels models de treball intern (*IWM, Internal Working Model*), és a dir, la nostra experiència d'aferrament permet fer la interpretació narrativa del món emocional i la regulació del mateix, donant significat als estats interns. Els *IWM* es formen per les experiències d'aferrament del primer any de vida, i s'entenen com els models mentals que té l'infant de sí mateix, dels demés i del futur. Però, en adopció, com l'infant no ha tingut experiències d'aferrament segures, si no més aviat traumàtiques s'estroneja aquest procés. És per això, que moltes característiques a l'entorn de l'aferrament són investigats ja que determinen tots els processos interns dels infants adoptats (*IWM*); a més aquests es poden modificar per experiències posteriors significatives com pot ser la relació amb els pares adoptius (Pacheco, Garcia, Ger, Sallés i Boadas, 2012). Alguns investigadors associats a *The Anna Freud Center in London*, se centren en com les noves i positives relacions que experimenten les famílies adoptives ajuden a modificar el vincle previ que tenia l'infant víctima de maltractament o desprotecció. Així doncs, els infants adoptats després de l'adopció i l'establiment d'un aferrament segur augmenten també la seguretat per relacionar-se amb el seu entorn. Tot i que els beneficis de l'adopció, en aquest sentit, es comencen a notar al tercer any de ser adoptat (Palacios, 2010, cita a Hodges, Steele, Hillman, Henderson i Kaniuk, 2005).

Walsh (2004), experta en resiliència familiar, explica detingudament l'impacte d'un fet traumàtic dins el sistema familiar, que posa en perill principalment els vincles existents entre els components familiars i acaba afectant la cohesió d'aquesta, que com sabem és molt important per a fer possible la resiliència. En situacions catastròfiques, com les guerres, les relacions càlides i afectuoses dins la família proporcionen el consol i la seguretat necessaris per amortir el dolor i patiment dels bombardejos i horrors dels fets violents viscuts. I posa com a exemple que en el camp de l'adopció i les famílies adoptives, cada cop més es defensa la idea que, si és possible, els germans deuen d'estar junts (Minuchin, Colapinto i Minuchin, 1998). Delage (2010), també expert en resiliència familiar, ho justifica dient que les relacions familiars i aferraments estan lligats a unes altres dimensions importants com el sentiment de confiança o por, l'obertura al món o tancament en un mateix, la sociabilitat o l'aïllament, sent les primeres les que beneficien més a la família. En intervenció en adopció ens plantegem com podem ajudar als infants a ser resilents després d'un trauma? La víctima d'un trauma se li ha de reconèixer el seu patiment, comprendre els sentiments associats, i intentar entendre'l però obrint el camí d'allunyar-lo del rol de víctima. Per a un bon

procés terapèutic l'infant deixa enrere el posicionament de víctima per reprendre el camí de la vida gràcies a la resiliència.

Ens sembla molt encertat el toc d'alerta que fa Salgado (2005), fonamentant-se en altres autors (Rutter, 1985; Wolin i Wolin, 1993) sobre el fet que no s'ha de confondre la resiliència amb la negació de les experiències difícils ni de les seqüeles que puguin deixar, sinó que el concepte de resiliència es refereix, més aviat, a l'habilitat per a continuar avançant malgrat allò dolorós viscut, integrant allò constructiu, instructiu o correctiu de l'experiència traumàtica viscuda. Cal tenir molt present aquest matís en l'adopció, tenint cura de donar tota la informació sense negar els orígens de l'infant.

L'estudi de les Illes Kawai (Werner, 1982; Werner i Smith, 1992) són un clar exemple del fet que la Resiliència es pot desenvolupar al llarg de tota la vida, és per això doncs, que ens trobem amb la necessitat de seguir millorant la qualitat de les nostres intervencions per augmentar el seu nivell d'efectivitat, per a contribuir en el benestar i felicitat dels nens adoptats i de les seves famílies adoptives. Creiem doncs, que la millor intervenció seria la que es faci a través de fomentar la resiliència dels nostres infants, en el moment que aquests ja estiguin en un context segur i ben tractat, per la seva relació amb l'adaptació millor de l'infant a la seva família com també amb la salut en general del individu. En definitiva, l'objectiu final seria aconseguir més bons resultats amb una intervenció exitosa, és a dir, evitar que les vivències viscudes pels infants a l'inici de la seva vida se'ls cicatritzin de manera traumàtica dins la seva història.

Tanmateix, actualment encara existeix escassa bibliografia que relacioni els dos termes en què es basa la nostra investigació: resiliència i adopció. I en cap dels que hem analitzat utilitzen un inventari específic de resiliència infantil per tal de poder determinar en quin moment està el nen/a i com pot evolucionar. Destaquen estudis com el de Juffer, Stamps i Van Ijzendoorn (2004) que avalua 3 estils de personalitat, (a) l'*ego resilience* dels nens, definint-la com la tendència a respondre demandes d'una manera flexible, a pesar dels elements frustrants i estressants i (b) l'*ego control* que defineix com la tendència a expressar emocionalment i motivacionalment els impulsos. Aquest darrer els subdivideix en dos tipus: *overcontrollers* (controladors) i *undercontrollers* (no controladors). La mostra era de 176 nens adoptats abans dels 6 mesos, i quan tenien 7 anys, s'estudiava l'estil de personalitat, els problemes de comportament, el sexe i el país d'origen. Per avaluar-ho feien servir el *Child Behaviour Check List* (CBCL) i el *Teacher's Report Form* (TRF), eina utilitzada en moltes altres

investigacions de nens adoptats. Els resultats obtinguts van ser que els nens eren no controladors i que les nenes puntuaven baix en aquesta, és a dir, eren més controladores. Segons Thomas i Chess (1977) el temperament i la personalitat són dos factors que influencien en la Resiliència, i, per posar un exemple, Coplan, Bowker i Cooper (2003) afegeixen que els nens que tenen dificultats d'autocontrol, que són molt tímids i inhibits i que presenten alts nivells de reactivitat emocional són més vulnerables a l'estrès que no pas els nens que es controlen, que són sociables i no s'alteren fàcilment en moments difícils (Friborg, p. 8, 2006).

D'altra banda, segons el país d'origen, s'aprecia que els nens/es provinents de Corea i Colòmbia eren més resilents que els de Sri Lanka. Els 3 estils de Personalitat que avaluen són extrets d'un altre estudi anterior de Robins, John, Caspi, Moffitt, Stouthamer-Loeber (1996), citat en el mateix article, concretament aquests autors relacionaven l'*ego resilience* i l'*ego control* amb problemes de conducta en un grup d'adolescents del gènere masculí, dels quals la meitat tenien risc de desenvolupar comportaments delinqüents, els resultats d'aquest són que els nens resilents no tenen quasi problemes de conducta comparat amb els controladors i no controladors. Al mateix temps, dels resultats extrets del qüestionari als pares i professors, van destacar una relació entre *overcontrollers* i tenir un comportament internalitzant com també els *undercontrollers* amb tenir un alt percentatge de conductes externalitzants. Aquests resultats van ser ratificats per Caspi i Silva (1995) amb un grup de nens de 3 anys.

Els autors comentats anteriorment Juffer *et al.* (2011), Van Ijzendoorn i Juffer (2006), remarquen la necessitat de desviar els centre d'interès de les investigacions, canviant el focus d'atenció de les problemàtiques de comportament d'aquests menors adoptats cap a les potencialitats, per tal de potenciar les característiques resilents dels individus i de les seves famílies i així promoure una millor adaptació, en definitiva, el que seria donar cabuda al procés resilient. Cal doncs, focalitzar-se en els diferents aspectes de la personalitat, punts forts de l'individu. En aquest sentit, Green *et al.* (2008) que determina l'adopció internacional com un focus molt important d'investigació, d'un inici de vida d'uns infants que són abandonats, i com entendre i promoure la seva resiliència. També destaca el paper emergent de les investigacions sobre els objectius que funcionen millor en les intervencions terapèutiques, per tal de millorar el desenvolupament dels infants i les seves famílies. Finalment, afirma que tot i que la resiliència resideix en l'individu, les recerques en l'entorn infantil demostren que l'entorn social hi té molt a veure. Segons ella els infants adoptats internacionalment són

un exemple del potencial que tenen per a desenvolupar-se de forma normal, aconseguint ser resilients.

D'altra banda, existeixen diferents contextos on desenvolupar la resiliència dels infants, com per exemple a l'àmbit escolar, veiem la tesi doctoral de Marita Nika Flagler (2004), titulada *Clusters of strength: a case study of educational resilience of a postinstitutionalized adopted child from eastern Europe*, un estudi de com educar en resiliència en infants adoptats internacionalment en el seu context escolar, concretament de nens/es de 12 anys adoptats a Rússia. Amb la idea de futur d'introduir els constructes del *mindfulness* en el discurs de la resiliència. Es dóna molta importància al context on es troba l'infant; en el cas de l'escola és decisiu el paper de la família i la implicació d'aquesta dins el marc escolar. Des del punt de vista de la família s'afegeixen altres característiques, a banda del fet adoptiu, que contribueixen a augmentar l'estrès com també les dificultats per desenvolupar la resiliència, com serien nivell socioeconòmic, estructura i cohesió (familiar), expectatives de vida, naturalesa del suport, sense oblidar l'impacte dels factors previs a l'adopció: els físics, socials i psicològics, dels quals molts altres autors n'han parlat (Rutter, 1998, 2001).

Relacionat amb el període previ a l'adopció destaca l'article d'Obando, Villalobos, Arango (2010) que parla sobre els processos resilients per ajudar al desenvolupament de nens abandonats en condició d'adoptabilitat, el qual ens ha cridat molt l'atenció ja que deu ser dels pocs que existeixen sobre resiliència abans de l'adopció. Considerem que per poder fer prevenció de futures problemàtiques, el moment clau per intervenir seria en aquest període crític on els infants són més vulnerables, tot i que sabem que és molt difícil poder-ho fer. A Colòmbia hi ha un alt índex de nens en situació de desprotecció, que viuen al carrer com a única alternativa davant les dificultats i dinàmiques adverses de les seves famílies, segons reflecteixen les estadístiques oficials de les institucions governamentals com l'*Instituto Colombiano de Bienestar Familiar* (ICBF, 2006), concretament, des de l'any 2000 fins al 2002, es van comptabilitzar 35.000 nens i nenes en situació d'adoptabilitat dels quals només van ser adoptats 7.847. És doncs, un exemple frapant de la situació dels infants en molts països, i, al mateix temps sobte molt, que tot i la necessitat evident d'adoptar aquests nens i nenes, les llistes d'espera al nostre país de futurs pares per adoptar a Colòmbia són actualment al voltant de 4 i 5 anys. Per això aquests investigadors colombians en el seu article tenen com a objectiu desvelar la relació que s'estableix entre la situació d'abandonament viscuda pels infants en situació d'adoptabilitat i la construcció de

processos resilients en aquests. En l'article, les autores defineixen la resiliència com la capacitat que té cada subjecte de reorganitzar la seva vida des de sí mateix, construint-se una ètica vital que orienti els processos d'identitat del seu desenvolupament. Sent l'article el resultat d'anys d'investigació sobre el fenomen de la resiliència en infants menors de 7 anys que van realitzar en el Centro Internacional de Investigación Clínico-Psicológico i el Instituto de Psicología de la Universidad del Valle (Colòmbia). Partien de la base que els infants abandonats estaven desprotegits, i patien ferides molt greus a nivell emocional, la qual cosa generaven conseqüències pertorbadores en la construcció identitària i es veia reflectit en el seu comportament, fet que empitjora la seva situació per a ser adoptat. L'objectiu principal era reconèixer l'estat psicològic d'aquests infants i els recursos interns de que disposaven per tal de sortir-se'n de la condició de víctimes a la qual estaven ubicats, dels que serien adoptats i dels que no. Però afirmaven que era necessari la figura de l'adult per acompanyar i possibilitar l'establiment de vincles significatius; com també que se'ls reconegués el paper d'agents del seu propi desenvolupament, amb força física i psíquica i amb potencial per a superar la seva situació de vulnerabilitat i construir-se un futur millor.

Les mateixes, Obando, Villalobos, Arango (2010) van portar a terme una altra investigació en el 2007-2008 titulada *Elementos resilientes en niños en situación de abandono*, que era una proposta d'intervenció clínica i psicològica tenint com a referent el conte de Hansel i Gretel, i es va portar a terme amb un grup de 30 nens i nenes en condició d'adoptabilitat de quatre centres d'acollida de la ciutat de Cali (Colòmbia). Es tractava que, a través de la tècnica del psicodrama, els infants visquessin una experiència simbòlica d'enfrontament a situacions problemàtiques per tal de descobrir que posseïen força vital i recursos propis suficients per a superar-ho; l'objectiu terapèutic era la resignificació de la pròpia experiència, acompanyada pels professionals i així poder transformar-les en processos resilients, sent vista la resiliència com un procés psicològic en sí mateix. Consideraven que els infants, per a ser resilients, havien d'aconseguir poder ser agents actius de la seva pròpia experiència, deixar de banda el rol passiu en el que es situaven per poder arribar a assolir quatre recursos psicològics fonamentals per el seu desenvolupament: la consciència, la cognició, la ètica i la simbolització (Villalobos i Obando, 2008). Aquests quatre recursos són construïts pel propi subjecte a partir de la significació del sí mateix. En la consciència s'expressa la identitat de l'infant i en la cognició, relacionat amb la intel·ligència, és on dona sentit i organitza la seva experiència. Finalment en les seves conclusions deien que el procés resilient s'inicia de

forma endògena al subjecte, utilitzant els recursos propis per resignificar i buscant alternatives a les situacions problemàtiques, tot i que, cal també l'ajuda del medi per a poder ser resilients.

Aquest article planteja diversos punts interessants, dels quals destaquem dos: la percepció que es té de l'individu, és a dir, la visió de l'infant com agent del propi canvi, i que és capaç de fer front i superar les adversitats viscudes; i també el propòsit de canviar la mirada de les polítiques de protecció de menors, que no donin per perdut l'infant vulnerable, que confiïn en el seu potencial, intentant motivar-lo per a fer possible un canvi, superant les dificultats i lluitant per a un futur millor.

Altres autors estudien la resiliència en infants adolescents de centres d'acollida són Rua i Andreu (2011), comentats en el capítol anterior, on es parla dels instruments d'avaluació de la Resiliència. Aquests autors validen l'*Escala de Resiliència (RS)* de Wagnild i Young (1993) en una població d'adolescents portuguesos d'entre 12 i 18 anys (N=380). Dels quals 46 eren adolescents que vivien en centres d'acollida per infants i adolescents víctimes de maltractes per part dels seus pares, anomenat Grup II, la resta de la mostra era el Grup I, població normativa. Rua i Andreu (2011) en els seus resultats van veure que existien diferències estadísticament significatives en relació al nivell de resiliència entre el Grup I i Grup II amb una $p=0,009$, és a dir, $p<0,01$, sent més alta la resiliència en el Grup I que no pas en el GrupII, que eren aquells infants que havien patit maltractes.

Un altre autor que estudia la relació entre la resiliència i l'adopció és Toby Buchanan (2008), que investiga la variable de la resiliència familiar i la seva influència en l'adaptació dels infants adoptats internacionalment. Buchanan destaca respecte d'altres estudis perquè utilitza un test per avaluar la resiliència familiar, el FRAS (*Family Resilience Assessment Scale*), realitzat per Meggen Sixbey en el 2005, el qual anteriorment no s'havia utilitzat en aquest àmbit. Aquest estudi és similar al nostre en el sentit que s'utilitza una eina d'avaluació específica de la resiliència que no s'havia utilitzat abans -en el nostre cas en població espanyola, però amb la diferència que nosaltres no avaluem la resiliència familiar si no la individual-. Els dos estudis però utilitzen el mateix model sistèmic basat en promoure la resiliència realitzat per Froma Walsh (2004), per a les intervencions terapèutiques en adopció.

Concretament, Walsh desenvolupa un marc teòric per a desenvolupar la resiliència familiar que és la base del model d'intervenció que explicarem en el capítol 6, i que pensem que és una eina molt útil per la pràctica clínica. Aquest model optimitza

el funcionament de la família en moments de crisi i actua de suport i/o mecanisme de protecció d'aquesta. Walsh es basa en la intervenció de tres àrees concretes: les creences familiars, l'organització familiar i la comunicació entre els membres de la família. Dins d'aquests tres principals eixos hi ha unes subcategories com serien: donar sentit a l'adversitat, mirada positiva, espiritualitat, flexibilitat, connectivitat, recursos socials i econòmics, claredat comunicativa, expressió emocional i resolució de problemes de forma conjunta, destaquem els dos últims per la seva importància i, fins i tot, del darrer en fem una àrea pròpia dins els nostre model d'intervenció. Totes elles destaquen com a punts importants per fomentar la resiliència dels components de la família i tot el seu sistema, i per això, considerem que són una guia molt encertada per tal de millorar tota intervenció terapèutica amb famílies i són molt presents en la nostra pràctica clínica.

Anteriorment, molts investigadors s'havien centrat només en la influència de les persones del nucli familiar, mare o pare, sense tenir en compte la família extensa o altres persones significatives. Ara però la visió és més amplia, ja que sabem que els nens que són resilents busquen algun recolzament en les xarxes socials més properes, encara que no els trobin amb els seus progenitors. En aquest sentit, Rutter (2006) fa referència a una investigació en adopció, en la qual s'analitzava el benefici de l'infant pel fet de ser adoptat. Els resultats van constatar que, si un nen provenia d'una família amb un ambient de baix risc social, no es podia provar que ser adoptat li fos més beneficiós que no ser-ho. Però, en canvi, si els nens en edat primerenca havien estat vivint en situació de risc social –maltractes o abusos parentals–, era de gran benefici per al benestar d'aquests ser adoptats i allunyats de l'entorn de risc. Així, aquests resultats porten a concloure que si el nen o la nena estableix un aferrament segur amb algú que li dedica atenció i el valora, com ara un familiar llunyà o un mestre, pot superar els efectes nocius de la negligència, l'abandó o el consegüent retard evolutiu patit en els primers anys.

Anteriorment, en l'estudi *English and romanian adoption study* (ERA) Rutter (1998) va analitzar el retard evolutiu de 111 nens romanesos adoptats al Regne Unit, abans dels 2 anys, que havien patit greus problemes de privacions en comparació amb un grup de 52 nens adoptats al propi país abans dels 6 mesos d'edat. A l'edat dels 4 anys van comparar les dues mostres i van veure que els nens adoptats a Romania presentaven pitjor desenvolupament físic, com també el nivell cognitiu que era de 92 versus 109 dels adoptats al Regne Unit. El resultat van destacar que el predictor del nivell cognitiu era l'edat de l'adopció i la primerenca privació de cures emocionals

(psicològiques) més que no pas les nutricionals. Més tard van ampliar l'estudi amb una mostra més gran de 165 nens adoptats a Romania abans de les 42 mesos, presentaven les mateixes característiques que en l'estudi anterior però els avaluaven quan tenien 6 anys. També ho comparaven amb un grup de 52 nens adoptats a l'UK abans dels 6 mesos i que no havien patit privacions. En aquesta recerca les variables que es mesuraven eren problemes d'aferrament, d'inatenció, dificultats emocionals, trets d'autisme, discapacitat cognitiva, dificultats amb els iguals i problemes de conducta. Aquestes eren avaluades a través d'escala dirigides als pares i professors dels nens excepte la variables cognitiva que va examinar amb el *McCarthy Scales*.

En els resultats de l'ERA no es van trobar diferències significatives entre els infants adoptats a Romania i els d'UK en les variables de problemes emocionals, dificultats amb els iguals i problemes de conducta, ja que no hi trobaven cap relació amb el temps d'institucionalització dels infants que era una de les variables que més diferenciava les dues mostres. En canvi, sí que trobaren diferències en les variables de problemes d'aferrament, d'inatenció, trets d'autisme com també en discapacitat cognitiva, que eren característiques més comunes a la mostra del adoptats a Romania. A més van trobar que aquestes variables tenien relació amb l'edat de l'adopció de l'infant, sent més alt el percentatge d'aquests problemes en els nens que van marxar de Romania més grans, és a dir, que van patir un període d'institucionalització més llarg. D'altra banda els infants que van marxar de Romania quan tenien 2 anys ja no presentaven la major part de les característiques problemàtiques quan tenien 6 anys. En relació a la capacitat cognitiva i l'impacte de l'adopció en aquesta, alguns adoptats de Romania van arribar amb un coeficient al voltant de 50, el que seria una puntuació molt inferior en relació a la mitjana de la població i aniria associada a una discapacitat cognitiva, però alguns quan van arribar als 11 anys podien haver superat una puntuació de 90, que ja es consideraria dins el rang de la normalitat respecte la població general de la seva edat. La conclusió més important que Rutter va concloure en el seu estudi és el paper decisiu que té un període llarg de deprivació institucional, i el caràcter nociu d'aquest en el desenvolupament de l'infant adoptat.

Destaquem aquests estudis de Rutter no només per la seva rellevància en adopció sinó perquè és un referent del lligam entre resiliència i adopció. És considerat un dels principals experts en Resiliència però que, a més, ha realitzat destacades investigacions a l'entorn de l'adopció, com la dels infants adoptats a Romania que havien patit greus privacions i que hem comentat anteriorment (Rutter, 1998, 2001,

2004). Per això és citat en molts articles d'adopció, ja que és una manera que tenen alguns autors de parlar de resiliència com un apunt però sense aprofundir en la temàtica. Com és el cas de Van den Dries, *et al.*, (2009), que citen a Rutter (1990) i Werner (2000) per remarcar el paper de l'adopció com a mitgadora dels factors de risc com són les deprivacions anteriors, l'acumulació dels quals interfereixen negativament en el desenvolupament òptim de l'infant. Metres que l'adopció seria la que aporta els factors protectors, cures parentals i necessitats bàsiques cobertes, que haurien de fomentar els factors resilents de l'infant.

Cal fer esment als estudis neurobiològics a l'entorn de la institucionalització dels infants conclouent que l'exposició a ambients amb un índex alt d'estrès –que generen la producció de cortisol– influencien directament amb el desenvolupament cerebral i problemes de vinculació, que pot ser la causa dels endarreriments cognitius com socioemocionals (Rutter, 2005, 2006). Concretament, recordem a Cicchetti i Curtis, (2005) que diuen que l'estrès afecta a l'àrea de l'amígdala, que està relacionada amb la regulació de les experiències emocionals i la possibilitat d'establir vincles futurs. Ambdós acostumen a ser objectius de tractament amb els infants adoptats i, per això, n'hem parlat al llarg dels capítols anteriors.

A nivell teòric destaquem de nou Friedlander (2003) que fa una revisió de certs autors que parlen d'adopció, però destaca tres vessants fonamentals per tenir molt present: la variabilitat de l'experiència adoptiva, la resiliència i el context social, que estan interrelacionades i influencien en el procés adoptiu. Al mateix temps que aprofundeix en aquests tres temes relacionats amb l'adopció fa recomanacions pràctiques pels terapeutes que treballen amb infants adoptats i les seves famílies. Concretament descriu un terapeuta que no només ha de ser empàtic amb els seus pacients, pel seu patiment, trauma, ràbia..., que han viscut en el passat, i se'ls ha d'ajudar a poder-ho situar en el passat sense oblidar-ho, com explica molt bé Cyrulnik (2002). Friedlander explica que per ajudar-los cal entendre allò que han viscut, que van decidir per a ells el fet de ser adoptats, com també el canvi d'identitat, els grans buits de la seva història preadoptiva, i que aquesta els fa ser diferents quan l'únic que voldrien és ser iguals als altres. Pel que fa al context social, destaca la família com a fonamental, i per això creu que la intervenció sistèmica és la idònia per enfortir l'aliança i vincle entre els pares i fills. Sense oblidar les dificultats que es sumen en les famílies amb un fill d'ètnia diferent i la importància de la construcció de la identitat ètnica.

Rosnati (2014), experta en la construcció de la identitat ètnica, afirma que els terapeutes especialistes d'adopció han de tenir present variables com estrès, afrontament, aferrament pares-fills, assimilació cultural i promoure una bona adaptació, una autoestima saludable, per això, cal poder promoure la resiliència. És més la resiliència com a factor preventiu per a un llarg període d'estabilitat i salut mental i emocional, el que repercuteix en el benestar psicològic. A més, fa una crítica a tots els investigadors en adopció que realitzen recerques molt interessants però sense parlar de la resiliència en els nens i nenes adoptats. Com també que aquells que estudien una gran quantitat de tractaments per la salut mental dels infants obliden potser de mencionar els problemes metodològics que existeixen per a l'aplicació pràctica dels professionals. Cal seguir defensant la necessitat d'apropar la teoria amb la pràctica tant com sigui possible.

Així doncs, un cop hem revisat la major part dels estudis a l'entorn dels dos paràmetres que ens ocupen, la resiliència i l'adopció, podem afirmar que hi ha una relació entre les dues i l'adaptació dels infants. A més a més, considerem que fomentar la resiliència dels infants adoptats afavoreix l'adaptació d'aquests a les seves famílies adoptives. S'han realitzat estudis on comparaven l'adaptació dels nens i nenes adoptats dels no adoptats, com el que Palacios i Brodzinsky (2010) citen de Singer, Brodzinsky, Ramsay, Steir i Waters (1985) que estudien els primers anys dels infants com també Borders, Black i Pasley (1998) que es centren en la infància i adolescència. Aquests autors entre d'altres conclouen que els infants adoptats tenen un major risc de patir dificultats d'adaptació que no pas els no adoptats. Degut a aquest interès creixent a l'entorn de l'adaptació dels infants, es van portar a terme diversos estudis longitudinals sobre l'adaptació dels infants adoptats, el que es va realitzar a Europa va ser el de Bohman (1970) i el de Bohman i Sigvardsson (1990), que van concretar que les diferències en l'adaptació dels infants adoptats en contraposició als no adoptats es centren en els períodes de la infància i inici de l'adolescència, en canvi, no existeixen diferències en l'etapa tardana de l'adolescència i primerenca de l'adulthood, és a dir, que els processos resilents segurament són possibles més tard en la vida dels infants, quan arriben a finals de l'adolescència. Aquests estudis són un exemple de com l'adopció és un factor protector en sí mateixa, perquè veiem que hi ha una adaptació final, però què podem fer per ajudar a què l'adaptació es produeixi el més abans possible? A l'etapa de la infantesa s'haurien de posar les mesures necessàries per a facilitar l'adaptació del nens i nenes adoptats a les seves famílies, amb això es fa més evident la necessitat

d'intervenir amb programes que potenciïn la resiliència en etapes primerenques després de l'adopció.

El juny de 2012 es va realitzar el 1er Congrés Mundial sobre Resiliència, a París, del qual es va publicar un recull d'articles i un d'ells es va centrar en l'acolliment d'adolescents i les seves famílies. En aquest article, Villalba, León, Muñoz, Jiménez i Zabala (2014) destaquen la importància d'identificar i estudiar l'adaptació positiva dels infants i adolescents d'acollida davant de les adversitats, a través de l'avaluació de la resiliència. Concretament l'estudi constà d'un grup de 189 famílies d'acollida d'Andalusia. La mostra era heterogènia: 44% de les famílies eren oncles i el 56% eren avis. Eren famílies amb suport social, i els problemes dels adolescents estaven situats només una mica per sobre de la normalitat però havien patit grans adversitats en el passat i encara presentaven dificultats de comunicació lligades a les experiències anteriors viscudes. Tot i això, el clima emocional dins la família era positiu, només un petit grup presentava un alt nivell d'estrès. Eren eliminats de la mostra els casos que presentaven un *handicap* sever, físic, psíquic o sensorial, com en el nostre estudi, ja que no serien fiables els resultats de l'avaluació de la resiliència. Villalba *et al.* (2014) classifiquen els resultats en 4 dimensions de la resiliència: Motivació, Reconeixement d'emocions, Competències Interpersonals, Capacitat interpersonal i prosocial (Empatia). Aquestes són avaluades a través de diferents escales, l'AVE: *Esdeveniments Vitals Estressants* (Oliva, Jiménez, Parra i Sánchez Ojeda, 2008), *Échelle de satisfaction de vie* (Huebner, 1991), *Ce que je suis* (Harter, 1995), *Attachement au groupe d'amis* (Armsden i Greenberg, 1987). En els resultats de la 2^a dimensió es va obtenir que el reconeixement i expressió de les emocions eren bàsiques per a una millor adaptació dels adolescents amb les seves famílies d'acollida, com també que hi ha una correlació significativa entre els esdeveniments estressants viscuts i la possibilitat d'expressar les emocions.

Així doncs, veiem com destacar la importància de les emocions i l'afecte dins de la relació família-infant adoptat és una característica comuna dels estudis en adopció, Cyrulnik deia (2009) que l'afectivitat i el sentit que donem a les coses són qui ens permet definir la resiliència (pag.67). En la 3^a dimensió de l'estudi trobaven que hi havia una relació positiva entre vincle amb els amics i competències interpersonals dels adolescents, com també en la 4^a dimensió la relació entre l'empatia i comportament prosocial dels mateixos; a més, detectaven una millora de l'autoestima i la satisfacció de la vida. Per a la resiliència aquests resultats són molt rellevants ja que coincideixen amb

alguna de les característiques descrites pels experts com Salgado (2005) que també destaca l'autoestima, la empatia i la importància del context social com a característiques importants que haurien de poder treballar-se des de la infància, i així un cop arribat a l'adolescència ja tindrien una base d'aquestes i se seguirien afiançant. Cyrulnik justifica el comentari anterior afegint que els adolescents que assoleixen aquests resultats és degut a un bon vincle i clima afectiu durant la infància.

Aquests resultats són rellevants per a la recerca sobre adopció ja que els nens adoptats sovint han patit, a l'inici de la seva vida, les conseqüències dels actes negligents d'aquells que se n'havien d'haver cuidat o també han estat orfes, per la mort dels pares o catàstrofes naturals, el que comporta la criança perllongada en una institució i, en moltes ocasions, deriva en un retard (Brodzinsky i Schechter, 1990; Brodzinsky, Schechter i Marantz Henig, 2002; i Palacios, 2005). És doncs important detectar de forma precoç les situacions d'abús i/o carencials pels infants per tal d'evitar l'acumulació de situacions adverses. El fet que els pares adoptius puguin establir un aferrament segur amb el seu fill i desenvolupar la tasca de «tutors de resiliència» (Cyrulnik, 2002,), és la millor base des de la qual el fill podrà començar a recuperar-se de l'adversitat viscuda amb anterioritat. Però per aconseguir-ho caldria fer més formació prèvia dels factors que fomenten la resiliència com també una intervenció primerenca.

Altres estudis com el de la psicòloga Fritzhardinge (2008), comentat anteriorment, són un exemple de com podem propiciar el desenvolupament de la resiliència a través d'un grup, un grup d'infants adoptats. En l'estudi s'analitza les narratives d'un grup de noies adoptades, a les quals se'ls va proposar fer la seva pròpia pel·lícula on poguessin parlar de les seves històries prèvies, juntament amb les altres. Tant sols, el fet de tenir la possibilitat de poder compartir la seva història amb les altres noies adoptades, iguals que elles, les va beneficiar enormement i va enriquir la narrativa de totes elles. Concretament l'autora destaca tres aspectes d'aquest grup resilient que es veuen reflectits en les seves narratives: a) l'habilitat de reflexionar sobre un mateix i els altres, b) sentir que podem influenciar en les quotidianes i futures circumstàncies, i c) reconèixer la importància de les relacions socials amb els altres. Així doncs, veiem en aquest autor la importància de l'entorn i les relacions que s'estableixen amb els altres, com també el sentiment de pensar que tinc influència amb el que passa i per tant també puc canviar la situació cap a millor, perquè depèn de mi, aquest sentiment de control és cabdal per la resiliència, ja que dóna cabuda a la possibilitat de canvi.

Sintetitzant, segons Walsh (2004) en resiliència és important la noció de sanació, entesa com el moment de convertir-se en un ser íntegre, capaç d'adaptar-se i compensar les pèrdues estructurals i funcionals. Aquesta és el resultat d'un procés intern de la persona, la família i la comunitat. La teràpia basada en la resiliència promou en la gent creure en les seves possibilitats de regeneració per tal de facilitar la sanació (curació) i creixement saludable, veure's com agent actiu de canvi. Però cal motivar a la xarxa de relacions familiars de que es disposa per a convertir-se en un entorn sanador. És a dir, cal abandonar els problemes i les acusacions personalitzades per concentrar-se en curar les ferides interpersonals i esforçar-se per millorar les coses (p. 123). Seguint a autors experts en resiliència familiar com Walsh, i responent a la necessitat de millorar les intervencions en la població adoptiva, especialment en l'etapa de la infantesa, ens decidim a desenvolupar un model d'intervenció en resiliència i el qual descriurem a continuació.

**6. INTERVENCIÓ EN POSTADOPCIÓ:
UNA PROPOSTA INTEGRADORA PER AL FOMENT
DE LA RESILIÈNCIA EN FAMÍLIES ADOPTIVES**

6.1. La psicoteràpia en adopció

A mesura que hem anat avançant en la nostra investigació a l'entorn de la resiliència i adopció, tenint com a objectiu final millorar la pràctica clínica, emergeix una necessitat de dissenyar un programa d'intervenció per a fomentar la capacitat resilient dels nens adoptats. Augmentant l'interès per emprar eines d'avaluació més específiques, com el test IRI (*Inventario de Resiliencia Infantil*), eina fonamental per avaluar el nivell inicial de resiliència del qual partim i veure el nivell final per comprovar quin èxit té la intervenció realitzada.

Cal destacar que un dels objectius més actuals de la investigació sobre resiliència és el que descriu Salgado com “la formació de persones socialment competents que tinguin consciència de la seva identitat, que puguin prendre decisions, establir metes i creure en un futur millor, satisfer les necessitats bàsiques d'afecte, relació, respecte, objectius, poder i significat, constituint-se en persones productives, felices i saludables” (Salgado, 2005b, p. 1). Degut al fet que es tractaria d'un procés que hauria de començar des de la infantesa, el concepte de resiliència va començar a utilitzar-se aplicat a infants i adolescents.

Un dels experts més reconeguts en l'estudi de les conseqüències en els infants pel fet d'haver estat investigant en orfenats és Rygaard (2008), que va participar en el projecte *The Orphanage attachment education o el Fair Start Project* (Rygaard, 2011); originàriament dissenyat en la *European Commissions Leonardo Division Project*, i que funciona des del 2008. L'objectiu principal d'aquest projecte és posar a l'abast dels professionals dels orfenats i les famílies d'acollida programes educatius gratuïts (online), considerant que molts dels cuidadors provenien de nivells socioeducatius baixos i sense formació; es volia millorar les cures i qualitat de les atencions que rebien els infants institucionalitzats. La seva metodologia consistia en què un grup de científics experts aportaven la teoria, la qual intenta promoure la formació, en pautes d'intervenció, als treballadors dels centres de menors, per tal de fomentar el vincle amb els nens i nenes que hi vivien. La base del programa combinava coneixements bàsics de la teoria de l'aferrament, com de la importància de l'estimulació per al desenvolupament cerebral, i també un entrenament en interacció social i en identitat grupal; les sessions es repartien en dues: lectives *in situ* i pràctiques, com anàlisi de vídeos per analitzar l'aplicació pràctica dels coneixements apresos. Els resultats

obtinguts mostraven una major motivació i implicació dels cuidadors en la seva feina, com una millora i avenç de les cures als infants i de retruc un millor desenvolupament d'aquests. Podem afirmar que aquest projecte és un dels treballs més importants a nivell europeu pel que fa a la prevenció i futura adaptació dels infants adoptats a les seves famílies, degut a què la intervenció es fa als treballadors de les institucions.

Després del recorregut teòric al voltant de la resiliència i els infants adoptats, quin seria el model d'intervenció en adopció que proposaríem a nivell terapèutic?. Doncs un model d'intervenció en postadopció, fonamentat en el constructivisme relacional (Botella, Herrero, Pacheco i Corbella, 2004), integrador, interdisciplinari i centrat en la relació, que emfatitza els processos referits a la construcció de la identitat i que subratlla la funció reparadora de la parentalitat adoptiva a través, entre d'altres processos, del foment de la resiliència (Pacheco *et al.*, 2012). Una teràpia basada en aquesta incentiva a les persones en creure en les pròpies possibilitats de regeneració per tal de facilitar un creixement saludable. Però, com afirma Walsh (2004), per a què sigui un aprenentatge perdurable és necessari que l'experiència s'adeqüi a un sistema de creences promotor de l'autonomia, i reforçat per les estructures socials més generals. A més, cal tenir en compte la resistència al canvi que podem trobar quan treballem amb famílies, i especialment en les famílies adoptives que ja han viscut moltes avaluacions, sentint-se avaluats, mentre que les biològiques no les han hagut d'experimentar. Qualsevol canvi és alarmant per tota família adoptiva ja que tenen por de perdre el control i empitjorar la situació difícil a més d'estressant que viuen. De fet, aquesta por al desconegut genera més angoixa que les penúries que estan vivint en el present, ja que aquestes almenys són conegudes.

Per tal de gestionar aquest aspecte en teràpia fomentem una col·laboració mútua entre família adoptiva, tenint present que la família ha de sentir que porta el control del procés terapèutic. Això permet que la família no senti que es desorganitza o perd el control, en el procés terapèutic poden reorganitzar-se d'una manera més flexible per a possibilitar l'adaptació després d'una situació de crisi i/o traumàtica. A nivell teòric, basem la intervenció en la integració de models compatibles epistemològicament amb el constructivisme com són: el Model Sistèmic, el Model de la Resiliència Familiar (Walsh, 2004), la Resiliència Psicosocial (Rutter, 1987, 2006), la Teràpia Narrativa (White i Epston, 1990) i la Psicologia Positiva (Seligman, 1998).

Com ja hem comentat en els apartats anteriors, els pares poden exercir com a tutors de resiliència dels seus fills. Poden ajudar-los a veure's com agents actius de la

seva vida i fomentar la resiliència a partir de potenciar els components principals d'aquesta: l'autoestima, l'autonomia, la creativitat, l'empatia, sentit de l'humor, la cohesió amb els demés, recolzament social i processos de comunicació adequats dintre de la família. Donat que la família ha de ser una de les principals fonts de resiliència és necessari que pugui donar significat a la adversitat viscuda pel nen de manera que aquesta pugui ser teixida dins les narratives familiars i reconstruïda de manera adaptativa (Solórzano, Pacheco i Virgili, 2010).

Barudy i Dantagnan (2005) expliquen que el millor estil educatiu és aquell que es centra en les necessitats dels nens (parentalitat social), exercint una autoritat afectuosa basada en l'empatia i en el respecte mutu. Com en el seu *Modelo educativo bientratante y eficaz*, descriuen que els adults assumeixen ser fonts de nutrició, comunicació, i de control dels seus fills. Acaben dient que els nens i nenes ben tractats “són capaços de resistir a les estratègies d'alienació del pensament violent i abusador” (Barudy i Dantagnan, 2005, p. 93) i això ens porta a reafirmar la necessitat de centrar-se especialment en el vincle parental quan portem a terme una teràpia amb l'infant adoptat i la seva família adoptiva.

Cyrułnik (2009), arrel del seu estudi psicoafectiu i relacional de la infància com també els símptomes que sorgeixen en la vida adulta com a conseqüència de la infantesa, intenta mobilitzar l'enfoc dels clínics cap aquelles persones que no reproduïxen pas els problemes que s'havien manifestat en generacions precedents, és a dir, les persones resilents. Sorgeix un interès creixent pels professionals dels camps mèdics, psicològics i sociòlegs pel terme resiliència, especialment per les teràpies més adequades per fomentar aquesta. Michel Maestre juntament amb Mony Elkaïm (2009), estudiosos amb Cyrułnik de la resiliència, destaquen la teràpia sistèmica com la que afavoreix més la resiliència, ja que integra la lectura de les problemàtiques dels pacients i la intervenció idònia a través d'una aproximació global i multifactorial. En general, troben que hi ha una manca del concepte de la resiliència per donar cabuda a tot el que abasteix una teràpia. I seguint amb aquesta idea, Maestre afegeix un terme terapèutic relacionat amb la Resiliència, la ressonància, entesa com el procés d'escolta de les emocions del pacient o la família. Explicant que entre ressonància i resiliència les emocions s'harmonitzen. En efecte, si el treball a partir de les ressonàncies situa al terapeuta en el camp de les emocions, el desenvolupament d'un context de resiliència pertany igualment al món de les representacions afectives (pag.19).

De fet, en totes les intervencions terapèutiques basades en la resiliència ens consta que el treball amb les emocions és molt important. Dins aquesta part fonamental de la intervenció estaria la regulació emocional dels infants adoptats descrita en el capítol 2 (punt 2.1.1.) del nostre treball, una característica comuna a la major part de la població adoptiva. Però per afegir com s'intervé, amb ajuda de la família adoptiva i del propi infant, caldria destacar la importància d'aprendre a fer una pausa just en el moment que sentim la tensió emocional, pas previ a la resposta o explosió emocional. Molts autors afirmen el paper decisiu que tenen les habilitats emocionals per a desenvolupament personal, especialment treballant-ho des de la infància (Pere Dader, 2002; Coan i Allen, 2003; Downing, 2004; Jódar, 2013). Algunes estratègies de regulació que el terapeuta proposaria podrien ser l'expressió verbal del que et passa, la reestructuració cognitiva, tècniques de relaxació, tècniques d'expressió corporal o artística, exercici físic, distracció, entre d'altres.

Aquests autors coincideixen amb Walsh (2004) en considerar la família com a element principal facilitador de la resiliència dels infants. Anteriorment hem parlat de la importància de construir una identitat familiar, que el fill adoptiu comparteixi interessos amb altres membres de la família i que els pares ho fomentin, per tal de generar un sentiment de pertinença del nen/a a la família adoptiva, a partir de la cooperació i la similitud percebuda entre ells (Pacheco i Boadas, 2011).

Quan sorgeixen moltes dificultats a nivell conductual en els nens/es adoptats acostumen a tenir relació amb la desregulació emocional que pateixen, que pot venir donada per diferents factors, un d'ells pot ser els problemes de vinculació entre l'infant i els pares adoptius, com també la manca de referents i d'un aferrament segur abans de l'adopció. Per treballar el vincle en nens adoptats s'han intentat posar en pràctica alguns programes d'intervenció com el de Kasprzak (1999), en els quals s'intenta iniciar de nou el cicle del vincle dels infants adoptats i millorar la intervenció i la relació pares-fills. També s'ha de tenir en compte la vulnerabilitat emocional d'aquests infants, ja que com diu Jódar (2013), les emocions primàries ens fan vulnerables per què connectem amb experiències del passat. Així doncs, s'haurà de treballar tres aspectes per millorar la gestió emocional en els infants adoptats, ajudant-los a: 1. consciència emocional, conèixer les pròpies emocions i saber identificar-les. 2. saber expressar les emocions i finalment, 3. poder aconseguir una regulació emocional, i l'estabilitat emocional que en conjunt aquestes tres m'aporten.

És doncs una realitat palpable l'interès creixent de molts investigadors i professionals d'adopció en millorar la pràctica clínica, com és el cas del monogràfic coordinat per Montse Freixa (2007) en la destacada revista del *Anuario de Psicología* on destaca la necessitat de millorar la intervenció en Postadopció, com els recursos que s'hi destinen tenint en compte que l'adopció és per tota la vida.

Seguint el mateix objectiu s'han creat programes enfocats a atendre les necessitats del període postadoptiu, com el Programa *Video Interaction Guide* del grup VIA, realitzat a Holanda (Siebinga, 2008). Aquests parteixen de la base que els infants han patit desatenció i per això produeixen senyals de vinculació dèbils i poc clares; això genera que els propis pares els hi costi donar resposta, i, a vegades, la que li donen no ajuda al seu fill a poder sentir-se ni segur ni més tranquil. Es tracta doncs d'analitzar la relació pares-fills per ajudar als primers a entendre el progrés de la vinculació del seu fill i de la seva confiança i donar pautes de com reforçar les respostes positives i responsives (Berástegui, 2010). En la mateixa línia trobem el *Ontario's maternal Newborn and Early Child Development Resource Centre*, que ajuden a les famílies en la cria dels seus fills des de l'embaràs fins la primera infància (vegeu www.beststart.org).

Existeixen altres programes coneguts però per fomentar la resiliència com: el *Penn Resilience Programme* (Seligman, 1995), originari de l'*UK Resilience Programme*. Aquest es centra en 6 dimensions: Autoestima, Motivació, Clima Social, Confiança en allò que pots fer i Actitud positiva. També existeix *The Resiliency Resource Centre* que ha desenvolupat un programa de resiliència per a infants de diferents escoles de Primària a Austràlia, des de la fundació *Embrace the Future*. Amb aquests programes es milloren les polítiques escolars en la pràctica i el currículum escolar amb el qual es pretén promoure la resiliència com també millorar la salut mental dels infants (Vegeu més informació en www.embracethefuture.org.au/resiliency).

En general, cal protegir en tot moment als infants, fins i tot en l'inici del procés terapèutic, i l'acompanyament d'aquest per contrarestar els efectes iatrogènics de les intervencions de protecció anteriors, Barudy i Dantagnan (2005) proposen els següents passos o aspectes que s'han de tenir en compte: la detecció precoç del maltractament infantil, acurar el diagnòstic de l'infant i un cop es decideixi la mesura d'intervenció que s'aplica que hi hagi un acompanyament. És doncs una balança entre reduir els factors de risc i potenciar els factors protectors, i existeixen models en els que es considera la interacció d'aquests dos factors. Narita Nika Flagler diferencia dos models:

el **model acumulatiu**, el qual explicaria el procés de la resiliència com la suma de factors protectors que fan possible la resiliència, com també el contrari amb els factors de risc, anar restant-los per a disminuir seu impacte negatiu segons la llei de causa i efecte; o el **model interactiu** segons el qual entren en joc els factors protectors per a immunitzar o fer un coixí a les persones per estar protegits dels factors de risc que sempre poden aparèixer.

És de vital importància dissenyar intervencions eficaces per ajudar als pares a enfrontar-se a les dificultats que sorgeixen en la adaptació i així poder acomplir l'objectiu de l'adopció: donar una família a un nen/a que garanteixi el seu desenvolupament adequat (Berástegui, 2013).

Alguns experts en adopció plantegen algunes claus i recursos terapèutics per als infants tenint en compte la resiliència, com és el cas de Javier Múgica (2010), que considera que la interacció de 3 factors com el temperament personal, la significació cultural i el suport i recursos socials són claus per resoldre bona part de les seqüeles del abandó. Aquest mateix autor ens explica l'existència d'un programa social per a famílies adoptives que s'anomena ADOPTIA, d'Agintzari realitzat pel *Servicio de Atención Psicosocial* de Bilbao. Concretament són un seria de guies per a professionals enfocades a la intervenció en postadopció, la segona d'elles està dedicada a entendre i comprendre les dinàmiques individuals, familiars i socials que l'adopció assenjala en l'experiència de l'alumnat adoptat, deixant com a mostra, en alguns casos, dificultats en els aprenentatges entre d'altres (Múgica, 2006; 2008).

Actualment, emergeixen alguns manuals sobre resiliència en infants i adolescents adoptats, que donen pautes per poder promoure-la, com és el cas del llibre *Promoting Resilience*, publicat per la *British Association for Adoption & Fostering* (BAAF, 2009). Com també, el *Manual de resiliencia aplicada* de Puig i Rubio (2011), o d'anteriors a aquests com el *Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes*, realitzat per Munist, Santos, Suárez Ojeda, Grotberg *et al.* (1998). D'aquest mateix autor, es coneix la *Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*, que consta principalment del seu model “*I have, I am, I can*”, utilitzant exemples pràctics del seu *International Resilience Project*. Com també l'estudi fet per Obando, Villalobos i Arango (2010) anomenat *Elementos resilientes en niños en situación de abandono*, destinada aquells infants que són abandonats als carrers de Colòmbia, que utilitzaven la tècnica del psicodrama com a manera principal per a promoure característiques resilients en els menors.

En tota intervenció en adopció, caldria poder assessorar inicialment a les famílies en certs aspectes decisius per afavorir l'adaptació de l'infant adoptat, com és el cas de l'escolarització tardana. És fonamental que no es precipitin a inscriure al seu fill a una escola al poc temps d'arribar, els experts recomanen que al menys es retardi un any en la mesura del possible. Tot i les segons els professionals de l'adopció, en els seguiments postadoptius, segons Sallés (2010), un 62% dels infants adoptats són escolaritzats abans que passin 6 mesos d'ençà de la seva arribada, a més, un 60% de les famílies fan una valoració satisfactòria de l'adaptació escolar i un 27% reconeix haver tingut problemes a l'inici de l'escolarització però que ja estaven resolts. Només un 2% no havia superat les dificultats en el moment del seguiment. Es considera que els pares sobrevaloren la capacitat d'adaptació real dels seus fills, són dades a tenir en compte en el procés de la intervenció en postadopció.

Tanmateix, pels que treballem amb els nens i nenes adoptats juntament amb les seves famílies, destaquem les guies o consells per a la intervenció psicològica del foment d'habilitats pròpies de la Teoria de la ment, específics pels pares, realitzat per Corbella (2008) i que consta de 10 punts que esmentem a continuació:

1. Reaccionar a les crides d'atenció de l'infant adoptat, ja que és necessari per a poder construir una relació de seguretat entre els pares i els fills. Aquesta estratègia permet poder fomentar un posicionament adaptatiu actiu, ja comentat anteriorment, que permetrà una millor adaptació i regulació de l'infant.
2. Comprendre les conductes del nen o nena. Cal trobar respostes a les diferents conductes que presenta al arribar, problemàtiques i no, ja que tenen a veure amb el que ha viscut prèviament i segurament eren funcionals en aquell moment.
3. Expressar verbalment estats mentals. Als infants els hi són molt necessaris per aprendre com es senten els que els envolten.
4. Mostrar interès pels estats mentals dels altres, especialment del fill. Conèixer els estats mentals que guien les accions dels altres ajuda als infants a poder fer prediccions i entendre millor les interaccions entre les persones.
5. Mostrar l'afecte als altres amb l'expressió verbal de l'estat emocional. El posar paraules al que sentim per l'altre, acompanyat de l'expressió corporal, fa que l'infant li sigui més fàcil entendre-ho.

6. Relacionat amb l'anterior, estimular a què els nens puguin per mimetisme posar en pràctica l'expressió de les pròpies emocions. El fet mateix de poder compartir el que senten no només els produeix satisfacció sinó que els facilita la relació i comprensió amb els altres.
7. Expressió verbal de la reflexió sobre l'anticipació de la conducta de l'altre. Amb més complexitat que els anteriors seria poder reflexionar sobre els estats mentals i emocionals, propis i dels altres, per tal d'interpretar una situació concreta i poder predir en un futur noves situacions.
8. Fomentar la interacció cooperativa entre pares i fills, com a través del joc amb els fills on es poden practicar alguns dels punts anteriors.
9. Potenciar les conductes físiques i verbals adequades, és a dir, reforçant positivament totes aquelles conductes que vulguem que es mantinguin.
10. Trobar un equilibri entre flexibilitat i fermesa, prestant atenció a les conductes i estats mentals de l'infant (citat a Corbella i Gómez, 2010).

No obstant això, caldria tenir en compte algunes eines d'avaluació complementàries com els tests existents per a famílies adoptives relacionats amb els estils de vida com: "*Las familias adoptivas y sus estilos de vida*" (Rodríguez i González, 2014), entre altres. O també per avaluar l'estrès familiar en famílies adoptives el FRAS (*Family Resilience Assessment Scale*), realitzat per Meggen Sixbey (2005). Són un exemple de tests que podem emprar en la pràctica clínica amb adopció, que ens poden orientar a determinar un pla terapèutic més específic per a cada família, millorant així la qualitat de la nostra intervenció. Barudy (2010) fa un *Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*, ja esmentat, on utilitza com a eina fonamental en intervenció en famílies l'EVA (Evaluación del Apego Adulto), que originàriament ve del AAI (Adult Attachment Interview), que Mary Main va crear arrel de la investigació de la situació estranya citat pel mateix Barudy en el seu llibre.

6.2. Programa d'intervenció

Partint dels supòsits epistemològics del constructivisme relacional segons els quals els individus s'orienten proactivament cap a la recerca de significat de la seva experiència en el món per intentar comprendre i construir-se com a persones (Corbella, 2005) proposem un programa d'intervenció per a la població infantil adoptada, una proposta integradora per al foment de la resiliència. Tenint en compte que la nostra investigació té l'objectiu de ser aplicada en l'àmbit dels serveis Postadoptius, CDIAP (Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç), CSMIJ (Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil) o altres centres d'atenció psicològica a infants adoptats. Aquest programa d'intervenció es centra en 5 objectius generals per tal de fer possible l'increment de la resiliència:

- Promoure les 5 característiques de la resiliència: l'Autoestima, Connexió [inter]Personal (humor, empatia) i Proactivitat (creativitat, autonomia).
- Potenciar una identitat familiar positiva.
- Fomentar un vincle segur.
- Fomentar la cohesió i cooperació familiar.
- Intervenir tenint en compte tots els membres de la família.

Hem delimitat en aquests 5 punts els objectius generals que hauria d'englobar una intervenció terapèutica a través de la teràpia familiar, però estem d'acord amb Delage (2010) que les ajudes terapèutiques no són en absolut suficients per aconseguir que s'iniciï un procés de resiliència ni individual ni familiar. Només són elements capaços de reduir els factors de risc i les vulnerabilitats i d'oferir les condicions més propícies per a desencadenar el procés de resiliència. En nombroses situacions incideixen altres elements, alguns contextuals, altres individuals i altres que tenen que veure amb l'atzar dels esdeveniments. En l'ajuda terapèutica cal definir un pla d'intervenció coherent en el qual amb freqüència es fa necessari treballar amb els subsistemes, realitzar entrevistes individuals i reunir el conjunt de la família (p. 287).

D'acord amb la idea anterior proposada per Delage, vam construir el model d'intervenció amb famílies adoptives per promoure la resiliència individual i familiar, i el vam presentar en el IV Congrés Internacional sobre Investigació en adopció, que es

va portar a terme a Bilbao al Juliol del 2013 (veieu model d'intervenció a través de la resiliència als annexes).

A pesar del xoc inicial de convertir-se en família adoptiva i l'estrès que desencadena aquest, Walsh (2004) proposa que els pares adoptius puguin acceptar i verbalitzar les pròpies limitacions i lluitar amb forces per allò que sí poden canviar, el que anomena, iniciativa activa i acceptació. La resiliència familiar requereix de la capacitat dels membres de la família d'equilibrar estabilitat i canvi quan s'enfronten a grans desafiaments (p. 129). Argumenta que la resiliència ens exigeix fer un contrabalanceig del que dominem i del que no, és a dir, el que ja no podem canviar, i a partir d'aquí, centrar tots els nostres esforços en el que sí és possible. Les capacitats resilients poden ajudar-nos a veure i afirmar punts forts familiars dels quals no n'èrem conscients o a crear-ne de nous. Per a desenvolupar la resiliència familiar, en molts casos, cal ajuda terapèutica; però el terapeuta és vist com agent de canvi i aquest és alarmant per a moltes famílies per por a perdre el control de la pròpia vida, la qual per a ells és prou difícil; cal treballar per a una forta aliança terapèutica on la família diposita la confiança en el professional que atén al seu fill i es deixa ajudar.

L'autora concreta 3 àrees bàsiques que ha de complir una família per a ser resilient: (a) tenir una sistema de creences familiars que doti de sentit l'adversitat i/o tingui una perspectiva positiva, (b) un patró d'organització familiar flexible i (c) els processos comunicatius que s'estableixen dins la família, però dins d'aquesta última hi ha una part que parla de la resolució de problemes de manera creativa, la qual nosaltres considerem com un àrea d'intervenció prou important per formar una més. De fet Karapetian i Johnson (2005), en el seu article de com promocionar la resiliència en els nens comentat anteriorment, destaca la resolució creativa de problemes com una característica resilient important. És a dir, són 4 àrees les que guien en part el nostre programa d'intervenció en famílies adoptives que hem considerat des d'una vessant narrativa, emfatitzant la dimensió temporal i els processos relacionats amb la construcció de la identitat familiar. A continuació veiem l'esquema que resumeix la intervenció realitzada com descriurem les línies generals del programa d'intervenció que plantegem.

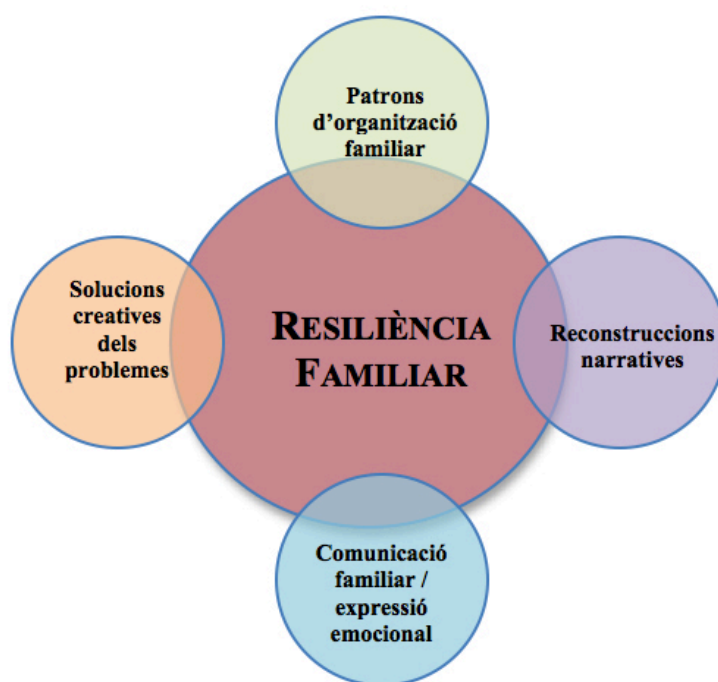


Figura. 2. Àrees d'intervenció en resiliència familiar.

Les 4 àrees d'intervenció que representem en la figura 2, engloben els punts fonamentals d'intervenció a través del foment de la Resiliència, i els hem interpretat de la següent manera:

6.2.1. El patró de funcionament familiar

El patró de funcionament que ens plantegem ha de ser flexible i que afavoreixi la creació de la identitat familiar. Consisteix en tenir **flexibilitat familiar**, és essencial establir aliances familiars i un treball en equip flexible, estar oberts a altres funcionaments familiars que en un moment determinat ens puguin ajudar, com també tenir **habilitat per adaptar-se als canvis**, que les diferents situacions socials ens poden portar, esperats o inesperats, siguin positius o negatius, poder construir una **bona connexió i cohesió familiar**, entesa com la interacció cooperativa i distesa entre pares i fills. Com també un sentit de coherència que veu la vida com quelcom raonable, manejable i significatiu, que permet poder conviure amb un estrès o repte aportant

recursos útils, el que implica un augment de la confiança entre els membres d'una família (Walsh, 2004). Tot això amb l'objectiu de construir una **identitat familiar positiva**. Segons Rosnati (2010) la identitat es construeix i es va modificant al llarg de tota la vida, i qualsevol canvi pot esdevenir una ruptura i convertir-se en una amenaça a la nostra identitat, un canvi de casa, un divorci, un abandonament, cal poder evitar que tingui un gran impacte a nivell psicològic; així doncs, és molt important treballar per aconseguir el naixement d'un sentiment de pertinença familiar. Com la mateixa autora deia, seguint la Psicologia Social i més concretament la Teoria de la identitat social, hi ha una relació entre el sentiment de pertinença a un grup i l'autoestima i el benestar de l'infant o persones que formen el sistema. En el cas de l'adopció interracial, Ferrari *et al.* (2014), en destacava l'anàlisi de com afronten els adolescents adoptats la construcció de la pròpia identitat sent d'una ètnia diferent a la dels seus pares, just en un període tant crític i difícil com l'adolescència, estudi que hem comentat anteriorment. Els autors van avaluar la identitat ètnica i el nivell d'identificació amb la cultura italiana (d'arribada), i van descriure 4 tipus diferents construcció de la identitat ètnica, sent la "duale", la que haurien d'aconseguir desenvolupar els infants adoptats, ja que és aquella que assumeix les dos identitats com a pròpies, sent un 28'5% qui la desenvolupa, amb aquesta seria possible construir una identitat familiar positiva, en canvi, s'hauria d'evitar la identitat ètnica "sospesa", ja que, nega sentir-se del país d'origen i també del d'arribada, no es sent ni d'un lloc ni d'un altre, la qual la desenvolupen un 20'99% dels adolescents, i no afavoriria la construcció de la identitat familiar.

Destacaven el fet de tenir aficions compartides i/o una mascota o símbol familiar per a contribuir en la creació de la identitat familiar. Però una altra font d'identitat familiar són els rituals, molt valuosos per assenyalar successos importants familiars, que promouen la continuïtat i el canvi, al mateix temps que ofereixen transcendència i connexió, augmentant els llaços familiars i comunitaris, que són acompanyats per uns valor familiars i de retruc la cohesió familiar cabdal per poder afavorir els processos resilients.

En les famílies saludables ha d'haver-hi un lideratge dels adults però sense abusar del poder damunt dels infants. Per a ser una família funcional l'intercanvi de beneficis és molt més freqüent que els càstigs. És doncs, feina del terapeutes ajudar a les famílies a felicitar les conductes positives i a estimular els interessos i talents dels seus fills, per tal d'aconseguir enfortir les relacions entre els membres de la família com també la competència individual i l'autoestima. Per això s'han d'establir uns límits clars

i estables per a què els infants puguin aprendre que està bé i què no, com preveure la reacció dels pares davant la seva conducta. Per tal d'aconseguir-ho cal gaudir d'una cohesió de la parella i estil educatiu compartit, o si més no compensar-se entre ells sense desautoritzar-se davant dels seus fills.

En relació amb aquesta idea, un estudi que vam portar a terme Solórzano, Pacheco i Virgili (2010), analitzàvem l'estil educatiu del pare i de la mare en relació amb el grau de resiliència dels seus fills. Els resultats van mostrar que la majoria de les famílies adoptives (pare i mare) presentaven un estil educatiu assertiu, descrit com l'estil d'un pare o mare pacient, que es fixa més en les conductes positives que les negatives del seu fill i se les reforça. Com també, que en altres casos, els estils educatius del pare i la mare tendien a complementar-se, per exemple, si el pare presentava un estil autoritari la mare era més *laissez faire*.

La part més important que cal reforçar en una família adoptiva és el foment de l'aferrament segur, promovent contacte físic freqüent, mostres d'afecte entre pares i fills, i no només quan el nen ho demani si no que formi part d'una manera de fer en el dia a dia, però fomentant-ho, principalment, a través dels jocs, que formi part de les dinàmiques familiars. I que com a resultat s'estableixi com un tret identificador de la família; com diu Walsh (2004) les relacions càlides i afectuoses són crucials per resistir successos catastròfics o estressants com podem trobar en algun moment en les famílies adoptives.

En síntesi, per aconseguir tot el que hem descrit anteriorment cal buscar un entorn proper de recolzament, tenir una forta xarxa social, que comença amb la família extensa, és a dir, la que va més enllà de la nuclear, que són els que resideixen a la mateixa llar.

6.2.2. Reconstrucció narrativa

Donar significat a la adversitat viscuda pel nen per tal de fomentar una narrativa familiar d'adaptació, evitant saturar-se per narratives problemàtiques. Entenem que la construcció de narratives d'èxit consisteix en atorgar significat a l'adversitat viscuda pel nen de manera que aquesta pugui ser inclosa dins les narratives familiars i reconstruïda de manera adaptativa. Algunes eines terapèutiques que es poden emprar per tal

d'afavorir aquesta reconstrucció poden ser: escenificació amb titelles, construcció i reconstrucció de històries, ús de metàfores...

Pel que fa a la intervenció amb la família en relació a aquest punt, concretament amb els pares, s'ha de tenir en compte tot allò que pot millorar l'increment de la intel·ligibilitat de las narratives d'identitat del pacient. En l'estudi de Neimeyer *et al.*, (2006) i Herrero (2003), es va arribar a definir vuit estratègies del terapeuta per contribuir a incrementar-la, les quals creiem important anomenar: (a) cedir el torn de parla al client, (b) ratificar i expandir les metàfores del client, (c) internalitzar la veu del client mitjançant la ventrilòquia, l'ús de paràfrasi o el reflex empàtic, (d) formular preguntes, ja siguin obertes, tancades o indirectes; (e) implicar-se en produccions conjuntes amb el client, (f) permetre les interrupcions del client, (g) generar converses externalitzadores i (h) prendre consciència del procés.

En el cas dels infants i adolescents, dins de la teràpia s'hauria de contemplar el benefici de fer algunes sessions de grup, amb altres nois i noies com ells. Com Fitzhardinge (2008) afirma en el seu estudi amb un grup de vuit joves adoptades, d'adopció internacional i nacional, a les quals se'ls hi demana de fer una pel·lícula on expliquin la seva pròpia història, com una alternativa terapèutica, que ja hem comentat anteriorment. L'autor assenyala que hi ha una relació entre la construcció de la identitat de l'adoptat i la seva resiliència. A més en les conclusions destaca els beneficis que té el poder fer en grup l'explicació de les narratives de totes elles, el poder que tenen els iguals, especialment, en l'adolescència: 1. Compartir la pròpia història adoptiva amb els altres, despertant un sentiment de pertinença al grup, sensació d'estar en el mateix vaixell que propicia la identificació amb l'altre; 2. Contrastant la pròpia història amb la dels altres, on es coneixen diferents experiències adoptives, segons tipus d'adopció, si estan en contacte amb les mares biològiques o no, etc; 3. Poder escoltar les històries dels altres permetia veure diferents maneres de percebre i interpretar el fet adoptiu; 4. Despertar en elles l'empatia de les històries de les altres, una d'elles estava embarassada i havia de donar el seu fill en adopció. Veure el procés de l'embaràs i les vivències de la seva companya com a adolescent embarassada, van fer que poguessin empatitzar amb els sentiments de la seva mare biològica que les va abandonar. 5. Les narratives de totes elles estaven connectades, ja que a totes hi havia una absència d'informació autobiogràfica, buits d'informació que feien difícil recomposar la seva història, país de procedència, i el fet de ser adoptades.

En definitiva, aquesta experiència els va possibilitar un canvi de la percepció d'elles mateixes i la seva història, amb una visió més esperançadora: *“It is not what happens to you that matters, it is the way you make sense of it that counts in the end”* (Fitzhardinge, 2008, p. 60). Possibilitant una narrativa amb un enfoc més positiu i menys centrat en el drama del fet adoptiu i l'angoixa que els hi generava, donant cabuda al desenvolupament de les capacitats resilients.

Segons Cyrulnik (2014), la funció narrativa estructura els records i mites familiars que es solidaritzen amb les representacions familiars, el que fomenta al mateix temps, tenir una identitat positiva familiar i un sentiment de pertinença. En termes de Berástegui i Gómez (2007, p. 30): *“Aceptar las diferencias y sentir la pertenencia”*. Es poden afavorir aquests processos de moltes maneres, com per exemple, amb la creació de cançons, murals conjunts, o amb intervencions pròpies de la Teràpia Centrada en Solucions (TCS, De Shazer, 1987) com la pregunta miracle o les preguntes d'escala, fomentant aficions conjuntes o enfortint la vinculació amb la família extensa. També contribueix a la creació de la identitat familiar la transmissió d'herència amb significat emocional (costums, jocs, aficions, objectes...). En el cas d'adopció interracial, caldria poder ajudar a l'infant juntament amb la seva família a construir una identitat ètnica “duale” que Ferrari, Rosnati, Ranieri i Barni (2014) que defineixen com aquella que desenvolupa l'adolescent quan assumeix la identitat d'origen i la d'arribada com a pròpies. La qual destaquem de nou com la més favorable pel benestar de l'adoptat, ja que li permet projectar-se cap al futur de forma positiva, i considerem que seria la que possibilita desenvolupar les característiques resilients del individu.

Segons Pacheco, Garcia, Ger, Sallés i Boadas (2012) és de vital importància que el nen o adolescent adoptat aconsegueixi construir-se a sí mateix mitjançant una narrativa fluïda, sense bloquejos, progressiva i coherent; sense fractures narratives. En aquest sentit és molt rellevant que pugui integrar la seva història prèvia a l'adopció en el sí de la seva història de vida global. Per aquesta fita, nosaltres trobem particularment útils algunes de les tècniques procedents de la teràpia narrativa (White i Epston, 1990; Freeman, Epston i Lobovits, 2005) com la tècnica de l'Externalització, la construcció del llibre de la pròpia vida (a partir de dibuixos, escrits o poemes, segons les preferències del nostre client) o l'intercanvi de cartes, així com la tècnica gestàltica de les dues cadires.

6.2.3. Comunicació familiar i expressió emocional

Les bases de la comunicació familiar que s'ha d'aconseguir assolir són les d'autenticitat i una expressió emocional positiva. És a dir, promoure una comunicació clara i autèntica, on prevalgui l'expressió emocional oberta i sincera. Una comunicació clara entesa com autèntica, congruent (coincidència nivell analògic i digital), amb una comunicació no verbal adequada i sent assertiu. Dins de la població adoptiva ha d'haver una comunicació oberta sobre els orígens, algunes de les eines útils per portar-ho a terme serien la construcció del llibre sobre la pròpia família, incloent la integració dels orígens del nen o l'intercanvi de cartes entre els diferents membres de la família, entre d'altres. En relació a la comunicació i expressió emocional Cyrulnik (2014) diferencia entre dos tipus de famílies les tancades i les obertes. Descriu les famílies tancades com aquelles que són rígides, que callen i no comparteixen el fet traumàtic amb l'exterior i es retorcen en el sofriment que els hi produeix. Això els provoca més dificultats de superar el trauma i no deixa espai per cap moment de benestar. En canvi, les famílies obertes, s'obren a l'exterior i aconsegueixen fer evolucionar els lligams trencats pel traumatisme, s'inventen nous rituals que ajuden a la cohesió familiar, aprofiten les celebracions familiars com els aniversaris i es reorganitzen en un altre funcionament necessari per a fer possible la resiliència. Delage (2010) afirma la mateixa idea però ell ho anomena protecció, hi en diferencia dos tipus la protecció oberta, que és l'adequada ja que fomenta una apertura a l'evolució i la creativitat, que reconeix com a característiques claus per a la resiliència, i per altra banda la protecció tancada, problemàtica en quan provoca tancament, encapsulament del patiment sense deixar espai per poder avaluar l'experiència traumàtica. Amb aquesta divisió vol destacar com a més resilient la protecció oberta perquè té mecanismes de defensa com l'humorisme, l'anticipació i la sublimació així com desenvolupar estratègies de coping. Aquest terme Delage el defineix com: *“esa capacidad que nos permite manejar una situación, adaptar-nos, desarrollar cierto control a pesar de las dificultades, que nos permiten resolver problemas concretos, movilizar maneras de comportamiento para afrontar una serie de tareas materiales...”* (pp. 192-193)

Per tal de desenvolupar la protecció oberta cal treballar per tenir una base familiar de seguretat prou ferma, que el terapeuta pot ajudar a formar-la amb una posició ètica i tenint en compte els vincles que s'estableixen en el sí de la família. Cal

afegir que per a ell és molt important el treball de regulació i modulació emocional ja que mitjançant l'expressió de les necessitats afectives d'uns i les respostes dels altres, es va situant el que s'espera i el que es dona, i és així com milloren els vincles, afavorint un aferrament segur.

Al mateix temps, Delage diu que per comunicar cal gaudir d'una expressió emocional oberta. L'expressió de les emocions no només com una alliberació, sinó com el fet mateix de compartir-ho amb algú, el que em portarà a obtenir una resposta. Hi ha un terme terapèutic francòfon que defineix aquesta alliberació de sentiments al poc temps d'haver patit una situació traumàtica anomenant-lo *debriefing psychologie*, que és un mètode que permet poder fer l'elaboració de l'estrès generat per la situació traumàtica (Daligant, 1997). Per fer el treball de l'expressió emocional, podem utilitzar l'educació emocional i emprar eines com els contes, el semàfor de les emocions, el termòmetre de la ràbia, l'expressió artística (mural familiar). També tècniques de risoteràpia (relat còmic de vivències familiars, joc de les pessigolles), empatia (role-playing), o l'ús de coterapeutes "no acreditats" (peluixos, ninos significatius pel nen). I en el cas de l'adopció, a vegades, les respostes que esperen de l'altre persona que els escolta, és una opinió donada per algú experimentat i/o professional, cal doncs buscar la manera per a què les famílies adoptives puguin tenir la possibilitat d'assessorament sempre que ho necessitin, més enllà del seguiment post-adoptiu.

En general, cal mantenir sempre una escolta activa envers els fills. Des de la tasca del terapeuta, aquest expressa el seu reconeixement, de la vivència traumàtica viscuda, a través de l'escolta activa. Com ho podem aconseguir? Doncs, prenent una actitud intervencionista que afavoreixi la reactivació constant dels intercanvis en la família com també els processos relacionals dins d'aquesta. Com per exemple, fent preguntes a l'entorn de l'equitat o justícia, per tal de poder ajudar a verbalitzar els sentiments d'injustícia d'uns i altres dins la família i així poder tenir el reconeixement d'aquest; d'aquesta manera s'activen recursos relacionals on els integrants de la família cuiden uns dels altres (Delage, 2010).

6.2.4. Resolució creativa de problemes

Aprendre a resoldre els problemes d'una manera creativa, una família funcional fa ús de diferents fonts per resoldre els seus problemes, amb fantasia creativa i noves solucions mai intentades (Walsh, 2004). Aprofitant la bona comunicació familiar i l'escolta als altres membres, es poden intercanviar idees de possibles solucions, un *brainstorming* on participen tots els components de la família mitjançant el qual la riquesa i nombre d'idees incrementa fins tenir més opcions per aconseguir la solució funcional; en aquest cas l'èxit serà del conjunt de la família i tots se sentiran participants d'aquesta, al mateix temps la satisfacció familiar s'incrementa com també el sentiment de pertinença al grup, i de retruc l'autoeficàcia d'aquest. Amb aquesta experiència la família enforteix i pot sentir-se capaç d'afrontar amb èxit nous problemes futurs, augmentant així la resiliència familiar en situació de crisi. També pot ajudar recordar els èxits anteriors que hagin aconseguit.

Algunes eines terapèutiques per potenciar les capacitats de resolució de problemes a nivell familiar poden ser: les escultures familiars, fer una capça familiar dels desitjos, el cercle de les transformacions en el que un o més membres de la família escenifiquen o dibuixen allò que volen canviar o la màquina del temps imaginària per tal de poder "viatjar" mitjançant l'escenificació cap a algun moment del passat en el que les coses anaven millor o a un futur desitjat. En síntesi, ajudariem a establir recursos i prioritats, així com a establir els passos necessaris a seguir per a la solució del problema plantejat.

La conversa externalitzadora emprada no només amb famílies adoptives, seria una de les tècniques terapèutiques més útils: les famílies treballen en equip per fer fora el problema, i poden crear un registre familiar de victòries sobre el problema.

Delage (2010) afegiria que per a establir una funcionalitat familiar eficient, que faci possible el procés resilient hauria de tenir una base familiar segura, amb una protecció oberta, ja descrita anteriorment, amb l'establiment d'aferraments entre pares i fills segurs, on els mecanismes de defensa siguin humorisme, l'anticipació i la sublimació, comentats també en l'apartat anterior, com les estratègies de coping i ho justifica dient *"que se caracteriza particularmente porque la persona no sólo se observa en profundidad con el propósito de identificar claramente los problemas por resolver, sino que también trabaja en la afirmación de sí misma, busca apoyo social y*

recurre a la ayuda de otros”. És a dir, poder tenir capacitat crítica amb una acurada autoobservació i autoafirmació, com també recórrer als altres per buscar recolzament social o ajuda professional. El que anomena la ètica relacional segons les famílies.

L’infant que ha patit i és víctima d’un trauma se li ha de reconèixer el seu patiment, però per un bon procés terapèutic l’infant ha de deixar de posicionar-se des del punt de vista de la víctima per reprendre el camí de la vida a través de la resiliència. Només quan ha passat un cert temps de la vivència traumàtica podem començar a parlar de resiliència d’allò que hem aconseguit i del que no. Tot i que, dels èxits assolits no es podrà determinar si han estat gràcies a la família o al propi individu. Però per fer una intervenció terapèutica coherent i eficaç, caldrà treballar amb els subsistemes, realitzar entrevistes individuals i reunir el conjunt de la família. La resiliència familiar es recolza en la possibilitat de reconstruir i enriquir la memòria familiar, que dona lloc a la mentalització, que fa possible tenir accés a donar un sentit i poder construir una història acceptable del succeït; aquest procés dóna la possibilitat de transmetre a les generacions futures una herència susceptible de transformació. Per assolir tot això cal un treball terapèutic basat en la metàfora, el llenguatge analògic i les emocions, que creï un clima de molta confiança i que cuidi la família ferida (Delage, 2010).

Finalment, cal destacar el poder reparador que suposarà una acurada intervenció a través de la resiliència en els infants adoptats i les seves famílies, portada a terme per professionals experts en adopció i coneixedors de tots els aspectes rellevants de la història prèvia de l’infant com la que construeix en el sí de la seva família adoptiva. Tenint com a objectiu primordial aconseguir el màxim desenvolupament socioemocional de l’infant, com també de totes les seves capacitats cognitives a fi i efecte d’assolir el seu benestar i de retruc una millor adaptació del nen o nena adoptat en la seva família com també la percepció de més satisfacció i felicitat, individual i familiar.

Així doncs, a mode de conclusió, i després de tota la revisió teòrica exposada cal dir que l’IRI i el programa d’intervenció a través de la resiliència realitzat volen ser eines útils per intervenció amb infants adoptats i les seves famílies. Tenim com a fita aconseguir augmentar la millora terapèutica i poder-la avaluar, per aquesta tasca l’instrument IRI serà fonamental, a més amb la intenció final que serveixi d’orientació en les intervencions terapèutiques en adopció portades a terme com en el model plantejat anteriorment. Amb tot això pensem que és necessari donar pas a l’aplicació de l’IRI dins la pràctica professional, com també la publicació del mateix per a què estigui

a l'abast de tots els professionals que el necessitin. Però sense oblidar que tota pràctica clínica ha d'anar acompanyada d'un model d'intervenció ben estructurat com, per exemple, el nostra Model d'intervenció a través de la resiliència.

Part II. MARC EMPÍRIC

7. Plantejament de la recerca

La Resiliència és molt important en l'adopció, com hem intentat justificar en tot el nostre treball, no només pels beneficis que té en el desenvolupament sa, mental i físic, de les persones, sinó perquè la considerem una variable predictora de la superació i/o adaptabilitat de les persones a esdeveniments molt traumàtics i estressants. És una característica que tenen algunes persones en un moment determinat de la seva vida que els ajuda a poder sortir més forts i reconstruïts després de ser sacsejats per cop dur. És també un tret diferenciador entre les persones, ja que en una situació traumàtica concreta, alguns la desenvolupen i d'altres no, com per exemple, en catàstrofes o situacions molt estressants, uns poden refer-se i seguir vivint d'una manera positiva i d'altres no.

La Resiliència és doncs, un tret diferenciador de les persones, és a dir, qui la pot arribar a desenvolupar se'n sortirà millor de tot allò negatiu que hagi viscut. Però no és un atribut fix de la Personalitat, canvia al llarg de la vida, i s'ha de treballar per a poder-la potenciar en aquelles poblacions en risc. Estudiar la resiliència en la població adoptiva té una justificació ja que l'abandó en sí mateix és un factor de risc i l'adopció seria el factor protector per a l'infant, sempre i quan aconseguixin pares i fills establir un vincle segur on hi influeixen moltes variables, entre elles l'estil de parentalitat, vincle amb els pares, institucionalització prèvia a l'adopció... Així doncs podem dir, que relacionem aquests dos termes que són fonamentals en adopció ja que determinen l'adaptació d'aquests infants dins la seva nova família adoptiva.

Amb tot el que s'ha especificat anteriorment la base de la nostra recerca és poder seguir ampliant els nostres coneixements sobre resiliència i la seva aplicació en la pràctica clínica en el camp de l'adopció. És a dir, poder fer intervencions terapèutiques en famílies adoptives a través de la resiliència per poder ajudar a aquests infants a superar, de la millor manera possible, les seves històries prèvies, ben diferents cadascuna d'elles, però que tenen un pes molt gran en l'adaptabilitat i equilibri emocional dels infants. La resiliència és més que una variable positiva, és la capacitat que tots els infants poden desenvolupar a pesar dels fets traumàtics viscuts. Però som conscients que sols és molt difícil, és una combinació de les característiques pròpies o punts forts que un té, com també l'ajuda de l'entorn, família, amics, tutors de resiliència. És en aquest punt on nosaltres apliquem el nostre coneixement teòric i de la

nostra pràctica professional al llarg dels anys per promoure la resiliència dels infants a nivell terapèutic. L'eina que avalua els factors resilients i les seves potencialitats, és doncs, una necessitat que sorgeix per tal de poder fer més efectives les nostres teràpies i intervencions amb infants adoptats i les seves famílies, sense les quals no seria possible la resiliència.

L'IRI (*Inventario de Resiliencia Infantil*) és l'instrument que sorgeix de la recerca d'eines d'avaluació de la resiliència, la qual ens serà de gran utilitat per la pràctica clínica en adoptats i en infants en risc.

7.1. Objectius

Els objectius del nostre estudi són els següents:

- 7.1.1 Construir i validar l'Inventari de Resiliència Infantil (IRI) en població espanyola.
- 7.1.2 Analitzar la resiliència dels infants mitjançant l'aplicació de l'Inventari de Resiliència Infantil (IRI), tant en població biològica com adoptiva.

7.2. Hipòtesis

Les hipòtesis generals que deriven dels objectius descrits en l'apartat anterior es concreten en dues ben diferenciades:

- 7.2.1 El tipus de població, depenent si és general o adoptiva, està relacionada amb el Grau de Resiliència.
- 7.2.2 El tipus de filiació es relaciona amb les variables sociodemogràfiques.
- 7.2.3 La Resiliència avaluada, mitjançant l'Inventari de Resiliència Infantil (IRI), es veurà afectada pel sexe, l'edat, el tipus d'escola i la comunitat on viuen.

8. Mètode

8.1. Disseny

Es tracta d'un disseny transversal i *ex post facto*.

8.2. Participants

En la primera part de l'estudi, la mostra està formada per 532 infants: 267 nens (50,2%) i 265 nenes (49,8%) d'entre 8 i 13 anys d'edat ($M=10$; $DT=1,25$). El mostreig va ser no probabilístic intencional i la mostra fou recollida entre el Setembre de 2010 fins el Juny de 2011. D'aquests, el 63,1 % correspon a infants nats a Catalunya i el 36,9 % de la mostra a infants nascuts a la resta de l'Estat espanyol, que fou denominada fora de Catalunya.

En la segona part de l'estudi, la mostra d'adoptats estava formada per 44 subjectes, dels quals 16 són nens i 28 són nenes que van ser adoptats fruit d'adopció nacional i internacional, tots vivien a dins de Catalunya. El mostreig, com a la mostra anterior, va ser no probabilístic intencional. Va ser recollida des de l'any 2012 fins a principis 2015, va resultar ser un procés més llarg i més costós. En general va ser més difícil l'obtenció d'aquesta mostra ja que volíem que fos no clínica i la major part d'ella ha estat aconseguida de forma individual.

El criteri d'inclusió per a les dues mostres era tenir una edat compresa entre 7-13 anys. Concretament, eren infants que cursaven des de tercer fins sisè d'Educació Primària a les escoles públiques i concertades de tot l'estat espanyol. Pel que fa a la mostra general, es va decidir no passar el test als nens i nenes de primer i segon (7-8 anys) d'Educació Primària ja que vam considerar que el fet de fer la passació en el grup gran (classe) podria alterar la comprensió dels ítems. I algunes escoles seleccionaven quines classes estaven preparades per fer-ho, per disponibilitat o característiques dels grups, i només es passava a les classes que el director considerava adient. En canvi, sí que se'ls hi va administrar a nens i nenes de 7 anys de la mostra adoptiva degut a que l'administració del test en aquesta edat específica es feia individualment amb el que

consideràvem assegurar la comprensió dels ítems. En el cas de la mostra de la població adoptiva, era obtinguda de la població no clínica per a què no hi hagués un esbiaix dels resultats obtinguts en el grau resiliència i les seves dimensions.

Considerem, que l'interval de 7-11 són nens que es troben o han assolit l'estadi de desenvolupament d'operacions concretes segons Jean Piaget (2008), que es considera que el nen ja fa ús de la lògica i té assolit un nivell cognitiu suficient per poder entendre el test i els de 12-13 són nens que ja han assolit aquest estadi i entren a un nivell superior, el d'operacions formals on s'inicia el raonament abstracte.

Com a criteri d'exclusió fou l'alteració de la capacitat cognitiva de l'alumne respecte al seus iguals, és a dir, que presentés una discapacitat cognitiva que li suposés tenir un retard en els aprenentatges superior a 2 anys en relació a la seva edat cronològica.

Pel que fa a la descripció de les característiques de la mostra general cal tenir molt present les escoles on estan inscrits cada un dels participants, ja que és una part molt important de l'ambient on es mouen en la major part del dia els infants i que els influencia enormement en tot el que fan i són. Al mateix temps considerem que les escoles són fonamentals per a possibilitar un correcte desenvolupament dels infants, com també de les característiques resilients d'aquests, com Cyrulnik (2014) afirma molts infants troben dins l'escola un tutor de resiliència. A continuació passarem a descriure les característiques d'aquests centres escolars.

Així doncs, les diferents tipologies dels centres escolars d'on vam obtenir la mostra és molt diversa; les escoles en total són 6, i per ètica professional les citarem de forma anònima. Així doncs la primera escola que vam anar va ser la A, després la B, la C, la D, la E i la F. Totes elles es diferencien per les característiques que les defineixen segons tipus i estructura de l'escola, nivell socioeconòmic de la població, situació geogràfica, com els cursos que han participat. L'escola A, és una escola concertada, petita, d'una sola línia, situada al districte de Sant Martí de la ciutat de Barcelona. La població que està inscrita és de nivell socioeconòmic mig i n'hem extret una mostra de 87 nens i nenes dels cursos de 3er, 4at, 5è i 6è de Primària (4 grups). La B és una escola pública, de dues línies, situada al poble de Sant Cugat, on el nivell socioeconòmic és mig i mig-alt. N'hem extret una mostra de 92 nens i nenes 3er A i B, 5è A i B (4grups). I la C, és una escola pública, petita, d'una sola línia, situada al districte de Sants-Montjuïc (Zona Franca) a la ciutat de Barcelona. La població acostuma a ser de nivell socioeconòmic entre mig-baix i baix, alguns d'ells al llindar de la pobresa. D'aquesta

n'hem extret una població de 63 nens i nenes de 3er, 4at, 5è i 6è de Primària. La D és una escola pública de dues línies, situada al poble de Sueca (València). La població que està inscrita és de nivell socioeconòmic mig i mig-baix, de la qual n'hem extret una mostra de 68 nens i nenes de 3er, 4at, 5è i 6è d'Educació Primària. L'escola E és una escola concertada de dues línies situada a la petita ciutat de Mataró, a la comarca del Maresme i província de Barcelona. La població que està inscrita és de nivell socioeconòmic mig, de la qual la mostra que hem extret són 94 nens i nenes de 5è i 6è (4 classes). La F, és una escola pública de dues línies situada al poble de Novés, província de Toledo. La població que la forma és de nivell socioeconòmic mig i han format part de la nostra mostra 128 nens i nenes de 3er, 4at, 5è i 6è (Taula 1).

Les escoles de la mostra són representatives d'una població escolar estàndard i estable. És una població adequada per poder establir uns barems fiables i vàlids (Riart, 2006; Riart, Baqués i Virgili, 2010).

Taula 1

Característiques de les escoles dels alumnes de la mostra

ESCOLES	Tipus d'escoles	Línies	Zona Geogràfica	Nivell Socioeconòmic	Cursos Primària	Nº Subjectes
A	Concertada	1 línia (petita)	St.Martí (Ciutat-Bcn)	Mig	3er,4at, 5è, 6è	87
B	Pública	2 línies (mitjana)	St.Cugat (Poble)	Mig i Mig-Alt	3er A i B 4at A i B	92
C	Pública	1 línia (petita)	Sants Montjuïc (Ciutat-Bcn)	Mig-Baix i Baix	3er,4at, 5è, 6è	63
D	Pública	2 línies (mitjana)	Sueca (Poble-València)	Mig i Mig-Baix	3er,4at, 5è, 6è	68
E	Concertada	2 línies (mitjana)	Mataró (Ciutat-Maresme)	Mig	5è, 6è	94
F	Pública	2 línies (mitjana)	Novés (Poble-Toledo)	Mig	3er,4at, 5è, 6è	128

La mostra general de 532 nens i nenes de tot l'estat està formada per 267 (50,2 %) nens i 265 (49,8 %) nenes, les edats dels quals estant repartides entre 8 i 13 anys, concretament en un 17,7 % de 8 anys, en un 15,4 % són infants de 9 anys, en un 27,8 % de 10 anys, un 28,2 % té 11 anys, només un 9,8% té 12 anys i un 1,1 de 13 anys. Els infants de 10 i 11 anys són la major part de la mostra ja que formen el 56 % del total. Pel que fa a les escoles la proporció d'alumnes de cada una de les escoles que pertanyen a la mostra és força homogènia pel que fa a la proporció de la mostra, excepte l'escola F, la qual forma el 24,2 % de la mostra. Pel que fa a les característiques familiars la majoria dels infants conviuen amb el pare i la mare en un 82,5% de la mostra, molt inferior és la proporció d'infants que viuen només amb la mare sent d'un 12,2%, en canvi, només un 0,6 % viuen amb el pare i un 4,7 % tenen situacions familiars diferents. Aquest percentatge dels que han posat "altres" de la població general deduïm que estan en situació d'acollida familiar, en un centre d'acollida o amb algun familiar proper, com podria ser els avis.

En relació als germans destaquem la proporció major és la dels que són 2 germans en la família, amb un 55,3 % del total de la mostra, seguit per els que són 3 germans en un 16,7%, i, en tercer lloc, són fills únics el 14,5% dels infants, el 13,5% restant són altres opcions.

A continuació presentem un resum de les característiques de la nostra mostra, per la qual cosa utilitzem una taula que especifiqui cada una de les seves variabilitats. Però per a poder fer-ho de forma més explícita, primer de tot detallem la taula resum de la mostra emprada per a realitzar la validació del test, anomenada població general (Taula 2), i, seguidament, inclourem la darrera taula de la població de nens i nenes adoptats que anomenem població adoptiva (Taula 3).

*Taula 2**Característiques sociodemogràfiques població general*

Mostra Població general		N	%
Sexe	Nen	267	50,2
	Nena	265	49,8
Edat	8	94	17,7
	9	82	15,4
	10	148	27,8
	11	150	28,2
	12	52	9,8
	13	6	1,1
Escola	A	87	16,4
	B	91	17,1
	C	63	11,8
	D	68	12,8
	E	94	17,7
	F	129	24,2
Convivència	Pare/Mare	439	82,5
	Mare	65	12,2
	Pare	3	0,6
	Altres	25	4,7
Germans	1	77	14,5
	2	294	55,3
	3	89	16,7
	4	43	8,1
	5	20	3,8
	6	4	0,8
	7	2	0,4
	8	2	0,4
	9	1	0,2
Localitat	Ciutat	325	61,1
	Poble	207	38,9
Comunitat	Dins de Catalunya	335	63,0
	Fora de Catalunya	197	37,0

La mostra adoptiva és de 44 nens i nenes adoptats de Catalunya, formada per 16 (36,4%) nens i 28 (63,6 %) nenes, les edats dels quals estant repartides entre 7 i 12 anys, concretament en un 2,3% de 7 anys, en un 13,6 % són infants de 8 anys, en un 27,3 % de 9 anys, un 31,8 % té 10 anys, només un 11'4% té 11 anys i un 13,6 de 12 anys. Els infants de 9 i 10 anys són la major part de la mostra ja que formen el 59,1 % del total.

Pel que fa a les característiques familiars, com a la població general, la majoria dels infants conviuen amb el pare i la mare en un 63,6% de la mostra, molt inferior és la proporció d'infants que viuen només amb la mare sent d'un 13,6%, en canvi, només un 2,3 % viuen amb el pare i un 20,5 % són valors perduts. En la recollida de dades només recollim els resultats vàlids, hi ha valors perduts en totes les dades sociodemogràfiques excepte en l'edat i el sexe. En relació als germans destaquem la proporció major en un 45,5 % dels que són 2 germans en la família, com en la mostra general, en canvi l'opció de ser fills únics són representats per un 20,5% del total de la mostra. Cal assenyalar que les famílies amb fills adoptats acostumen a ser més petites la qual cosa es justifica per diferents motius, l'edat dels pares en el moment de l'adopció, el cost econòmic d'una adopció, especialment la internacional, com també les característiques dels infants adoptats que ja hem comentat en apartats anteriors, que suposen un increment de les dificultats inicials d'adaptació a la nova família.

Taula 3

Característiques sociodemogràfiques de la població adoptiva

Mostra Població adoptiva		N	%
Sexe	Nen	16	36,4
	Nena	28	63,6
Edat	7	1	2,3
	8	6	13,6
	9	12	27,3
	10	14	31,8
	11	5	11,4
	12	6	13,6
Convivència	Pare/Mare	28	63,6
	Mare	6	13,6
	Pare	1	2,3
	Perduts	9	20,5
Germans	1	9	20,5
	2	20	45,5
	3	2	4,5
	4	3	6,8
	Perduts	10	22,7
Localitat	Ciutat	29	65,9
	Poble	6	13,6
	Perduts	9	20,5

8.3. Instrument

En el nostre estudi ens basem en un instrument anomenat *Inventario de Factores Personales de la Resiliencia* que va fer Salgado (2005). Aquest inventari el vam adaptar, modificar i comprovar la seva fiabilitat obtenint una eina nova, l' *Inventario de Resiliencia Infantil* (IRI). Al mateix temps, utilitzem una breu entrevista inicial on demanem dades sociodemogràfiques dels infants en relació al gènere, edat, escola, convivència familiar entre d'altres (Annex 2).

A partir del test de la Salgado de 48 ítems (Annex 6) vam construir la primera versió de l'Inventari de Resiliència Infantil (IRI), el qual constava de 5 ítems més que vam crear: el 49 i el 51 (Autoestima), el 50 (Empatia), el 52 (Autonomia) i el 53 (Creativitat). Així doncs, a la població general (N=532) van ser 53 els ítems que vam administrar els quals vam formar part del test final (Taula 4).

Taula 4

Classificació dels ítems del Inventario de Resiliencia Infantil (IRI) primera versió (53 ítems)

Dimensions	Ítems positius	Ítems negatius
Autoestima	1, 2, 11, 12, 20, 21, 51*	30, 31, 40, 41, 49*
Creativitat	9, 10, 18, 19, 28	29, 38, 39, 53*
Empatia	4, 13, 22, 23, 42, 50*	3, 32, 33, 43, 44
Humor	7, 8, 16, 17, 26	27, 36, 37, 47, 48
Autonomia	5, 6, 14, 15, 24, 25	34, 35, 45, 46, 52*

*són els 5 ítems que vam afegir a l'inventari.

L'instrument que emprem és l'IRI, que consta de 44 ítems els quals es centren en la percepció que té l'infant d'ell mateix i dels altres, així com la interacció mútua, la consciència de les seves capacitats i resolució de problemes, i conseqüentment la valoració que en fa de tot en relació al seu benestar. El tipus de resposta de l'inventari és

dicotòmica SÍ/NO, segons si estan d'acord amb l'ítem o no, i es valoren com 1/0 respectivament. Aquest inventari està format per 3 dimensions: Autoestima (ítems 1, 2, 10, 11, 15, 16, 23, 24, 32, 33, 40, 42), Connexió (inter)personal (ítems 3, 4, 7, 12, 17, 18, 21, 25, 26, 28, 29, 34, 35, 36, 38, 39, 41) i Proactivitat (ítems 5, 6, 8, 9, 13, 14, 19, 20, 22, 27, 30, 31, 37, 43, 44). Cal especificar que la numeració de l'IRI amb 53 ítems (versió inicial) no coincideixen amb els ítems de l'IRI ja que el número total d'ítems s'ha reduït de 53 a 44, aquest últim és el que correspon a la versió final (vegeu taula a l'Annex 3).

Les 3 dimensions de l'IRI són definides de la següent manera:

Autoestima: és la valoració global que una persona fa d'ella mateixa, que si és positiva, comporta sentir-se feliç, estimar-se a un mateix i als altres així com sentir-se valorat per ells.

Connexió (inter)personal: capacitat de sentir-se satisfet amb un mateix i en sintonia amb els altres, és a dir, tenir bon humor així com la capacitat d'empatitzar amb els altres.

Proactivitat: és una actitud en la qual el subjecte assumeix el control de la seva vida de manera activa i pren la iniciativa en portar a terme accions creatives per generar millores, assumint la responsabilitat del que pugui succeir.

A continuació resumim la classificació dels ítems de l'IRI segons les seves dimensions com també la seva formulació, és a dir, si són en sentit positiu o negatiu.

Taula 5

Classificació dels ítems de l'IRI versió final (44ítems)

Dimensions	Ítems positius	Ítems negatius
Autoestima	1, 2, 10, 11, 15,16, 42	23, 24, 32, 33, 40
Connexió (Inter)Personal	4, 7, 12, 17, 18, 34,	3, 21, 25, 26, 28, 29, 35, 36, 38,39, 41
Proactivitat	5, 6, 8, 9, 13, 14, 19, 20, 22,	27, 30, 31, 37, 43, 44

8.4. Procediment

Inicialment per tal d'assolir els objectius del nostre estudi vam obtenir una mostra aproximada de 500 nens/es, motiu pel qual es va realitzar un primer contacte amb algunes escoles de tot l'estat. Es va contactar via correu electrònic. Se'ls va enviar una carta explicant el projecte de tesi que anava dirigit als directors i/o coordinadors de cicle dels centres educatius, sol·licitant la participació en el nostre projecte, a fi i efecte de poder realitzar la validació d'un test de resiliència infantil. Se'ls va presentar una descripció detallada del contingut del test i el protocol de preguntes sociodemogràfiques. Tot seguit, ja es podia concretar el dia de la passació la qual durava uns 20 minuts i sempre era feta per la mateixa persona, és a dir, érem nosaltres que ens desplaçàvem al lloc a fer-ho ja que així ens asseguràvem que fos homogènia la dinàmica d'administració en cada una de les escoles i les instruccions donades.

En una primera fase, es van modificar alguns dels ítems de l'inventari ja que calia adaptar el vocabulari del test peruà a la nostra llengua sense modificar-ne el contingut. Dels dos models d'inventari de la Salgado, en masculí i l'altre en femení, nosaltres en vam fer només un posant els dos gèneres en les paraules que ho requerien. Al mateix temps vam incorporar 5 ítems més, que serien els ítems del 49 al 53, que es van crear per tal d'equilibrar el número d'ítems dins de cada categoria. Dels 48 ítems que composaven inicialment el test es va passar a tenir 53, que són els que vam emprar en un primer moment i que formen l'IRI de la primera versió. Seguidament, vam procedir a avaluar la comprensió dels ítems, mitjançant 5 jutges (Levy i Varela, 2003), els quals eren psicòlegs amb més de 5 anys d'experiència en el camp infantil, que van valorar si els ítems eren comprensibles per a infants dins l'interval d'edat entre 7 i 12 anys (Annex 4). Es va obtenir un grau d'acord d'entre un 80-100% comprensibilitat dels ítems excepte en un que va ser del 60%, el qual es va revisar de nou fins a ser acceptat (Remor, 2005), el que seria el mateix que arribar a un consens entre els jutges (Yarnoz, 1993).

Seguidament, vam portar a terme l'anàlisi del grau d'acord de la rellevància de la pertinença dels ítems en cada una de les dimensions de l'inventari, repetint el mateix procés que per a la comprensió dels ítems però amb 5 jutges diferents. Aquests jutges eren un grup de cinc experts en el tema i familiaritzats amb el constructe objecte d'estudi, però totalment aliens a la investigació. Aquests havien de classificar cada ítem dins les cinc dimensions procedents del *Inventario de los Factores Personales de la*

Resiliència: Autoestima, Creativitat, Humor, Empatia i Autonomia, al mateix temps, van puntuar la rellevància que tenia l'ítem dins de les anteriors dimensions. Consistia en puntuar 1, 2, 3, segons si es considerava 1=irrellevant, 2=mica rellevant i 3=Rellevant (Levy i Varela, 2003), es va comprovar que tots els ítems eren considerats rellevants ja que el grau d'acord dels jutges va ser de 80% o superior. Un cop els jutges van concloure que els ítems sí eren comprensibles i també eren rellevants ja es va poder iniciar la passació a la mostra general.

Posteriorment, es va seguir el mateix procés que hem explicat anteriorment, per avaluar el grau d'acord i la rellevància de la pertinença dels ítems de l'Inventari de Resiliència Infantil (IRI), la versió final, dins les seves dimensions: l'Autoestima, la Connexió (inter)Personal i la Proactivitat (Annex 5). Els resultats van confirmar una valoració d'un grau d'acord òptim dels ítems que el formen ja que tots estaven al voltant del 80% (Taula 6).

La fase de la passació del test a les dues poblacions que formen part de la mostra, va ser en dos períodes diferenciats: en un primer lloc, es va administrar l'inventari a la mostra de la població general, a la qual la passació es va fer en grup ja que l'espai classe era l'espai natural dels infants. Com les variables de l'espai són molt importants (Riart, Baqués i Virgili, 2010), vam tenir en compte certes característiques de l'entorn: que l'aula fos adequada, amb suficient espai, bona il·luminació, temperatura, sense sorolls ambientals. Ja que considerem que són característiques que influencien en el benestar de l'infant i poden incidir en les respostes als ítems, disminuint l'atenció, despistant-se, perden l'interès per a ells i amb risc d'obtenir respostes per assaig-error. Així doncs, per evitar qualsevol tipus d'interferències, fora de les que formen part del habitual, i poder aconseguir que fos un grup relaxat i tranquil en una escola vam haver de canviar l'espai a una sala més àmplia. Al finalitzar algunes de les passacions alguns grups van verbalitzar sentir-se satisfets d'haver participat. Tot seguit, es va portar a terme la l'administració de l'inventari a la població adoptiva, amb la qual es va seguir el mateix procés que en la població general tot i que la passació es va realitzar amb un grup reduït, màxim de 5 infants i la majoria es va fer a nivell individual.

Per tal d'assegurar al màxim la validesa de les respostes, es van aclarir dubtes sobre la forma de respondre el test, es va assegurar l'anonimat del test i es va demanar sinceritat en les respostes, insistint en què totes les respostes són correctes. Vam ser curiosos en les instruccions d'administració del test, ben especificat als participants que

havien de contestar SÍ, si consideraven que era certa l'afirmació o negació de l'ítem, i NO quan consideraven que era falsa. És a dir, havien de posicionar-se en el SÍ o el NO, sense que hi hagués cap resposta valorada en un punt intermedi, i tampoc podien deixar respostes en blanc, havien de contestar tots els ítems del test. En els casos en que l'infant no es posicionava clarament en un de les dues opcions, i feia una creu entremig de les dues opcions, quedava invalidat i havia de ser eliminat posteriorment ja que la seva resposta no es considerava vàlida; al mateix fèiem amb els que deixaven preguntes en blanc. En molts casos aquests infants acostumaven a ser molt insegurs o tenien dificultats per entendre el test per la qual cosa tampoc serien fiables les seves respostes.

En relació a les preguntes de l'entrevista inicial (Annex 1), les que analitzen variables sociodemogràfiques, vam trobar diferents tipologies de resposta. Els participants de la mostra general, en alguna ocasió obviaven la pregunta de si era fill biològic o adoptat, però acostumaven a respondre-les totes; en canvi la població adoptiva tenia més reticències en les preguntes de l'entrevista inicial, per la qual cosa, vam optar per a què fossin optatives. En aquest cas, vam prevaldre la importància de realitzar les preguntes de l'inventari per davant de les de l'entrevista inicial. La mostra adoptiva ha estat molt més difícil d'aconseguir ja que molts pares i mares adoptius se senten avaluats de nou la qual cosa els incomoda.

Un cop finalitzada la passació vam mesurar la consistència interna mitjançant l'Alfa de Cronbach. En aquest procés vam excloure els ítems 8, 14, 15, 16, 17, 26, 29, 35 i 46, quedant així 44 ítems en total de l'inventari. Els ítems de quatre dimensions es van agrupar en dues, concretament vam ajuntar l'Humor i l'Empatia per un costat i l'Autonomia i la Creativitat per l'altra, formant dues categories noves, la Connexió (inter)Personal i la Proactivitat, millorant la seva consistència interna. Així doncs són tres les categories definitives que formen l'IRI: l'Autoestima, la Connexió (inter)Personal i la Proactivitat.

Els resultats es van analitzar mitjançant el paquet estadístic IBM *SPSS Statistics 21*.

8.5. Consideracions ètiques

Les escoles abans d'accedir a formar part del nostre projecte feien una reunió de l'Equip directiu per a decidir-ho. En tot moment es garanteix l'anonimat de tots els participants, com també de les escoles, per tal què els resultats no puguin perjudicar-los.

Per no ferir la sensibilitat dels infants es donava l'oportunitat de poder fer l'inventari a tots els nens/es, si algun tenia més de dos anys de retràs en els aprenentatges, criteri d'exclusió de la mostra, era eliminat posteriorment. Durant la passació s'insisteix en el fet que totes les respostes són correctes per tal de disminuir l'angoixa que pot provocar la sensació de sentir-se avaluat.

9. Resultats

Una vegada explicat el mètode el pas següent és descriure els resultats que vam obtenir a partir del Inventari de Resiliència Infantil (IRI). Per tal de fer una descripció clara i coherent amb el que hem estat explicant fins ara farem l'anàlisi dels resultats amb cada una de les variables que considerem poden influenciar el Grau de Resiliència i algun dels seus components afegint la seva taula corresponent. Posteriorment, en el punt de la discussió dels resultats ampliarem les descripcions d'aquests.

La Taula 6 presenta els percentatges del grau d'acord dels jutges corresponents als ítems del qüestionari IRI.

Taula 6

Percentatge de grau d'acord dels jutges dels ítems de l'IRI

Ítems	Percentatge
Ítem 1. Tengo personas alrededor en quienes confío y que me quieren.	93
Ítem 2. Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro que les quiero.	86
Ítem 3. Me cuesta mucho entender los sentimientos de los demás.	100
Ítem 4. Sé cómo ayudar a alguien que está triste.	100
Ítem 5. Estoy dispuesto(a) a responsabilizarme de lo que hago.	100
Ítem 6. Puedo buscar maneras de resolver mis problemas.	100
Ítem 7. Intento estar contento la mayor parte del tiempo.	100
Ítem 8. Cuando hay algo que me preocupa hago cosas nuevas para poder solucionarlo.	100
Ítem 9. Me gusta imaginar formas en la naturaleza, por ejemplo, le doy formas a las nubes.	93
Ítem 10. Soy un niño/a por el que otros sienten aprecio y cariño.	100
Ítem 11. Aunque me equivoque o haga travesuras mis padres siempre me querrán.	100
Ítem 12. Ayudo a mis compañeros siempre que puedo.	86
Ítem 13. Me gusta imaginar situaciones nuevas, como por ejemplo, subir en cohete a la Luna.	80
Ítem 14. Me gusta cambiar las historias o cuentos, con cosas que se me ocurren a mí.	80
Ítem 15. Aunque me sienta triste o esté enfadado(a), los demás me siguen queriendo.	100
Ítem 16. Soy feliz.	86
Ítem 17. Me pongo triste cuando veo sufrir a la gente.	100
Ítem 18. Intento no herir los sentimientos de los demás.	100
Ítem 19. Puedo resolver mis problemas.	100
Ítem 20. Puedo tomar decisiones con facilidad.	100
Ítem 21. Me gusta reírme de los defectos de los demás.	86
Ítem 22. Ante situaciones difíciles (como por ejemplo cuando me enfado con alguien), encuentro nuevas soluciones con rapidez y facilidad.	100
Ítem 23. Es difícil que me vaya bien, porque no soy bueno(a) ni inteligente.	86
Ítem 24. Me doy por vencido(a) fácilmente ante cualquier problema.	86
Ítem 25. Cuando una persona tiene algún defecto me río de ella.	93
Ítem 26. Pienso que cada persona debe salir de su problema como pueda.	86
Ítem 27. Prefiero que me digan lo que tengo que hacer, en lugar de decidirlo yo.	100
Ítem 28. Estoy de mal humor casi todo el tiempo.	80
Ítem 29. Normalmente no me río.	80
Ítem 30. Para mí es difícil imaginar situaciones nuevas.	93
Ítem 31. Cuando hay problemas o dificultades, no se me ocurre nada para poder encontrar la solución.	100
Ítem 32. Me cuesta mucho aceptarme como soy .	100
Ítem 33. Tengo una mala opinión de mí mismo(a).	100
Ítem 34. Noto cuando un amigo está alegre.	100
Ítem 35. Me fastidia tener que escuchar a los demás.	100
Ítem 36. Me interesa poco lo que puede sucederle a los demás.	100
Ítem 37. Me gusta que los demás tomen las decisiones por mí.	100
Ítem 38. Con tantos problemas que tengo, casi nada me hace reír.	80
Ítem 39. Normalmente veo el lado triste de las cosas que me pasan.	73
Ítem 40. Siempre pienso que los demás son mejores que yo.	100
Ítem 41. Me gusta escuchar lo que dicen mis amigos.	93
Ítem 42. Cuando me miro al espejo me gusta lo que veo.	100
Ítem 43. Siempre necesito la ayuda de los demás.	86
Ítem 44. Nunca he sabido inventarme cuentos.	73

Tenim dos tipus de mostra el Grup I i el Grup II, quan diem Grup I, ens referim a la població biològica, i quan parlem de Grup II ens referim a la població adoptiva.

La consistència interna millora a partir de reduir les dimensions de l'Inventari en tres: Autoestima, Connexió (inter)Personal i Proactivitat. A continuació exposem els estadístics d'ítems, on es mostren les alfas de Cronbach del qüestionari si s'elimina l'ítem (Taula 7). Tot seguit hem afegit els resultats de les alfas de Cronbach de les diferents dimensions i del Grau total de Resiliència que es poden observar a la Taula 8.

Taula 7

Coeficients d'Alfa de Cronbach quan s'elimina l'ítem del qüestionari IRI

ÍTEM	Alfa de Cronbach si s'elimina ítem	ÍTEM	Alfa de Cronbach si s'elimina ítem
Ítem1	0,658	Ítem27	0,513
Ítem2	0,658	Ítem28	0,561
Ítem3	0,581	Ítem29	0,556
Ítem4	0,579	Ítem30	0,468
Ítem5	0,491	Ítem31	0,475
Ítem6	0,489	Ítem32	0,625
Ítem7	0,578	Ítem33	0,600
Ítem8	0,492	Ítem34	0,569
Ítem9	0,491	Ítem35	0,553
Ítem10	0,640	Ítem36	0,566
Ítem11	0,664	Ítem37	0,488
Ítem12	0,577	Ítem38	0,552
Ítem13	0,503	Ítem39	0,571
Ítem14	0,504	Ítem40	0,631
Ítem15	0,641	Ítem41	0,565
Ítem16	0,650	Ítem42	0,627
Ítem17	0,582	Ítem43	0,508
Ítem18	0,578	Ítem44	0,500
Ítem19	0,476		
Ítem20	0,499		
Ítem21	0,572		
Ítem22	0,479		
Ítem23	0,647		
Ítem24	0,660		
Ítem25	0,571		
Ítem26	0,588		

Taula 8

Coefficients alfa de Cronbach de les dimensions i el total de la Resiliència

	Autoestima	Connexió Interpersonal	Proactivitat	Grau de Resiliència
Alfa	.66	.59	.51	.77

Arrel de treballar la consistència interna obtenim els diferents coeficients de l'alfa de Cronbach de les diferents dimensions de l'IRI, tots ells d'un valor superior a 0,50, que és mínimament suficient (Muñiz, 2003; Riart, Baqués i Virgili, 2010). Observem que l'alfa de Cronbach del valor total del Grau de Resiliència és major de 0,70 (Melià, Pradilla, Martí, Sancerni, Oliver i Tomás, 1990), per la qual cosa l'inventari té una consistència interna acceptable.

A la Taula 9 obtenim el percentatge de subjectes que responen afirmativament a cada ítem del qüestionari on observem el major valor correspon a l'ítem 2 i el menor a l'ítem 26.

Taula 9

Percentatge de subjectes que responen afirmativament als ítems

Ítems	Percentatge
Ítem 1. Tengo personas alrededor en quienes confío y que me quieren.	97
Ítem 2. Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro que les quiero.	98
Ítem 3. Me cuesta mucho entender los sentimientos de los demás.	67
Ítem 4. Sé cómo ayudar a alguien que está triste.	85
Ítem 5. Estoy dispuesto(a) a responsabilizarme de lo que hago.	95
Ítem 6. Puedo buscar maneras de resolver mis problemas.	93
Ítem 7. Intento estar contento la mayor parte del tiempo.	94
Ítem 8. Cuando hay algo que me preocupa hago cosas nuevas para poder solucionarlo.	82
Ítem 9. Me gusta imaginar formas en la naturaleza, por ejemplo, le doy formas a las nubes.	72
Ítem 10. Soy un niño/a por el que otros sienten aprecio y cariño.	89
Ítem 11. Aunque me equivoque o haga travesuras mis padres siempre me querrán.	97
Ítem12. Ayudo a mis compañeros siempre que puedo.	96
Ítem 13. Me gusta imaginar situaciones nuevas, como por ejemplo, subir en cohete a la Luna.	70
Ítem 14. Me gusta cambiar las historias o cuentos, con cosas que se me ocurren a mí.	70
Ítem 15. Aunque me sienta triste o esté enfadado(a), los demás me siguen queriendo.	95
Ítem 16. Soy feliz.	97
Ítem17. Me pongo triste cuando veo sufrir a la gente.	90
Ítem18. Intento no herir los sentimientos de los demás.	89
Ítem 19. Puedo resolver mis problemas.	87
Ítem 20. Puedo tomar decisiones con facilidad.	59
Ítem21. Me gusta reírme de los defectos de los demás.	94
Ítem 22. Ante situaciones difíciles (como por ejemplo cuando me enfado con alguien), encuentro nuevas soluciones con rapidez y facilidad.	69
Ítem 23. Es difícil que me vaya bien, porque no soy bueno(a) ni inteligente.	77
Ítem 24. Me doy por vencido(a) fácilmente ante cualquier problema.	81
Ítem25. Cuando una persona tiene algún defecto me río de ella.	96
Ítem26. Pienso que cada persona debe salir de su problema como pueda.	40
Ítem 27. Prefiero que me digan lo que tengo que hacer, en lugar de decidirlo yo.	67
Ítem28. Estoy de mal humor casi todo el tiempo.	93
Ítem29. Normalmente no me río.	79
Ítem 30. Para mí es difícil imaginar situaciones nuevas.	62
Ítem 31. Cuando hay problemas o dificultades, no se me ocurre nada para poder encontrar la solución.	66
Ítem 32. Me cuesta mucho aceptarme como soy .	76
Ítem 33. Tengo una mala opinión de mí mismo(a).	82
Ítem34. Noto cuando un amigo está alegre.	96
Ítem35. Me fastidia tener que escuchar a los demás.	88
Ítem36. Me interesa poco lo que puede sucederle a los demás.	86
Ítem 37. Me gusta que los demás tomen las decisiones por mí.	81
Ítem38. Con tantos problemas que tengo, casi nada me hace reír.	77
Ítem39. Normalmente veo el lado triste de las cosas que me pasan.	56
Ítem 40. Siempre pienso que los demás son mejores que yo.	71
Ítem41. Me gusta escuchar lo que dicen mis amigos.	93
Ítem 42. Cuando me miro al espejo me gusta lo que veo.	90
Ítem 43. Siempre necesito la ayuda de los demás.	69
Ítem 44. Nunca he sabido inventarme cuentos.	72

9.1. Correlació entre totes les dimensions i el Grau de Resiliència

Tot seguit vam optar pel coeficient de correlació de Pearson entre les diferents dimensions i el Grau de Resiliència.

Taula 10

Coefficients de correlació de Pearson de les dimensions i el Grau de Resiliència

	AUTOESTIMA	PROACTIVITAT	CONNEXIÓ (INTER) PERSONAL
PROACTIVITAT	0,402**		
CONNEXIÓ (INTER) PERSONAL	0,475**	0,427**	
RESILIÈNCIA	0,759**	0,800**	0,806**

**P<0,01

Els resultats van mostrar l'existència d'una correlació positiva entre el grau de resiliència i els seus tres factors, és a dir, a major grau de resiliència major Autoestima, Connexió (inter)Personal i Proactivitat.

9.2. Resultats descriptius del Grau de Resiliència de la mostra global

Una part important de la nostra recerca es centra en l'anàlisi del Grau de Resiliència de tota la mostra en global, la qual està constituïda per infants biològics i adoptats (N=576). Així doncs l'analitzem per veure quina serà la distribució de les puntuacions en el grau de resiliència de la mostra.

A la Figura 3 observem els percentatges dels diferents nivells existents dins el Grau de Resiliència de la mostra global. I a continuació, la Taula 11, els estadístics descriptius corresponents als diferents nivells del Grau de Resiliència.

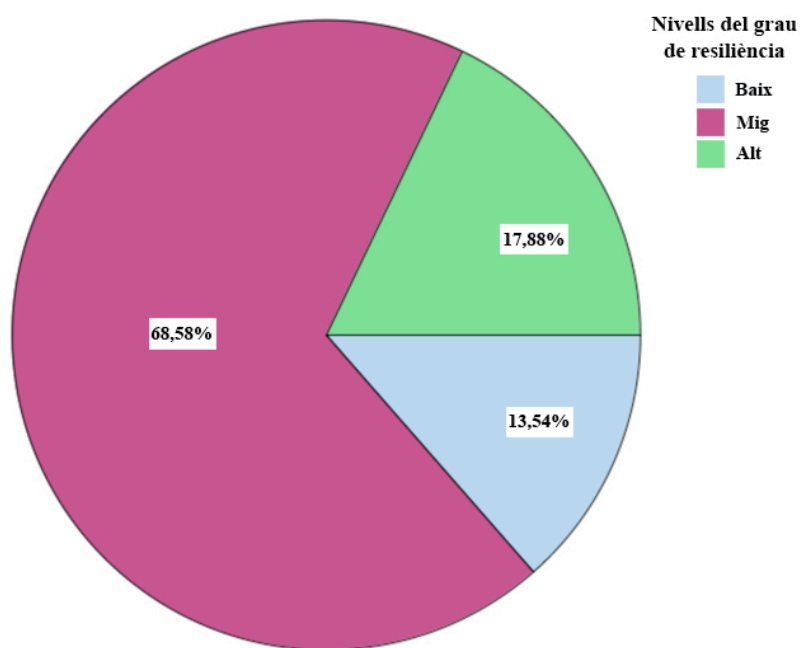


Figura 3. Percentatges de la mostra (N=576) segons el nivell del Grau de Resiliència.

Taula 11

Estadístics descriptius del grau de resiliència segons classificació: Baixa, Mitjana i Alta

Grau Resiliència	N	Mitjana	Desviació típica
Baixa resiliència	78	27,26	3,249
Mitjana resiliència	395	35,95	2,794
Alta resiliència	103	41,85	0,994

A la Taula 12 observem els estadístics descriptius de la mostra.

Taula 12

Estadístics descriptius del grau de resiliència de tota la mostra

Grau de Resiliència	
N	576
Mitjana	35,83
Mediana	36,00
Desviació típica	4,839
Asimetria	-,794
Curtosi	,888

Per establir els nivells, la puntuació que se situa per sobre +1 desviació típica de la mitjana es considerarà Alta Resiliència mentre que la que es situa per sota de -1 desviació típica obtindrà un nivell de Baixa Resiliència.

A la Taula 13 es presenten les puntuacions directes i puntuacions T del Grau de Resiliència segmentades per nivells.

Taula 13

Resultats de les puntuacions directes i puntuacions T del Grau de Resiliència

<u>Grau Resiliència</u>	<u>p.d</u>	<u>T</u>
Baixa resiliència	15	7
	18	13
	20	17
	21	19
	23	23
	24	26
	25	28
	26	30
	27	32
	28	34
	29	36
30	38	
Mitja resiliència	31	40
	32	42
	33	44
	34	46
	35	48
	36	50
	37	52
	38	54
	39	57
	40	59
Alta resiliència	41	61
	42	63
	43	65
	44	67

Taula 15

Prova T d'Student del Grau de Resiliència en relació al sexe i segons la filiació

Filiació	t	g.l.	p
Biològica	3,725	530	,000***
Adoptiva	2,137	42	,039*

*p<0.05; ***p<0,001

9.3.2. Comparatives dels dos grups segons sexe: resultats del Grau de Resiliència i les seves dimensions.

Seguint les comparatives entre el Grup I i Grup II, passem a realitzar l'anàlisi de la relació al grau de resiliència i les seves dimensions segons filiació i sexe. Per això fem un anàlisi descriptiu del tota la mostra, N=576, separant-la per nenes i nens, sent les nenes N=293, de les quals 265 són biològiques i 28 adoptades; en canvi, els nens N=283, dels quals 267 són biològics i 16 adoptats.

Els estadístics descriptius del Grau de Resiliència i les dimensions segons les nenes es descriuen a la Taula 16.

Taula 16

Estadístics descriptius del Grau de Resiliència i dimensions de les nenes segons filiació

	NENES	Mitjana	Desviació típica
Grau de Resiliència	Biològiques	36,63	4,547
	Adoptades	36,68	4,730
Proactivitat	Biològiques	11,40	2,269
	Adoptades	11,14	2,663
Connexió (inter)Personal	Biològiques	14,67	1,757
	Adoptades	14,54	2,027
Autoestima	Biològiques	10,56	1,691
	Adoptades	11	1,217

A continuació hem realitzat la prova de Kolmogorov i hem observat la normalitat de les mostres independents en el cas del Grau de Resiliència i la Proactivitat (Taula 17).

Taula 17

Prova de Kolmogorov Smirnov de la Proactivitat i Grau de Resiliència en la filiació adoptiva

	FILIACIÓ	Kolmogorov Estadístic	-Smirnov gl.	p
PROACTIVITAT	Adoptat	0,150	28	0,107
GRAU RESILIÈNCIA	Adoptat	0,152	28	0,099

Hem observat que hi ha igualtat de variàncies amb la prova de Levene que també és compleix tant en la filiació biològica com en l'adoptiva. Per això vam poder realitzar proves paramètriques i férem T d'Student. Els resultats que obtenim són per la Proactivitat i el Grau de Resiliència, així doncs els resultats indiquen que no hi ha diferències significatives entre les nenes biològiques i les adoptades en el Grau de Resiliència i la Proactivitat (Taula 18).

Taula 18

Prova T d'Student en les nenes de les variables Proactivitat i Grau de Resiliència en funció de la filiació

	t	gl.	p
Proactivitat	0,561	291	0,576
Grau de Resiliència	0,058	291	0,954

Pel que fa a l'Autoestima i la Connexió (inter)Personal no havent-hi igualtat de variàncies vam realitzar proves no paramètriques per veure si eren significatives les diferències mitjançant la U de Mann Whitney.

En la Taula 19 observem no hi ha diferències significatives entre ambdós grups.

Taula 19

Prova de la U de Mann de les dues dimensions segons les nenes

	U de Mann-Whitney	p
Connexió (inter)Personal	3701	,983
Autoestima	3296,5	,312

Els estadístics descriptius del Grau de Resiliència i les dimensions segons nens en funció de la filiació es mostren a la Taula 20.

Taula 20

Estadístics descriptius del Grau de Resiliència i dimensions segons els nens en funció de la filiació

	NENS	Mitjana	Desviació típica
Grau de Resiliència	Biològics	35,09	4,980
	Adoptats	33,44	5,033
Proactivitat	Biològics	10,94	2,228
	Adoptats	9,25	2,887
Connexió (inter)Personal	Biològics	13,73	2,278
	Adoptats	13,75	1,612
Autoestima	Biològics	10,42	1,834
	Adoptats	10,44	1,861

Per a veure si les diferències eren significatives vàrem seguir el mateix procés que amb el grup de les nenes, assumint la normalitat sent significativa en el Grau de Resiliència i la proactivitat, de les quals obtenim igualtat de variàncies mitjançant la prova de Levene la qual és compleix sent la $p > 0,05$, per tant apliquem la prova paramètrica de T d'Student (Taula 21). Pel que fa a la Proactivitat hi ha diferències significatives entre els dos grups de la mostra (G.I. i G.II.), sent més gran en els biològics que en els adoptats. En canvi, en relació al Grau de Resiliència no hi havia diferències significatives entre els nens biològics i els adoptats.

Taula 21

Prova de Levene i T d'Students en els nens de les variables Grau de Resiliència i Proactivitat en funció de la filiació

	Levene		T d'Student		
	F	p	t	gl.	p
Proactivitat	2,143	0,144	2,889	281	0,004**
Grau de Resiliència	0,189	0,664	1,285	281	0,200

**p<0,01

Pel que fa a l'Autoestima i la Connexió (inter)Personal com no hi havia igualtat de variàncies vam realitzar proves no paramètriques mitjançant la U de Mann Whitney. En els resultats de la relació entre el Grup I i el Grup II es va comprovar que no hi havia diferències significatives entre ambdós grups tant en l'Autoestima com en la Connexió (inter)Personal (Taula 22).

Taula 22

Prova U de Mann de les dimensions: Autoestima, Connexió (inter)Personal i Proactivitat segons la filiació

	U de Mann-Whitney	p
Connexió (inter)Personal	2026	0,726
Autoestima	2114,5	0,944

A continuació, a les Figures 4 i 5 observem els gràfics de barres compostes corresponents a les mitjanes del Grau de Resiliència i les seves dimensions en funció del sexe i segons filiació.

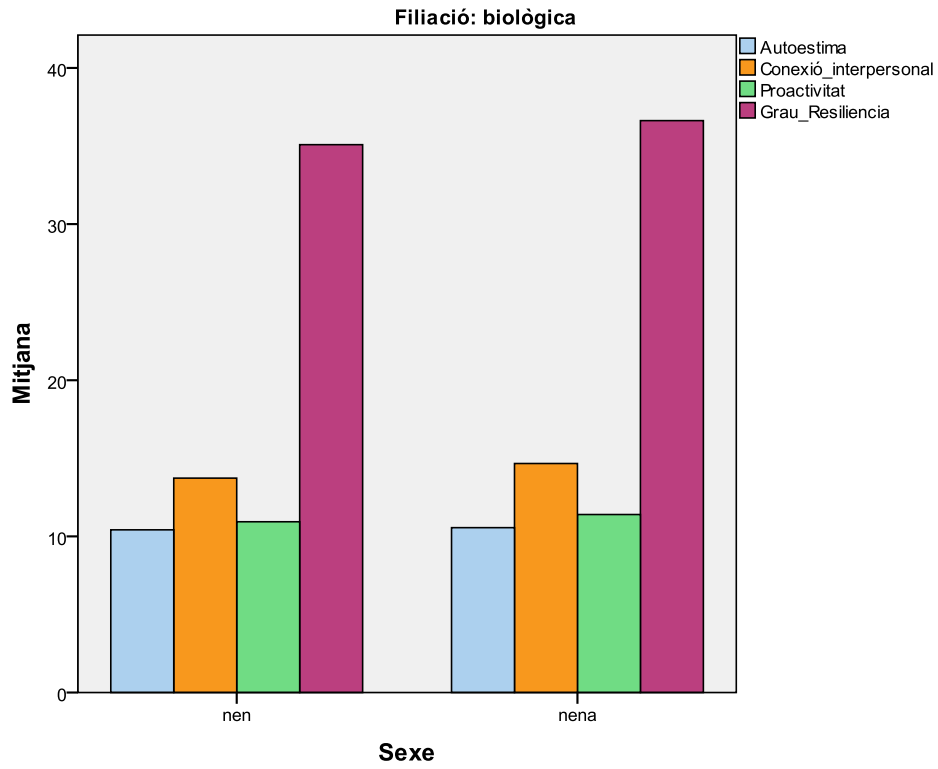


Figura 4. Mitjanes del Grau de resiliència i dimensions segons sexe (Grup I).

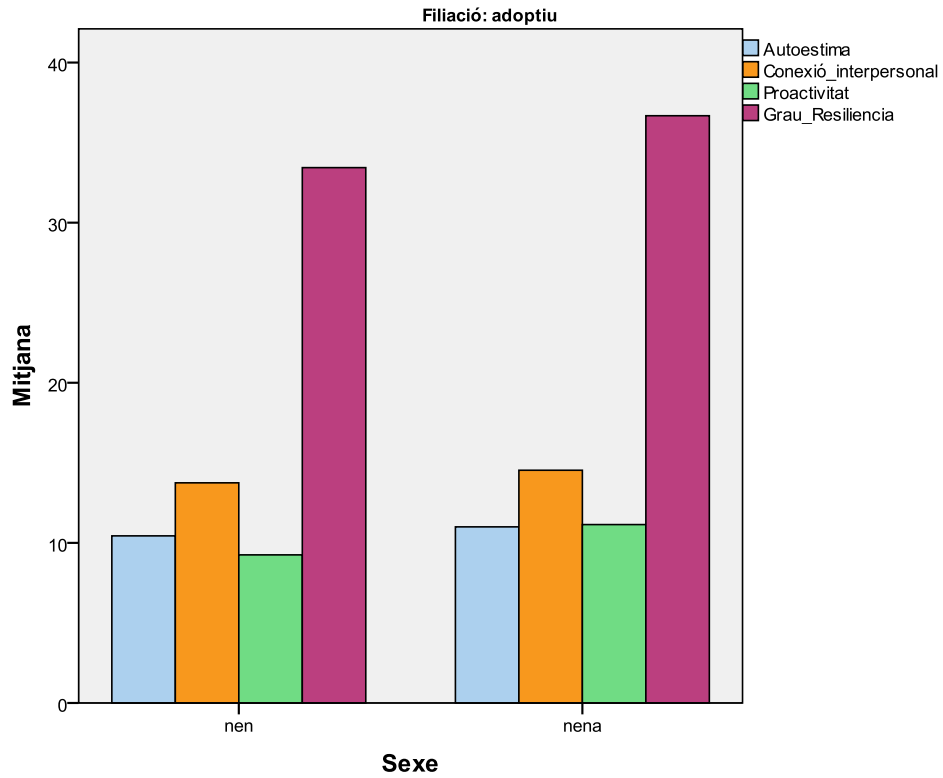


Figura 5. Mitjanes del Grau de resiliència i dimensions segons sexe (Grup II).

9.3.3. Resultat de la comparativa dels dos grups segons nota acadèmica (excel·lents/ suspensos)

Pel que fa el Grup I (biològica) i Grup II (adoptats) vam voler conèixer la relació que hi havia entre la variable nota acadèmica, i el Grau de Resiliència, és a dir, si existia alguna relació entre obtenir excel·lents o suspensos i el Grau de Resiliència de les dues mostres.

En les figures 6 i 7 mostrem el percentatge d'excel·lents i suspensos en cada un dels grups (Grup I i Grup II).

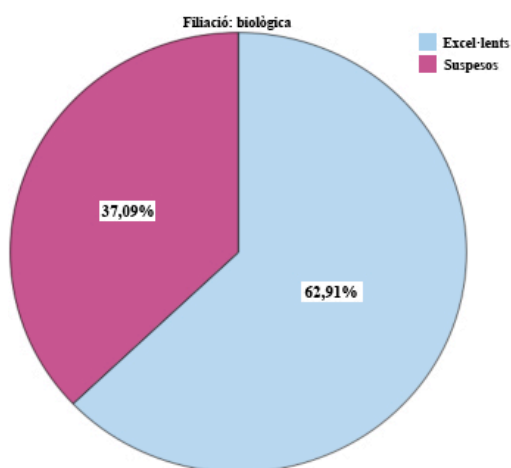


Figura 6. Percentatges d'excel·lents i suspensos pel Grup I (biològics).

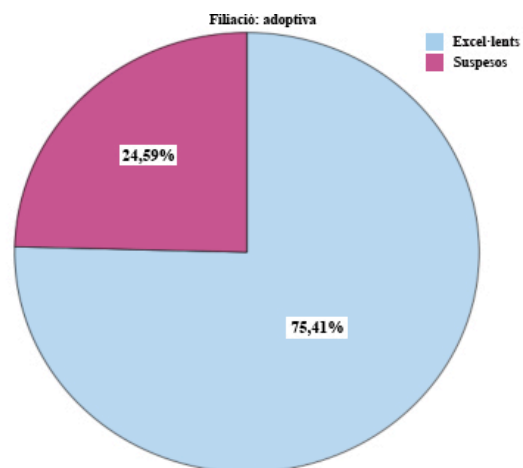


Figura 7. Percentatges d'excel·lents i suspensos pel Grup II (adoptats).

9.3.3.1. *Estudi comparatiu del Grau de Resiliència segons nota acadèmica en el Grup I*

Primer de tot observem els descriptius de les notes acadèmiques segons els excel·lents en la població biològica (Taula 23).

Taula 23

Descriptius del Grau de Resiliència segons nota acadèmica

Grau Resiliència	N	Mitjana	Desviació típica
Cap excel·lent	181	34,65	4,610
Un excel·lent	139	35,12	4,532
Més d'un excel·lent	212	37,36	4,822
Total	532	35,85	4,827

A continuació vam obtenir la igualtat de variàncies mitjançant la prova de Levène del Grau de Resiliència en funció de la nota acadèmica (Taula 24).

Taula 24

Prova d'homogeneïtat de variàncies del Grau de Resiliència en funció de la nota acadèmica (excel·lents).

Estadístics de Levene	p
0,155	0,856

Seguidament, vam realitzar l'ANOVA unifactorial per veure si hi havia significació en la comparativa, el resultat ens va demostrar que era significativa la comparativa de Grau de Resiliència entre els tres grups de la nota acadèmica ($F=18,68$; $p<0,001$).

Posteriorment vam aplicar la prova de comparacions múltiples HSD Tukey. Així doncs, els resultats obtinguts observem que sí existeixen diferències significatives en el Grau de Resiliència entre el grup excel·lent i més d'un excel·lent com també entre el grup cap excel·lent i més d'un excel·lent, mentre que no existeixen diferències significatives en el Grau de Resiliència entre el grup cap excel·lent i un excel·lent (Taula 25 i Figura 8).

Taula 25

Prova post hoc Tukey del Grau de Resiliència segons la nota acadèmica en relació als excel·lents

Excel·lents		Dif.mitjanes	
I	J	I-J	p
Cap	Un Excel·lent	-0,470	0,645
Excel·lent	Més d'un Excel·lent	-2,707*	0,000***
Un	Més d'un Excel·lent	-2,236*	0,000***
Excel·lent			

***p<0,001

A la Figura 8 podem observar el gràfic de línies on existeixen diferències significatives en els nens ($F=5,891$; $p=0,003$) entre cap excel·lent i més d'un excel·lent ($p=0,002$) i en el cas de les nenes ($F=13,853$; $p<0,001$) també entre cap excel·lent i més d'un excel·lent ($p<0,001$) i entre un excel·lent i més d'un excel·lent ($p<0,001$).

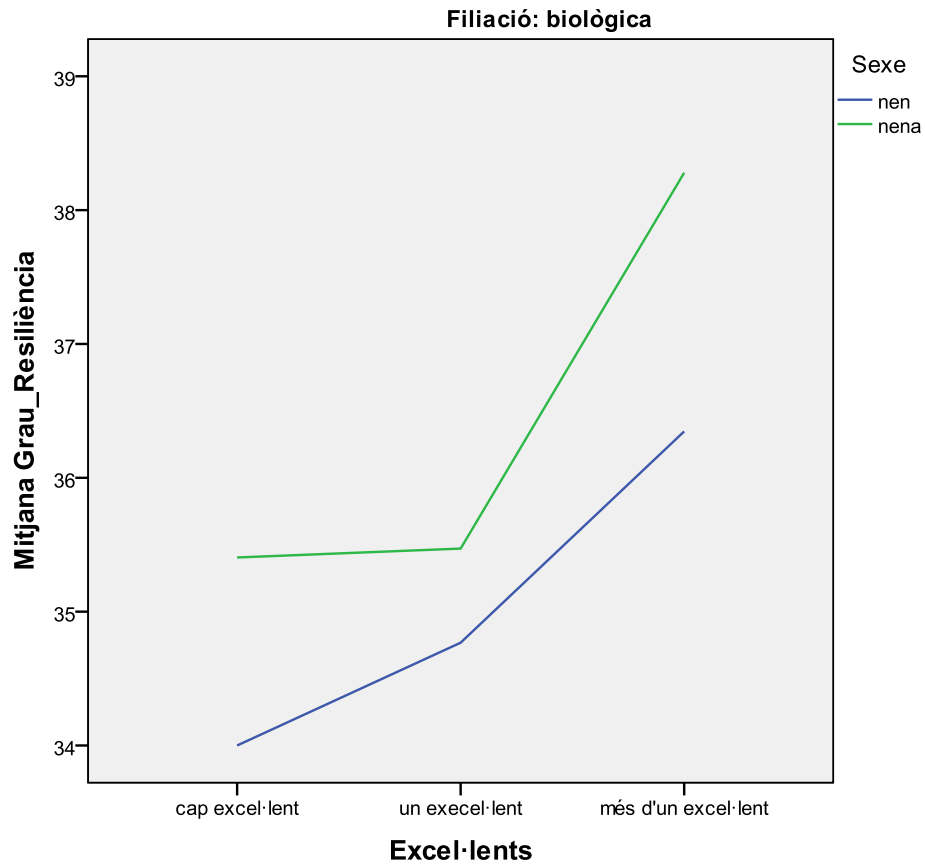


Figura 8. Gràfica de línies del Grau de Resiliència segons la nota acadèmica i el sexe.

També vàrem voler conèixer la relació entre el Grau de Resiliència i la nota acadèmica en el cas dels suspensos dels infants biològics. A la Taula 26 observem els resultats dels descriptius del Grau de Resiliència segons la nota acadèmica (suspensos).

Taula 26

Descriptius del Grau de Resiliència segons nota acadèmica en relació als suspens

Grau Resiliència	N	Mitjana	Desviació estàndard
Cap suspens	313	37,16	4,352
Un suspens	106	34,20	4,479
Més d'un suspens	113	33,79	5,216
Total	532	35,85	4,827

A continuació vam obtenir la igualtat de variàncies utilitzant la prova de Levene del Grau de Resiliència en funció de les notes acadèmiques (Taula 27).

Taula 27

Prova d'homogeneïtat de variàncies entre Grau de Resiliència en funció de la nota acadèmica en relació al suspens

Estadístics de Levene	p
2,159	0,116

Tot seguit, mitjançant l'ANOVA unifactorial obtenim diferències significatives en el Grau de Resiliència segons la nota acadèmica en el cas dels suspensos ($F=31,242$; $p<0.01$).

Finalment vam realitzar la prova de comparacions múltiples HSD Tukey, observant que sí existeixen diferències significatives entre cap suspens i més d'un suspens mentre que no existeixen diferències significatives entre un suspens i més d'un suspens (Taula 28).

Taula 28

Prova post hoc Tukey del Grau de Resiliència en funció dels suspensos

Suspensos		Dif.mitjanes	
I	J	I-J	p
Cap	Un Suspens	2,962*	0,000***
Suspens	Més d'un Suspens	3,372*	0,000***
Un Suspens	Més d'un Suspens	0,411	0,785

***p<0,001

9.3.3.2. Estudi comparatiu del Grau de Resiliència segons nota acadèmica en el Grup II

Pel que fa el Grup II (adoptiva), volem conèixer la relació que hi ha entre les notes acadèmiques, i el Grau de Resiliència.

Primer de tot fem l'anàlisi dels descriptius de les mitjanes de resiliència però com la mostra adoptiva era més petita vam agrupar els infants que treuen un o més d'un excel·lent per augmentar el número de subjectes i tenir així un grup més gran, N= 24, i en el de cap suspens són N=10. Segons la dada dels excel·lents que assenyalen els infants, podem comprovar que els nens i nenes que diuen no tenir cap excel·lent tenen una mitjana del grau de resiliència inferior, en canvi els que tenen un o més d'un excel·lent tenen una mitjana superior (Taula 29).

Taula 29

Descriptius de la relació del Grau de Resiliència segons la nota acadèmica (excel·lents)

Grau Resiliència	N	Mitjana	Desviació estàndard
Cap Excel·lent	10	32	5,437
Un o més d'un Excel·lent	24	36,54	4,746

A la Taula 30 observem normalitat del Grau de Resiliència tant en el grup de cap Excel·lent com en el grup d'un o més d'un Excel·lent.

Taula 30

Prova de Kolmogorov-Smirnov del Grau de Resiliència segons excel·lents

Grau de Resiliència	Kolmogorov- Smirnov		
	Estadístico	gl	p
Cap Excel·lent	0,209	10	0,200
Un o més d'un Excel·lent	0,142	24	0,200

Vam realitzar la comparació de mitjanes del Grau de Resiliència en funció de la nota acadèmica amb la T d'Student obtenint diferències significatives (Taula 31).

Taula 31

Prova de Levene i T d'Student del Grau de Resiliència en funció de la nota acadèmica en referència al nombre d'excel·lents

Levene		t d'Student		
F	p	t	gl	p
0,435	0,514	2,438	32	0,021

Igualment, també ajuntem un o més suspensos així queda un grup de 12 subjectes enfront de 22 subjectes que han assenyalat la opció de cap suspens de cara als resultats que es mostren a continuació. A la Taula 32 observem els descriptius del Grau de Resiliència segons la nota acadèmica (suspens).

Taula 32

Descriptius de la relació del Grau de Resiliència segons la nota acadèmica en referència al nombre de suspensos

Grau Resiliència	N	Mitjana	Desviació estàndard
Cap suspens	22	36,95	5,447
Un o més d'un Suspens	24	32	3,247

En aquest quan fem la prova de Kolmogorov observem que el Grau de Resiliència no s'ajusta a la normalitat segons la nota acadèmica. A partir d'aquí apliquem proves no paramètriques mitjançant la U de Mann Whitney. Observem que existeixen diferències significatives entre el Grau de Resiliència segons la nota acadèmica dels infants adoptats (Taula 33).

Taula 33

Resultats de la prova U de Mann-Whitney del Grau de Resiliència i la nota acadèmica en referència al nombre de suspensos

Grau de Resiliència	U de Mann-Whitney	p
Nota acadèmica	50,50	0,003**

** $p < 0,01$

9.3.4. Relacions entre les dues mostres: la mostra general i l'adoptiva segons variables sociodemogràfiques

Una part important de la nostra investigació es troba a l'entorn de les diferències que hi ha entre els nens biològics i els adoptats en relació a totes les diferents característiques que hem descrit, i, especialment, les que estan relacionades amb el Grau de Resiliència i les seves dimensions: Autoestima, Connexió (inter)Personal,

Proactivitat; a això hi afegim els resultats de les comparatives entre el grau de resiliència i les variables sociodemogràfiques.

Per saber si podíem parlar de l'existència de relació entre la variable filiació i la variable temps de televisió vam emprar la prova del Chi-quadrat de Pearson. De forma específica, vam fer la relació entre la variable filiació i les variables dels infants de: practicar algun esport, amb quina freqüència es connecten a internet, com també quant de temps miren la televisió. D'aquestes no vam trobar que existís cap relació significativa amb la variable filiació respecte la variable esport i internet, però sí que vam trobar-ne pel que fa a la variable televisió.

Inicialment observem en la Taula 34 la relació entre la variable filiació i la variable temps de TV tant en els nens com en les nenes. Observem que de les tres categories de la variable televisió, a) no miro la TV, b) miro menys d'1 hora al dia la TV o c) miro més d'1 hora al dia la TV, destaca l'existència d'una relació significativa de mirar més d'una hora al dia la TV, sent molt freqüent en la població general i molt poc freqüent en l'adoptiva.

Per tant, per a conèixer la relació entre el temps que dedicaven els infants, nens i nenes, a mirar la televisió i la filiació vam emprar la prova Chi-quadrat de Pearson. Els resultats surten significatius en les dues relacions, és a dir, les dues mostres presenten relació entre el temps de televisió i la filiació segons sexe (Taula 34).

Taula 34

Resultats de la prova Chi-quadrat de la variable temps de televisió en funció de la filiació i segmentat per sexe

SEXE	X ²	gl	p
Nen (N=280)	11,634	2	0,003**
Nena (N=287)	15,633	2	0,000***

p<0,01*P<0,001

A la Taula 35 destaca que la proporció de nens que veuen més d'una hora al dia la televisió és significativament diferent del grup de biològics que els adoptats (X²=11,634; p=0,003).

Taula 35

Taula de contingència de la variable temps de televisió i de la filiació en el cas dels nens

SEXE		Mai	Més d'1 h	Menys d'1h
	Biològics	2	198	67
Nens	Adoptats	1	5	7

A la Taula 36 destaca que la proporció de nens que veuen més d'1 hora al dia la televisió és significativament diferent del grup de biològics que els adoptats ($X^2=15,633$; $p<0,001$).

Taula 36

Taula de contingència de la variable temps de televisió i de la filiació en el cas de les nenes

SEXE		Mai	Més d'1 h	Menys d'1h
	Biològiques	3	149	113
Nenes	Adoptades	3	10	9

I per tant, la proporció de nens i nenes biològiques que miren més d'una hora la televisió és superior a la dels adoptats.

Tot seguit fem una tabulació creuada de tota la mostra biològica i adoptiva en conjunt ($X^2=26,675$; $p<0,000$). El resultat del qual van ser que la població biològica veia la TV significativament més per sobre de l'esperat sent un 61,2% del total de la mostra que veu més d'1 hora la televisió amb un residu corregit de 2,7, en contraposició de la població adoptiva que la veu molt menys de l'esperat sent només un 2,6 % de la mostra amb un residu -2,7.

9. 4. Resultat de la relació del Grau de resiliència amb les variables edat, escola i comunitat

9.4.1. Resultats de la correlació del Grau de Resiliència i la variable edat

Per tal de conèixer la relació que té l'edat amb el Grau de Resiliència vam analitzar els dos grups de la mostra, Grup I i Grup II. Els resultats indiquen que no hi ha correlació entre l'edat i el Grau de Resiliència tant en la filiació biològica ($r=0,054$; $p=0,216$) com en la filiació adoptiva ($r=0,079$; $p=0,612$).

9.4.2. Resultats de la relació del Grau de Resiliència i la variable escola

Pel que fa a la variable escola volíem saber si hi havia diferències en el grau de resiliència i les seves dimensions segons el tipus d'escola dins grup de la població general (Grup I). Primer de tot vam assumir la normalitat segons el Teorema del Límit Central i analitzarem la igualtat de les variàncies amb Levene. A continuació esbrinarem si hi ha diferències significatives del Grau de Resiliència i les seves dimensions en funció de les escoles amb l'ANOVA unifactorial. Finalment vam fer la prova HSD Tukey de comparacions múltiples.

En la Taula 37 observem els descriptius del Grau de Resiliència i les dimensions segons la variable escola.

Taula 37

Descriptius del Grau de Resiliència i dimensions segons l'escola: A, B, C, D, E, F

	ESCOLES	N	Mitjana	Desviació típica
GRAU RESILIÈNCIA	A.	87	35,63	4,678
	B.	91	35,44	4,349
	C.	63	33,10	4,845
	D.	68	35,90	4,905
	E.	94	36,84	4,755
	F.	129	36,90	4,746
PROACTIVITAT	A.	87	10,93	2,361
	B.	91	10,97	2,283
	C.	63	10,13	2,359
	D.	68	11,25	2,076
	E.	94	11,31	2,243
	F.	129	11,83	2,020
CONNEXIÓ (INTER)PERSONAL	A.	87	14,06	1,826
	B.	91	14,04	1,738
	C.	63	13,10	2,030
	D.	68	14,31	2,326
	E.	94	14,82	2,069
	F.	129	14,43	2,189
AUTOESTIMA	A.	87	10,64	1,765
	B.	91	10,43	1,462
	C.	63	10,87	1,930
	D.	68	10,34	1,990
	E.	94	10,71	1,676
	F.	129	10,64	1,767

Segons les mitjanes obtingudes en l'anàlisi dels descriptius de les diferents dimensions veiem que l'escola C és la que presenta els valors més baixos tant en

Resiliència com en les dimensions d'aquesta, Autoestima, Connexió (inter)Personal i Proactivitat. En canvi, les escoles E i F són les que obtenen les mitjanes més altes de tots els valors analitzats, sent l'escola E, la més alta en Connexió (Inter)personal i Autoestima. I pel contrari, l'escola F obté una mitjana major en Proactivitat i Grau de resiliència (Taula 37).

Quan apliquem la prova de Levène observem que es compleix la igualtat de variàncies entre els grups formats en cada variable (Taula 38)

Taula 38

Prova d'homogeneïtat de les variàncies del Grau de Resiliència i les dimensions entre els grups d'escoles

	Estadístics de Levène	p
Grau de resiliència	0,369	0,870
Proactivitat	0,770	0,572
Connexió (inter)Personal	1,092	0,364
Autoestima	1,754	0,121

p>0.05

A la Taula 39 observem els resultats de comparació de mitjanes mitjançant l'ANOVA unifactorial que és significatiu tant pel Grau de Resiliència com per les dimensions (Taula 39).

Taula 39

ANOVA unifactorial corresponent a la del Grau de Resiliència Proactivitat, Connexió (inter)Personal i Autoestima en funció de les Escoles.

	F	p
Grau de Resiliència	6,616	0,000***
Proactivitat	5,545	0,000***
Connexió (inter)Personal	5,977	0,000***
Autoestima	2,319	0,042*

*p<0,05; ***p<0,001

Posteriorment, vam poder portar a terme les proves de comparació múltiple mitjançant la HSD Tukey vam comparar les mitjanes del Grau de Resiliència i les dimensions en funció de les diferents escoles corresponents a la mostra del Grup I (biològics).

Els resultats obtinguts en la prova HSD Tukey, ens indiquen que existeixen diferències significatives en el Grau de Resiliència segons les escoles, concretament totes les escoles A, B, D, E i F es diferencien significativament per presentar un Grau de Resiliència més alt que l'escola C (Taula 40).

De la Taula 40 a la 43 vam comparar el Grau de Resiliència i les seves dimensions: Proactivitat, Connexió (inter)Personal, Autoestima segons les escoles. A continuació presentem aquelles dades que són significatives.

Taula 40

Prova de comparacions múltiples HSD Tukey del Grau de Resiliència entre l'escola C i les altres

Escola		Dif.medias	
I	J	I-J	p
C.	A.	-2,537*	0,015*
C.	B.	-2,344*	0,030*
C.	D.	-2,802*	0,009**
C.	E.	-3,745*	0,000***
C.	F.	-3,804*	0,000***

*p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

Taula 41

Prova de comparacions múltiples HSD Tukey de la Proactivitat entre les escoles que presenten diferències significatives

Escola		Dif.medias	
I	J	I-J	p
A.	F.	-0,898	0,041*
C.	D.	-1,123*	0,044*
C.	E.	-1,182*	0,014*
C.	F.	-1,702*	0,000***

*p<0,05; ***p<0,001

Taula 42

Prova de comparacions múltiples HSD Tukey de la Connexió (inter)Personal entre l'escola C i les altres que presenten diferències significatives

Escola		Dif.medias	
I	J	I-J	p
C.	D.	-1,214*	0,009**
C.	E.	-1,724*	0,000***
C.	F.	-1,702*	0,000***

** p<0,01; ***p<0,001

Taula 43

Prova de comparacions múltiples HSD Tukey de l'Autoestima entre l'escola C i la E que presenten diferències significatives

Escola		Dif.medias	
I	J	I-J	p
C.	E.	-0,840*	0,040*

*p<0,05

A la Figura 9 observem el gràfic de línies corresponent a les mitjanes del Grau de Resiliència del Grup I segons escoles.

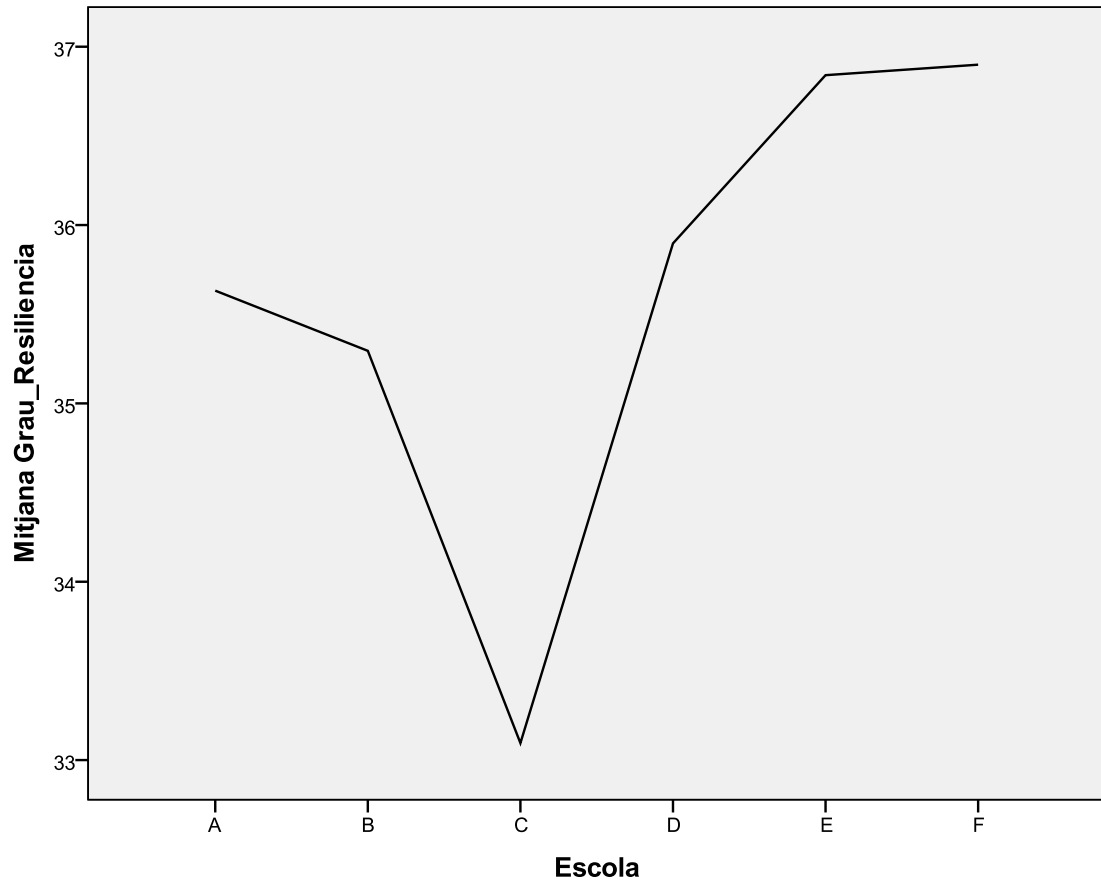


Figura 9. Mitjanes del Grau de Resiliència del Grup I segons escoles.

9.4.3. Resultats de la relació del Grau de Resiliència i la variable comunitat

En relació a la comunitat on es troben els subjectes, primer de tot analitzem la diferència dels que viuen a dins de Catalunya i els que es troben fora de Catalunya, però un cop hem assumit la normalitat de la mostra com també la igualtat de variàncies poblacionals.

A la Taula 44 indiquem els estadístics descriptius del Grau de Resiliència segons Comunitat.

Taula 44

Estadístics descriptius del grau de resiliència segons Comunitat

Comunitat	N	Mitjana	Desviació típica
Grau de Resiliència Catalunya	335	35,44	4,794
Fora de Catalunya	197	36,55	4,813

Tot seguit obtenim diferències significatives entre el Grau de Resiliència en funció de la comunitat com observem a la Taula 45 .

Taula 45

Prova de Levene i T d'Student de la variable Grau de Resiliència segons Comunitat

	Levene		T d'Student		
	F	p	t	gl	p
Grau de Resiliència	0,629	0,428	2,578	530	0,010*

P<0,05*

A la Taula 46 mostrem els estadístics descriptius corresponents al Grau de Resiliència en funció de la comunitat i del sexe.

Taula 46

Estadístics descriptius del Grau de Resiliència segons comunitat i sexe

Comunitat		N	Mitjana	Desviació típica
Catalunya	nen	177	34,84	4,701
	nen	158	36,11	4,823
Fora de Catalunya	nen	90	35,57	5,483
	nen	107	37,38	4,009

A la Taula 47 presentem resultats de la Prova de Levene i T d'Student del Grau de Resiliència segons sexe segmentat per comunitat.

Taula 47

Prova de Levene i comparació de mitjanes del Grau de Resiliència segons sexe i segmentat per comunitat

Comunitat		Levene		Td'Student		
		F	p	t	gl	p
Dins de Catalunya	Grau de resiliència	0,655	0,419	2,442	333	0,015*
Fora de Catalunya	Grau de Resiliència	6,523	0,011	2,680	195	0,008**

*p<0,05; **p<0,01

Observem que hi ha diferències significatives del Grau de Resiliència segons sexe tant a Dins com a Fora de Catalunya com també comprovem que és més gran la mitjana del Grau de Resiliència en nenes que en nens.

10. Discussió

10.1. L'IRI, *Inventario de Resiliencia Infantil*

L'objectiu principal del nostre estudi ha estat avaluar la consistència interna del *Inventario de Resiliencia Infantil* (IRI), compostat per 44 ítems que es troben repartits en 3 dimensions diferenciades: Autoestima, Connexió Interpersonal i Proactivitat, tots ells relacionats amb les característiques resilients ja esmentades i que s'associen amb el benestar dels infants, biològics i adoptats. Els resultats obtinguts de l'anàlisi de la fiabilitat mostren que la consistència interna de l'inventari presenta un valor d'*alpha* de Cronbach de 0,77, així doncs la consistència interna de l'IRI és satisfactòria. Amb això podem afirmar que les qualitats psicomètriques obtingudes de l'IRI permeten considerar-lo una eina d'avaluació vàlida i fiable per mesurar el Grau de Resiliència dels infants.

Altres tests que avaluen la resiliència i que tenen una alfa comparable amb la nostra són: el *Healthy Kids Resilience Assessment*, HKRA (Constantine, Benard i Diaz, 1999), que va avaluar la resiliència en infants en tres mostres diferents, una d'elles semblant a la nostra, de N=549, obtenint un coeficient d'alfa de 0,69 i la mostra total fou d'una N=1072 amb un coeficient d'alfa de 0,72. Com també l'*Escala de Resiliencia RESI-M* (Palomar i Gómez, 2010) és l'únic test utilitzat en l'Estat espanyol per avaluar la resiliència de població no adulta, de 12-17 anys, que va ser adaptada i validada per Iraurgi *et al.* (2012) amb el qual van obtenir una alfa de Cronbach per sobre de 0,78. I com a darrer apunt al respecte, el primer test que va existir de resiliència, l'ER89, (Block i Kremen, 1987), va obtenir una alfa de 0,76; és a dir, tots els tests esmentats tenen una consistència semblant a la nostra.

Pensem que en escollir el tipus de resposta del nostre inventari de resposta dicotòmica (SÍ/NO), en front al model de resposta amb una escala tipus Likert amb la població infantil que treballem, amb una franja d'edat compresa entre 7-13, ha estat adequada ja que en cas contrari hagués complicat enormement les respostes dels infants, augmentant el temps de resposta de cada ítem i fent més difícil la presa de decisió. A més, era un risc molt gran que el cansament dels infants i la disminució de l'atenció es transformés en respostes realitzades per assaig-error el que es traduiria en una disminució de la fiabilitat de l'inventari.

10.2. Resultats en funció de les variables sociodemogràfiques com individuals

En el global de la mostra els resultats que vam trobar indicaven l'existència de diferències significatives en el grau de resiliència entre nens i nenes, tan en la població biològica com en l'adoptiva, sent més alt el grau de resiliència en les nenes que en els nens.

En relació a això cal destacar la coincidència dels nostres resultats a l'entorn de les diferències del Grau de Resiliència segons sexe amb els obtinguts en els estudis de Matalinares *et al.* (2011) i González-Arratia, Valdez i González (2011), on també van constatar que les nenes eren més resilients que els nens. D'altra banda, els seus resultats sobre la resiliència en nens malalts de càncer (González-Arratia *et al.*, 2011) posaven de manifest que els nens/es de 9-12 anys eren més resilients que els de 13-16 anys, és a dir, obtenien diferències significatives segons l'edat dels infants; en canvi, en el nostre estudi no apareixen diferències significatives per la variable edat, tot i que nosaltres ens centrem només en nens de 7-13 anys. Ambdós estudis destaquen el paper indispensable de la família per afavorir el desenvolupament de la resiliència en els infants.

Al mateix temps, en l'estudi de validació de l'*Escala de Resiliència Escolar*, E.R.E. (Saavedra i Castro, 2008), per a nens i nenes d'entre 9 i 14 anys, que fou realitzat a l'entorn escolar, com en el nostre estudi, van obtenir resultats semblants, és a dir, major resiliència de les nenes que no pas els nens.

Insistent en les diferències entre sexes també destaquen resultats similars els que va trobar Salgado (2009) en el seu estudi sobre Felicitat, Resiliència i Optimisme, on destaca l'existència d'una relació altament significativa entre les tres variables i citant a Hartog i Oosterbeek (1997) afirma que les dones són més felices que els homes, el que indirectament està relacionat amb la resiliència. Així doncs veiem aquests diferents estudis, com el famós estudi de Werner (1982; 1989; 1993), a les Illes Kauai, que corroboren l'existència de diferències significatives segons sexes en el Grau de Resiliència, és a dir, que les nenes son més resilients que els nens.

Cal destacar que en la majoria d'estudis que avaluen la resiliència es conclou que existeix una tendència poblacional a obtenir puntuacions més elevades en resiliència, és a dir, alta o mitja resiliència, passant a ser molt inferior els casos que la

tenen baixa com corroboren els estudis de Salgado (2005), Saavedra i Castro (2008), Rua i Andreu (2011) i Matalinares *et al.* (2011).

En aquest últim estudi també van utilitzar el *Inventario de Factores Personales de la Resiliencia* de Salgado (2005). Els nens tenien entre 10-12 anys (N=420) i els percentatges dels nivells del grau de resiliència eren de 6,5% baix, 33% alt i 60,8% mig. Si comparem amb els percentatges de tota la nostra mostra (N=576) veiem que el valor del grau Mig que obtenim és de 68,58%, el qual és força similar a l'anterior. Per això, en relació als resultats del Grau de Resiliència, destaquem que les puntuacions més baixes del grau mig establím el criteri de considerar-les com a puntuacions amb un Grau de Resiliència pobre, com seria el cas d'una part dels nens de la nostra mostra que pertanyen a l'escola C (comentat en l'apartat 9.4.2), els quals obtenen les puntuacions més baixes en el grau de resiliència en relació a la resta de la mostra del Grup I i que comentarem més extensament quan parlem d'altres variables sociodemogràfiques, entre elles les escoles.

Així doncs els resultats del grau de resiliència que podem considerar que són els desitjats per obtenir en els infants, especialment després d'un tractament terapèutic, serien el Mig-Alt i especialment l'Alt, ja que es considera el grau en el qual l'infant estaria més capacitat per entomar situacions traumàtiques si s'escau.

D'altra banda, vam realitzar l'estudi de les correlacions entre el grau de resiliència i els seus factors: Autoestima, Connexió Interpersonal i Proactivitat. Els resultats van mostrar l'existència d'una correlació positiva entre el grau de resiliència i els seus tres factors, és a dir, a major grau de resiliència major Autoestima, Connexió Interpersonal i Proactivitat.

La mostra la vam dividir en els subjectes de Dins de Catalunya i els de Fora de Catalunya, aquests últims els vam agrupar com un conjunt sencer, ja que no vam trobar diferències significatives en el grau de resiliència entre els subjectes de Sueca (València) i els de Novés (Toledo), que representarien els de Fora de Catalunya. En l'anàlisi d'ambdues mostres, de Dins i Fora de Catalunya, vam comparar les mitjanes que obtenien segons Grau de Resiliència i es va destacar l'existència de diferències significatives entre ambdós. És a dir, la mostra Fora de Catalunya presentava major Resiliència que dins de Catalunya. Però es justifica ja que el número de nenes era superior Fora de Catalunya que a Dins de Catalunya, i com aquestes presenten una resiliència major aquest fet influencia en la mitjana total i així observem que la resiliència total sigui superior a Fora de Catalunya. Per això aquests últims resultats no

són extrapolables a la resta de la població, per tal de poder-ho comprovar hauríem d'ampliar la mostra fins que fos equitativa en el número de nenes i nens en cada un de la mostra.

Les diferències socioeconòmiques de la nostra mostra del Grup I, l'hem analitzat a través de les escoles en les quals assistien els infants que van formar part del nostre estudi, concretament per la zona sociogeogràfica on eren situades. Específicament vam veure que les característiques de les escoles influenciaven en el Grau de Resiliència dels seus alumnes havent diferències significatives entre tots ells segons l'escola de procedència. Aquest fet està relacionat amb que la mateixa escola presenta un grau de resiliència menor que en la resta d'escoles de la mostra. Destaca el fet que la mostra de l'escola C no presenta diferències significatives entre sexes, mentre que a la resta d'escoles de la mostra sí n'hi havia, seguint la tendència que presenten les poblacions com la nostra, de la qual concloem que les nenes són més resilents que els nens. Cal matisar que l'escola esmentada pertany al districte de Sants-Montjuïc de la ciutat de Barcelona, concretament a la Zona Franca, una àrea on es concentra un alt percentatge d'infants procedents de famílies desestructurades amb un baix nivell socioeconòmic. Tanmateix podem afirmar que es compleix la 3^a hipòtesi ja que la resiliència varia segons el sexe, la comunitat i l'escola, excepte l'edat dels infants.

En relació a les característiques sociodemogràfiques es constata que en zones molt desfavorides i amb unes necessitats no cobertes, això influencia enormement en disminuir el grau de resiliència, com també es justificava que en l'escola C no es trobessin diferències significatives entre nens i nenes degut a què ambdós tenen una puntuació baixa en resiliència, resultat que va destacar com a diferenciador de la resta de la mostra. Tot i que, segons l'estudi de Wang, Haertel i Walberg (1994), les característiques sociodemogràfiques dels infants o districtes on viuen no influencien tant en la resiliència com l'entorn familiar en sí o les dinàmiques escolars. Aquests autors van descriure les característiques escolars que fomenten la resiliència infantil, sent una escola activa i per projectes la més recomanada, que són les dinàmiques més innovadores de les escoles de l'actualitat, i Flagler (2004) dóna molta importància a la implicació de la família en el projecte educatiu de l'escola dels propis fills. És a dir, segons aquests autors no és el tipus d'escola ni el barri el que intervé directament en la resiliència sinó que és el tipus de dinàmiques educatives i, especialment, l'entorn familiar el que més hi influencia. Així doncs, novament destaquem la idea de la importància i el paper fonamental de la família, cabdal per a fer possible el

desenvolupament de les característiques resilients dels infants, resistint l'impacte d'un ambient de risc o una història amb traumes difícils de superar. Hi ha molts autors que recolzen la idea de tenir la família com a eix vertebrador per a poder superar qualsevol vivència traumàtica o dany sofert, per tal de promoure la resiliència, com són: Chomlier i Duyme (2009); Delage (2010), Friedlander (2003), Garmezy (1993), González-Arratia, Nieto, Valdez (2011, 2008), Hussey, Falletta i Eng (2012), Walsh (2004).

En relació al comentat i vinculant a la pràctica clínica, proposem una intervenció terapèutica basada en el nostre programa d'intervenció a través de la Resiliència amb l'objectiu futur d'aplicar-ho a un nombre major de casos. Treballarem per tal de poder confirmar la hipòtesis que tenim de què una família adoptiva amb una acurada intervenció en resiliència pot afrontar millor el fet adoptiu, ja que possibilita una major adaptabilitat de l'infant amb la seva família. I que, per altra banda, pugui vincular-se de forma més ràpida i segura, millorant la qualitat de vida i benestar de l'infant i la seva família.

Com també estem segurs que cal aprofundir en quines millores es poden fer per atendre als infants adoptats en els centres escolars i ens plantejem que seria necessari poder fer un programa d'intervenció per fomentar la resiliència dins l'escola mateixa, concretament en aquelles zones més desestructurades i/o de nivell sociodemogràfic més baix. Hauria de formar part de les mesures de prevenció per lluitar contra la marginació social d'una part de la població, per evitar que alguns infants nascuts en aquelles zones repeteixin les històries dels seus progenitors.

10.3. Resultats en funció de la variable filiació

En general, considerem que les famílies adoptives que han accedit a formar part de l'estudi són famílies que són estables, amb una comunicació oberta amb els seus infants en relació a l'adopció, que propicien un entorn de seguretat. Es fa evident que les famílies dels infants de tota la mostra són fonamentals en la nostra recerca, perquè influencien de forma indirecta el Grau de Resiliència, i tot i que no les hem pogut incloure en el nostre estudi, les tenim molt presents en el pes que tenen per l'objectiu del mateix, la resiliència. Amb aquesta idea sorgeix l'interès per conèixer la relació entre el temps que dediquen els nens i nenes a veure la Televisió segons si són fills

biològics o adoptats. En els resultats que més destaquen observem l'existència de diferències significatives en relació al temps que miren la TV. Concretament destaca que ambdós es diferencien en relació a el percentatge de nens de la població biològica que diuen que veuen més d'una hora al dia la televisió és un 70,7 % mentre que en la població adoptiva ho fan en un 1,8%, i en el cas de les nenes de la població biològica són un 51,9% i en l'adoptiva un 3,5% sent les adoptades superiors en aquest. En els resultats obtinguts influencia el fet que molts adoptats afirmen no mirar la TV enfront del biològics que sí que ho fan. És una característica que crida l'atenció ja que actualment existeix un abús del consum de Televisió pels més petits el que influencia en la comunicació amb la família com en la possibilitat d'experimentar amb altres formes de lleure que possibiliten la creativitat, l'atenció, la motivació, i finalment i no menys important la relació amb els iguals, la sociabilitat.

A continuació, vam analitzar la nostra mostra fent comparatives dels dos grups I i II, segons filiació biològica i adoptiva, comprovant l'existència de diferències significatives entre el Grau de Resiliència i les notes acadèmiques (excel·lents o suspensos), sent més alt el grau de resiliència quan hi havia més d'un excel·lent que no pas amb cap o un excel·lent, mentre que, disminuïa el Grau de Resiliència quan obtenien un o més d'un suspensos i augmentava quan no tenien cap suspens. Els resultats són similars als que vam obtenir anteriorment amb els excel·lents però en sentit contrari; és a dir, a mesura que augmenten els suspensos la mitjana del grau de resiliència disminueix. La mitjana varia des de 37,16 quan no hi ha cap suspens fins a 33,79. Per tant, veiem com sí que es compleix la segona hipòtesi plantejada ja que el tipus de filiació es relaciona amb les variables sociodemogràfiques, com el temps de mirar la televisió i les notes acadèmiques.

La importància de la capacitat cognitiva per la resiliència és coneguda en moltes de les definicions de les característiques considerades resilients, com ho fan Jew (1991) i Melillo i Suárez Ojeda (2001), aquests últims, descriuen com a trets principals de la resiliència individual: tenir habilitats i/o capacitats, ser flexible, baixa susceptibilitat, ser forts i resistents, temperament especial i habilitats cognitives que ajudin a combatre els esdeveniments adversos i estressants. Al mateix temps, Masten i Obradovic (2006), que estudien les competències i la resiliència en el desenvolupament infantil, en els seus resultats recolzen la idea que els infants resilients tenen un Quocient Intel·lectual (QI) major que els que no ho són. Però, dels resultats obtinguts, crida l'atenció que en la comparativa de la variable nota acadèmica entre els dos grups (biològics i adoptats),

segons mitjanes estadístiques, són superiors els excel·lents en la població adoptiva que en la biològica, contràriament amb el que diuen alguns autors com Múgica (2008) que afirma que el fet adoptiu influencia negativament en els resultats acadèmics. L'autor considera que les dificultats escolars dels infants adoptats és un dels primers motius de consulta als professionals; els pares descriuen que els seus fills es mostren amb dificultats per atendre i concentrar-se a l'aula. Els nostres resultats es troben influenciats per les característiques de la mostra adoptiva, els infants de la qual acostumen a estar en el curs que els hi toca per edat o només amb un any de diferència, no contemplant aquells que tenen més dificultats; aquest fet influencia en la variable nota acadèmica. Si més no s'adiuen amb les opinions que reclamen un canvi de perspectiva de la categorització de la població adoptiva carregada de problemes cap a una mirada més desvictimitzadora tot i que contradiguin la mirada més tradicional de la teoria en adopció.

No obstant això, la dada que més interès sembla generar considerant les variables resiliència i adopció, és la de si el fet adoptiu influencia negativament en el grau de resiliència, és a dir, conèixer les diferències en el Grau de Resiliència de la població adoptiva i la biològica. Quan analitzem les diferències en el Grau de Resiliència entre la població biològica (Grup I) i l'adoptiva (Grup II), trobem que no es compleix la primera hipòtesi ja que els resultats obtinguts indiquen que no existeixen diferències significatives entre les nenes del grup I i el grup II, ni en el Grau de Resiliència ni en les seves dimensions, tot i que la mitjana del Grau de resiliència surt lleugerament superior en les nenes adoptades que no pas les biològiques. En canvi, en el cas dels nens, sí que es compleix la hipòtesi perquè trobem diferències significatives en la dimensió de la Proactivitat sent més alta en el Grup I que en el Grup II. A pesar que la mitjana del Grau de Resiliència en els infants biològics és lleugerament més alta que en els adoptats, aquesta diferència no és significativa estadísticament, com tampoc ho són les diferències en les altres dimensions: l'Autoestima i Connexió (Inter)personal. En aquests resultats influencia directament el fet que el grau de Resiliència en les nenes s'ha demostrat en diversos estudis que és superior que en els nens, és a dir, la resiliència es veu determinada pel sexe, i això ajudaria a què no s'apreciessin les diferències significatives entre ambdós poblacions en el sexe femení però sí en el masculí. Si més no aquests resultats es podrien comparar amb els obtinguts per Barcons *et al.* (2011, 2012) que van concloure que els infants de sexe masculí no adoptats s'adaptaven millor a les seves famílies que els adoptats, a diferència dels infants de sexe femení,

biològiques i adoptives, que presentaven el mateix nivell d'adaptació envers les seves famílies; d'aquesta manera, concorda la idea d'una millor adaptació de les nenes ja que presenten més resiliència que els nens.

Així doncs, veiem en els resultats que no trobem pràcticament diferències significatives entre la població biològica i l'adoptiva en el grau de Resiliència i les seves dimensions, el que s'enllaça amb la idea que moltes de les problemàtiques o trastorns associats als nens adoptats rau en la història prèvia i en la capacitat de la família adoptiva per a exercir una parentalitat reparadora i no en el fet adoptiu *per se*.

Tanmateix, una vegada que els infants adoptats ja porten un temps amb la seva família adoptiva pot haver un canvi substancial en el nivell d'adaptació envers a elles. Seguint les idees de Friedlander (2003), si analitzem les variables que ajuden a l'adaptació dels infants adoptats, les quals són l'autoestima i la conducta prosocial, es veu com aquests obtenen puntuacions comparables amb els infants biològics, i fins i tot, a vegades, superiors. Aquests resultats ens fan pensar de nou que el fet adoptiu no sempre ha de perquè fer davallar la resiliència dels seus infants un cop ja estan amb la seva família adoptiva, ja que, com hem defensat al llarg del nostre treball, és un factor promotor de resiliència. D'aquesta manera, destaquem que per a l'adaptació dels infants no només influencien les característiques resilents individuals sinó que també participen les familiars i socials (Masten i Obradovic, 2006). Si més no, hem de reconèixer que és una dada que sorprèn, ja que potser no és la més esperable; però, som conscients que les diferències en la mida de la mostra pot influenciar en el resultat, com també el fet de les característiques diferencials que presenten les famílies adoptives pel sol fet de participar voluntàriament al nostre estudi, que poden haver esbiaixat els resultats comentats de la variable nota acadèmica, on obtenen més bones notes els adoptats que els biològics segons la mitjana d'excel·lents i suspensos.

En canvi, Rúa i Andreu (2011), estudi explicat en apartats anteriors (els punts 3.3 i 4) van concloure que existien diferències estadísticament significatives en relació al nivell de resiliència entre un Grup A, població normativa, i Grup B, població institucionalitzada i víctimes de maltractament parental. Era més alta la resiliència en el Grup A que no pas en el Grup B, els resultats es justifiquen pel fet del que ja és conegut i explicat en el marc teòric, l'alt grau de nocivitat psicològica que suposa per l'infant el fet d'estar institucionalitzat sense rebre les atencions necessàries i, més important encara, sense tenir els vincles parentals i emocionals, com la exclusivitat que atorga una família, fonamental per a desenvolupar-se. Segons Rutter (1998) les conseqüències de la

deprivació en una institucionalització podien ser, problemes d'aferrament, inatenció o trets d'autisme. Però a pesar d'aquestes mancances primerenques o vivències traumàtiques, el fer possible processos resilients en els infants adoptats és un factor protector per al desenvolupament de psicopatologies, i si més no, tot i el trauma viscut poden augmentar la seva recuperació en un 35-60% (Bonano, 2006).

10.4. Implicacions de la prevenció pel benestar dels infants adoptats

La prevenció és la millor opció per afavorir la qualitat de vida dels infants adoptats i les seves famílies, entenent la prevenció com aquella que aconsegueix millorar l'adaptació i/o vinculació dels nens i nenes als seus pares adoptius.

Sempre que parlem de prevenció es té en compte que els infants adoptats són una població que presenta factors de risc, en aquest cas la majoria són causats per les històries prèvies viscudes. Brodzinsky (2007) descriu diferents pèrdues pels adoptats: pèrdua dels pares i germans biològics, com també parents, pèrdua genealògica, d'amics, de cultura d'origen, entre d'altres. I en relació als factors de protecció poden aparèixer abans i després de l'adopció, tot i que, en la nostra recerca, ens hem centrat en la prevenció, concretament en el període adoptiu que és l'àmbit des del qual portem a terme la nostra pràctica professional en psicologia clínica infantil, com a psicoterapeutes.

Al llarg de tot el nostre treball hem defensat la idea que per fer prevenció cal promoure la resiliència en els infants adoptats tenint en compte el pes de les diferents característiques que els envolten: les individuals, les familiars i les socials, especialment el sistema familiar. I com Juffer *et al.* (2011), Van Ijzendoorn i Juffer (2006) defensen tenir com a centre d'interès les potencialitats dels menors adoptats i no les dificultats, per tal de potenciar les característiques resilients dels individus i de les seves famílies i així promoure una millor adaptació. El mitjà per poder-ho aconseguir és realitzant un model d'intervenció estructurat de forma acurada per arribar a l'objectiu plantejat (Delage, 2010). Per això mateix, proposem un model d'intervenció en infants adoptats a través de la resiliència, tenint com a base teòrica aquells autors que defensen la idea que aquesta afavoreix l'adaptació i vinculació positiva de l'infant a les seves famílies. Un

programa basat principalment en la teoria de Walsh (2004), que altres autors han considerat un model vàlid per afavorir la resiliència en infants adoptats (Buchanan, 2008). L'aplicació del programa ja s'ha iniciat en alguns infants en l'àmbit clínic amb bons resultats terapèutics.

Des del model ecològic, es planteja la idea que a més diversitat interna dins d'un sistema i major sigui la interacció entre les parts del mateix, més capacitats resilents posseeix aquest ecosistema, definint la resiliència com “la capacitat d'un sistema per retornar a les condicions prèvies a la pertorbació” (Keeley i Browne, 1986). A més, cal especificar que la resiliència pot esdevenir o no i en aquest darrer cas no cal centrar-se en la víctima i preguntar-se perquè no ha estat resilient, ja que no és l'únic factor que intervé en la resiliència individual, sinó que va acompanyada per uns factors externs adequats dels quals destaquem la família. El poder d'aquesta rau en el paper decisiu de les famílies adoptives en la resiliència dels infants adoptats. És per això que insistim en la bona adaptació d'aquests infants a les seves famílies adoptives; concretament podem dir que en un 73,8% els nens i nenes s'adapten bé a les seves famílies adoptives enfront del que s'acostuma a pensar. Tot i que, a pesar d'aquesta bona adaptació, tenint en compte la vessant individual, social i emocional, existeix una part de la població adoptiva que necessitarà ajuda professional per aconseguir-ho, el que correspon a un 27% de la mateixa (Manzi *et al.*, 2014). Aquest percentatge de la població adoptiva acostumen a ser infants amb característiques afegides les quals els hi dificulten l'adaptació, ja que influencien negativament en la relació amb els altres, com els pares adoptius, com per exemple el cas d'infants que presenten un Trastorn de Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (Karapetian i Johnson, 2005), tot i que moltes vegades, la població adoptiva presenta característiques compatibles amb el TDA-H però provocades per trastorns de caire emocional.

Per fer prevenció cal fer una bona intervenció. En relació a això Greenberg (2006) defensa la idea que potenciar les competències dels infants i en el context que els envolta fa que les intervencions promoguin la resiliència. I si la prevenció la centrem en fer intervenció primerenca amb els infants es redueixen els problemes de comportament a més de construir noves competències per la infantesa i l'adolescència. Segons l'autor, es focalitzaria en millorar les Funcions Executives: l'autocontrol, planificació, resolució de problemes, regulació emocional i capacitat d'atenció, mitjançant la tècnica que anomena *PATHS, Promoting Alternative Thinking Strategies*.

De tot el nostre aprenentatge, volem destacar que no hi ha millor prevenció pel benestar infantil que aconseguir potenciar totes aquelles característiques resilients en els infants en tots els àmbits, no exclusivament en la clínica. És a dir, afirmem que hauríem de poder incentivar el canvi de les polítiques de protecció dels menors desprotegits que acaben en centres de menors durant un període llarg de temps, com també les educatives per tal d'aconseguir modificar el currículum escolar de tots els centres educatius. Tenint com a fita principal d'aquests canvis el potenciar les dimensions resilients dels infants: autoestima, autonomia, creativitat, proactivitat, humor, empatia, locus of control, connexió (inter)personal, entre d'altres, que coneixem i sabem del cert que seran l'escut protector per entomar futures vivències traumàtiques dels infants.

Seria una reflexió a posar en la taula dels polítics que són els que poden canviar-ho, plantejant-se com reduir el temps d'espera dels infants que resideixen en centres preguntant en quin any s'ha aconseguit un temps d'espera més curt i com ho vam aconseguir. Assumir els beneficis de les mesures portades a terme llavors, sense tenir en compte la tendència política del moment, i millorar-les per tal de beneficiar l'estabilitat psicològica de milers d'infants que pateixen les conseqüències dels llargs processos burocràtics, i de institucionalització que només generen casos infants que creixen sense família. Estament social, que com hem afirmat en diferents ocasions, és fonamental pel desenvolupament psíquic i físic de l'infant, com també per promoure la resiliència (Delage, 2010; Friedlander 2003; Garmezy, 1993; González-Arratia, Nieto i Valdez, 2011; Hussey, Falletta i Eng, 2012; Walsh, 2004).

Hem de tenir present el que s'afirma la psicologia positiva: ser resilients contribueix directament a una millor salut de l'individu (González-Arratia, 2009). En definitiva, cal insistir en què l'interès principal que ens ocupa és el d'aconseguir el benestar dels infants, especialment dels que han patit en la seva primera infància. És doncs, el nostre primer objectiu, per utòpic que sembli, assolir un canvi qualitatiu en la situació actual dels infants que pateixen, centrant-nos en els infants adoptats que és l'àmbit on som especialistes. Un canvi principalment en la seves característiques intrínseques per a què siguin cada cop més properes a les resilients, millorant així la seva adaptació a la nova família, fent-la en un període més breu com també millorant el vincle entre ells. En el cas dels infants, estant presents els pares i els professionals per fer possible aquesta fita: aconseguir la felicitat i benestar dels nens/es.

Si més no, quan ens plantejem possibles solucions centrant-nos en el període previ a l'Adopció caldria estudiar millores en el procés de formació seguint les

recerques específiques ja fetes sobre la temàtica, com la de León, Sánchez-Sandoval, Palacios i Román (2010), que realitzaren un programa de formació per a un grup de futures famílies adoptives (N=15) seguint dos objectius: en primer lloc per fer una autoavaluació de potencialitats i recursos familiars i madurar la decisió d'adoptar, i en segon lloc recolzar als sol·licitants en la seva preparació per a ser pares adoptius com també promoure en ells canvis significatius per a fer possible l'adaptació i educació del nen adoptat. I pel que fa a les famílies adoptives poder conèixer les característiques que presenten, punts forts i punts dèbils, per tal de fer un treball previ de les mancances existents per a poder assegurar un major èxit de l'adopció, com és el cas de les investigacions portades a terme per psicòlegs com Obando, Villalobos i Arango (2010) de la Universidad del Valle (Colòmbia) que tenien com a objectiu reconèixer l'estat psicològic dels infants abandonats que vivien al carrer com també analitzar els recursos interns de que disposaven i que els propis infants descobrissin que els tenien, per tal de sortir-se'n de la condició de víctimes; els autors van afirmar la necessitat d'un adult per l'establiment de vincles significatius com l'augment de la confiança en les seves potencialitats. Aquest estudi és un exemple de connexió entre la recerca i la pràctica. Actualment les valoracions que es fan, tot i ser molt acurades, sovint s'escapen de la realitat de les característiques amb què venen alguns nens adoptats, fets que acaben superant l'estabilitat aparent de les famílies, el que provoca com a resultat el fracàs del procés adoptiu.

Així doncs, el fet de que hi hagi connexió entre la recerca i la pràctica és una altra necessitat que verbalitzen les famílies adoptives i en la qual caldria fer una acurada reflexió, però no només del món de la investigació a la pràctica professional, si no de com podem fer arribar tots els resultats de les investigacions més pioneres en adopció a les pròpies famílies adoptives. Com obrir la porta de la disponibilitat del poder de la informació a les famílies adoptives que ho necessitin i que per altra banda pot ser un factor preventiu de moltes problemàtiques en l'adaptació i vinculació dels infants adoptats, ja que d'aquest depèn el benestar dels pares adoptius. Com més respostes puguin anar omplint més segurs estaran i amb més tranquil·litat i/o seguretat podran portar a terme una parentalitat bentractant (Barudy, 2005), assegurant-nos un millor pronòstic de l'adopció.

Com hem afirmat anteriorment, el resultat global de la nostra investigació vol aconseguir apropar més la teoria i la pràctica en intervenció en adopció (Palacios, 2010), especialment en el camp de la psicologia, aportant les diferents reflexions

teòriques a l'entorn de la resiliència i l'adopció i com influencien i s'interrelacionen una amb l'altre, com també la validació d'una eina que mesura la resiliència infantil validada en població espanyola, l'IRI (Inventario de Resiliencia Infantil).

I els coneixements adquirits al llarg d'aquests anys han fet possible iniciar intervencions clíniques a través de la resiliència fet pel qual aportem un programa d'intervenció que té com a objectiu afavorir la resiliència en els infants adoptats. Al mateix temps, seguint la nostra línia d'apropar la teoria i la pràctica, afegim el compromís de publicar l'IRI per tal de que pugui estar disponible per tots els professionals que treballen en adopció de diferents camps terapèutics, com també per aquells professionals de l'àmbit social que tenen la difícil tasca d'ajudar a recuperar-se nens i nenes que han patit greus fets traumàtics al llarg de la seva vida.

Finalment, cal recordar que l'objectiu de fer prevenció abans i durant la intervenció és millor que haver d'emprar mesures de compensació i reparació dels danys soferts, especialment quan parlem d'infants en risc. En el cas dels nens i nenes adoptats, acollits o en centres (institucionalitzats), si es treballa i es sembren les característiques resilents en ells fent-los més forts per afrontar els esdeveniments traumàtics als quals estan exposats, recollirem els fruits d'una millor adaptació i/o vinculació entre pares i fills, com també un augment de la confiança que té l'infant en les figures de referència (tutors de resiliència) que es vagin trobant al llarg de la seva vida; aquests seran elements decisius per a refer-se i construir-se de nou de forma positiva. Sense oblidar el que Delage (2010) afirmava, que per a un bon procés terapèutic l'infant ha de deixar enrere el posicionament de víctima per reprendre el camí de la vida gràcies a la resiliència.

11. Conclusions

Primer de tot, volem destacar la idea que l'estudi de la resiliència ens ha captivat per la possibilitat de canviar la percepció que teníem de la població adoptada o d'infants amb risc social, veient totes les mancances i riscos afegits en el seu desenvolupament futur, per una mirada molt més positiva de tots els punts forts i factors resilients que els poden ajudar a poder seguir creixent de forma sana física i mentalment com la població general. És un dret que tenen tots els infants, poder-se desenvolupar al màxim de les seves potencialitats. Si més no, el nostre estudi està dirigit a tots aquells infants que hem conegut, que estem coneixent i també als que mai coneixerem, esperant contribuir a la seva vida aportant una mica més de benestar que potser els haurà conduït, juntament amb la influència de la família, a ser una mica més feliços.

Per això mateix hem intentat tenir cura del benestar de tots els infants que han participat en l'estudi, de tal manera que els hi fos un moment agradable i d'aprenentatge de quelcom nou d'ells mateixos. La nostra experiència ens diu que la major part de nens i nenes que formen part de l'estudi s'ha mostrat contenta i ha agraït que se'ls hi formulés preguntes sobre ells mateixos i alguns reconeixien haver après fent-ho. Creiem que els infants fan un procés d'introspecció i reflexió que els ajuda a augmentar el seu autoconeixement. En els estudis de Rutter (2001) sobre nens romanesos adoptats per famílies del Regne Unit revelen que el 81% de les famílies que van accedir a participar en el seu estudi agraïen haver-ho fet. Creiem que tot i les reticències que inicialment podem haver trobat en alguna escola per la població general i, especialment, per aconseguir la mostra adoptiva, els nens i nenes com les famílies resten satisfets per la seva participació; primer de tot per les característiques dels ítems de l'IRI que se'ls formula que, en el dia a dia, ningú acostuma a preguntar-los-hi, com també pel fet de poder participar en un estudi que pot tenir rellevància empírica i millorar la intervenció amb altres famílies adoptives. Les famílies que participen són molt conscients de situacions difícils que ells mateixos han viscut, i reconeixen que en moltes ocasions haurien necessitat poder disposar de més material per consultar o algú a qui demanar ajuda, la qual cosa els fa estar molt sensibles i disposats a participar.

En segon lloc, volem fer palès que al llarg de tota la nostra investigació hem intentat respectar el terme resiliència, lluny de banalitzar-lo. Per nosaltres té un valor preuat dins la nostra tasca professional quotidiana, i considerem que cal tenir cura d'utilitzar-lo adequadament i amb sentit. És molt més que una paraula moderna de l'àmbit de psicologia que queda bé, és una eina terapèutica i no se'n pot fer abús. Creiem que en els últims anys s'ha fet un mal ús del terme, utilitzant-lo en qualsevol

temàtica o reclam publicitari, i correm el risc de perdre'n el significat original. La resiliència no és només un terme popular en la bibliografia d'autoajuda, sinó que defensem la idea de la seva importància basant-nos en els diferents articles científics que han estudiat la resiliència en diferents poblacions: adults, adolescents i, especialment, infants. Els resultats dels quals demostren el pes decisiu que ha tingut la resiliència en la millora de la qualitat de vida física i psíquica del individu, possibilitant principalment la superació de situacions molt desfavorables que posen en risc la persona i el seu benestar. Cal, doncs, justificar de forma acurada per què i per a què s'utilitza el terme resiliència, la qual cosa esperem que al llarg de les nostres explicacions hagi quedat aclarit i justificat, com també per què és molt important utilitzar-lo en població adoptiva. Per ajudar a entendre el que volem dir, des d'una perspectiva ecològica destaquem la definició del procés resilient com "*una búsqueda de conocimiento sobre los procesos que podrían ser responsables de la adaptación positiva y el desarrollo en un contexto de adversidad y desventaja*" (Crawford, Wright i Masten, 2005, p. 355). Aquest és per nosaltres el marc definitori de les situacions en què parlar de resiliència té una fonamentació sòlida.

En tercer lloc, si analitzem la nostra trajectòria com a professionals de la psicologia clínica infantil, especialistes en adopció, considerem que caldria fer una reflexió sobre el període preadoptiu. Tenint en compte el paper fonamental que desenvolupa la família de l'infant per a fer possible la resiliència, creiem que caldria revisar el procés de formació de les futures famílies adoptives, durant el procediment d'avaluació per aconseguir la idoneïtat per a ser pares adoptius. Inicialment la formació consistia en un sol cap de setmana, temps en el qual era molt difícil poder assimilar tota la informació que es donava; posteriorment, i fins a l'actualitat, es tracta d'una formació de cinc dies en sessions de dues hores i mitja. Tot i ser més llarg el període és molt difícil assolir tota la informació necessària en tant poc temps. Les futures famílies adoptives vénen en un període crític de la seva vida, on les ganes d'adoptar i de ser pares acostumen a ser més fortes que la seva capacitat d'analitzar de forma crítica i objectiva tota informació relacionada amb els pros i contres de la realitat de l'adopció i el que es trobaran en un futur. De la mateixa manera, els manca estratègies relacionades amb com ho poden afrontar. En aquest moment se'ls hi fa difícil poder assimilar la majoria de la informació que els hi arriba, se senten avaluats com a possibles pares adoptius, i el seu objectiu primer és ser considerats idonis per a adoptar. Quan arriba el moment en què necessiten respostes, durant el període adoptiu amb el nen o la nena ja a

casa, sovint no poden recordar res, i menys encara amb l'estrès parental afegit. Creiem que hauria d'existir alguna manera de fer formació després de l'adopció, encara que fos *on line*, ja que és llavors quan sorgeixen molts dubtes i una necessitat de poder disposar de respostes immediates.

Arrel de conèixer i treballar amb moltes famílies adoptives neix una demanda comuna a totes elles fruit d'una mancança de respostes en els primers mesos d'estar amb els seus fills. La majoria verbalitza haver tingut la necessitat d'un suport puntual d'un expert d'adopció per a plantejar-los dubtes, explicar-los-hi pors parentals viscudes o, si més no, poder sentir una veu que els hi hagués dit que ho estaven fent bé. Aquesta figura de recolzament familiar podria ser d'un professional expert en adopció com, també i per què no, d'una família adoptiva que hagin realitzat una adopció amb èxit, tenint en compte la seva gran experiència respecte tot el que es viu en els períodes adoptius inicials, els quals anomenaríem *tutors de resiliència familiar*. Aquesta, però, mai no substituiria la figura del professional especialista d'adopció que és imprescindible, així com també els corresponents seguiments. Tanmateix, potser sí que seria necessària una figura de confiança i de més accessibilitat, com ara uns altres pares adoptius, per a poder fer alguna pregunta en qualsevol moment del dia o de la setmana i no només en una hora convinguda.

Reforcem el plantejament que en un futur les famílies adoptives puguin disposar d'una web que serveixi, no només per consultar les últimes recerques rellevants en adopció sinó que també es pugui fer una consulta concreta en qualsevol hora del dia, i que tingui resposta per part d'un professional de l'ICAA (Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció) o dels serveis especialistes en postadopció. Però per això cal poder reservar recursos públics per a l'atenció d'aquestes famílies adoptives. Això ens donaria molt què pensar i cal tenir-ho en compte per poder millorar les condicions de vida d'aquestes famílies adoptives per tal que puguin desenvolupar la resiliència familiar i la individual, és a dir, afavorir l'èxit de l'adopció i del benestar familiar.

Finalment, insistint en la nostra voluntat màxima de poder garantir el benestar dels infants del nostre país, destaquem l'Article 39 de la Constitució Espanyola que estableix l'obligació dels poders públics d'assegurar la protecció social, econòmica i jurídica de la família i, en especial, dels menors d'edat. Tenint en compte aquest precepte constitucional, també està citat a l'exposició de menors la Llei 26/2015, del 28 de Juliol, de protecció de la infància i l'adolescència (BOE Num. 180, 29.7.2015, marg.8470). Aquesta Llei regula els drets i els deures dels menors i d'altres aspectes, i

entre ells dóna prioritat a l'acolliment familiar enfront del residencial: per a l'adopció de menors en desemparament no serà necessari el consentiment dels pares biològics si passats dos anys no han intentat revocar la situació i, un cop iniciat l'expedient, seguirà endavant si no compareixen; s'introdueix l'adopció oberta com a novetat, és a dir, que el nen pugui mantenir relació amb membres de la família biològica, sempre i quan totes les parts estiguin d'acord. També es regulen per primer cop que els centres amb menors amb trastorn de conducta no podran conviure amb menors no diagnosticats. I d'altra banda, també s'estableixen requisits pels professionals que treballin amb nens, els quals hauran de presentar un certificat d'idoneïtat que demostrï que no han estat condemnats per cap delictes que vagi en contra de la llibertat sexual, trata i explotació. És la primera llei del món que recull les orientacions que el Comitè Internacional dels Drets del Nen realitza en quan als sistemes de protecció de la infància i de l'adolescència. És un fet prou significatiu que es comenci a modificar-se les lleis com aquesta, especialment les modificacions que van encaminades a millorar la situació de l'infant en situació de desemparament.

Arrel del que acabem d'apuntar, seria necessari poder reduir el temps d'espera dels infants en els centres d'acollida o en el si d'aquelles famílies on són víctimes de maltractes no visibles, agilitzant així els tràmits burocràtics que separa a un nen de la seva futura família adoptiva. I és que, en aquest sentit, el nen que ha viscut situacions d'abandonament necessita que l'ajudin a construir noves opcions de vida que li permetin superar les condicions de vulnerabilitat en què es troba, no només en els aspectes materials sinó també psicològics, com emocionals, cognitius, morals, ètics... (Obando, 2009). Així doncs, caldria posar mesures de protecció el més ràpidament possible, com l'adopció, perquè hi hagi temps de construir processos resilents en aquests infants. O el que seria el mateix: un subjecte que significa i resignifica la seva història de vida amb experiències traumàtiques (Cyrulnik i Colmenares, 2002). I més important encara, un procés que li dóna dignitat, des d'on l'infant pot teixir valors, sentiments i somnis que el desvictimitzin, allunyant-nos de la idea que la vida de les persones està determinada per les circumstàncies que viu, ja que es creu en les recursos intrínsecs dels infants per assumir la continuïtat del seu desenvolupament harmònic (Villalobos, 2003; Obando, 2006b, 2009 citat per Obando, Villalobos i Arango, 2010).

Per a fer possible un desenvolupament harmònic en els infants adoptats hauríem de centrar-nos en intervenir en el període més crític, és a dir, quan els infants encara viuen en centres d'acollida, com ho fa el programa del *Fair Start Project* (Rygaard,

2011), especialment en els infants que opten a ser adoptats nacionalment ja que en els d'adopció internacional seria encara més complicat. El fet seria poder entrenar als professionals que estan en contacte directe amb aquests infants en com potenciar les característiques resilients d'aquests, formar-los en tècniques específiques per fomentar les dimensions resilients, la qual cosa complementaria positivament la seva admirable feina diària. Aquests educadors/es dels diferents centres d'acollida ho són tot pels infants, són els únics referents adults en qui volen confiar i estimar, però abans de tot han de confiar-hi i estimar-se una mica més a ells mateixos. Aquests referents són el que s'anomena tutors de resiliència, i han d'estar ben formats per a poder fer la feina de construir els primers fonaments de la resiliència en els infants que cuiden, per tal que tinguin les eines necessàries per creure i construir-se el seu propi futur.

Així doncs, hem comentat les dimensions que hem de tenir present per avaluar la resiliència com són l'autoestima, l'autonomia, la creativitat, l'humor, empatia, el *locus of control* o, el que és el mateix, l'autocontrol. Tanmateix, a banda d'aquestes característiques, no hem d'oblidar la família i la necessitat de tenir un punt de vista optimista enfront la vida (Seligman, 1990) i/o una visió positiva dels fets estressants que ens succeeixen per a fer possible la resiliència. Per tant aquestes mateixes han de fonamentar els trets personals bàsics que seran analitzats per avaluar la resiliència, per tal de poder conèixer aquelles de les quals gaudeixen els infants adoptats i poder promoure les que els manquen.

Crítiques i consideracions de futur

Pel que fa a les crítiques i/o consideracions de futur, en el nostre treball hem intentat aprofundir en les àrees de l'adopció que estan relacionades amb l'adaptació de l'infant a la seva família adoptiva, on la Resiliència hi té un paper fonamental; és a dir, ens centrem en la parentalitat adoptiva, la construcció de la identitat, com també la comunicació dels orígens, tot i ser conscients que en adopció hi ha moltes altres temàtiques. El que podem afirmar és que segueix havent una manca de bibliografia a l'entorn de la resiliència infantil i, especialment, que relacioni resiliència i adopció. Però, per això volem seguir ampliant aquest camp novador per a que cada cop hi hagi més investigadors i professionals interessats en els dos termes i les seves relacions. I al mateix temps, treballar per a millorar la intervenció terapèutica amb els infants adoptats i les seves famílies. Però cal tenir present que la resiliència en sí mateixa, i especialment

la resiliència infantil caldria seguir investigant-la ja que, com hem dit, no és exclusiva d'un sol camp d'intervenció sinó que és aplicable a molts d'altres, com la població amb alguna discapacitat, o infants de zones sociodemogràfiques amb desestructura familiar, pobresa i/o en risc de maltractaments. En definitiva, volem que la nostra recerca al voltant de la resiliència i, concretament, l'IRI, la nostra eina per avaluar-la, pugui ser una eina disponible per a tots els professionals que treballin amb poblacions que ho necessitin, com l'adoptiva, de l'àmbit clínic, serveis socials, serveis d'atenció a famílies necessitades amb infants. Podem considerar que l'extensió del test de 44-ítems potser és excessiva pels més petits; tot i que, es pot compensar amb la passació del test en dues parts, amb un breu espai de descans enmig.

Som conscients que la mostra adoptiva podria ser més àmplia, com també haver obtingut més dades sociodemogràfiques rellevants; però per a poder tenir la màxima llibertat dels participants i bona predisposició a participar en el nostre estudi vam optar per a què fos voluntari contestar les preguntes de l'entrevista inicial.

En el nostre treball hem plantejat arribar a un marc molt ampli a l'entorn de l'adopció aplicat posteriorment a la pràctica. Només si som conscients de tots els aspectes des d'un punt de vista global, podrem assolir més objectius terapèutics.

Arrel del nostre treball d'investigació a l'entorn de la resiliència veiem dos vessants nous en els que caldria seguir investigant: el primer neix de l'existència d'un buit pel que fa a l'atenció als infants que es troben en la franja d'edat de 3 a 7 anys i com poder avaluar la resiliència en aquests. Els infants en aquesta franja d'edat (3-5 anys), segons Becoña (2006) es troben en un període crític per al desenvolupament d'algunes característiques resilients, com són: l'Autoeficàcia, locus of control intern com una visió optimista de la vida. El segon poder utilitzar o construir una escala de resiliència familiar per administrar als pares, com el FRAS, *Family Resilience Assessment Scale*, realitzat per Meggen Sixbey (2005), i validar-lo en la nostra població. Una eina que estigui disponible en els serveis d'atenció a les famílies adoptives, en el pas previ a l'adopció, com en l'acompanyament d'aquesta, per l'adaptació i èxit de l'adopció i/o acolliment.

Finalment, tots aquests projectes esmentats i molts d'altres que anirem plantejant en un futur permetran que els resultats en investigació s'apliquin a la pràctica clínic per tal de seguir enriquint la intervenció terapèutica contribuint al benestar dels infants i les seves famílies.

REFERÈNCIES

Abrines, N., Barcons, N., Brun, C., Marre, D., Claudio, S., Fumadó, V. (2012). Comparing ADHD symptom levels in children adopted from Eastern Europe and from other regions: Discussing possible factors involved. *Children and Youth Services Review*, 34 (9), 1903-1908.

Agulló, R., Alcampel, M. i Vila, B. (2014). El test de la Persona bajo la lluvia y las situaciones traumáticas en niños y adolescentes. *Psicopatología y Salud Mental del niño y el adolescente*, 23, 77-83.

Aramburu, I. (2014). Tesis doctoral: Factores de riesgo y de protección en la adopción internacional. <http://hdl.handle.net/10803/284479>.

Bach, E. i Darder, P. (2002). *Sedueix-te per seduir. Viure i educar les emocions*. Barcelona: Edicions 62.

Barcons, N., Fornieles, A i Costas, C. (2011). International Adoption: Assessment of Adaptive and Maladaptive Behavior of Adopted Minors in Spain. *The Spanish Journal of Psychology* 14 (1), 123-132.

Barcons, N., Abrines, N., Brun, C., Sartini, C., Fumadó, V. i Marre, D. (2012). Social relationships in children from intercountry adoption. *Children and Youth Services Review* 34, 955-961.

Bartone, P. T., Ursano, R. J., Wright, K. W. i Ingraham, L. H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: a prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 317-328.

Bartone, P. T. (1995). *A short hardiness scale*. Paper presented at the American Psychological Society Annual Convention. New York.

Bartone, P.T. (2007). Test-retest reliability of the Dispositional Resilience Scale-15, a brief hardiness scale. *Psychological Reports*, 101, 943-944.

Barudy, J. i Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J. i Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.

Bateson, M. C. (1989). *Composing a life*. New York: Atlantic Monthly Press.

- Bateson, M. C. (1994). *Peripheral visions*. New York: HarperCollins.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125-146.
- Berástegui, A. (2010). Relaciones afectivas familiares: apego y adopción. En F. Loizaga (coord.), *Adopción hoy: Nuevos desafíos, nuevas estrategias* (p. 79). Bilbao: Mensajero.
- Berástegui, A. (2012). El conocimiento de los orígenes en adopción: entre la búsqueda y la construcción de la identidad. En J. Ledesma (coord.) *Mediación familiar en la búsqueda de orígenes. El encuentro biológico con mi espejo biológico*. (pp. 29-52). Madrid: Grupo 5.
- Berástegui, A. (2013). La postadopción en España: entre el riesgo, la recuperación y la resiliencia. En Charro, B. Carrasco, M.J. (coord.). *Crisis, vulnerabilidad y superación*. (p.167-180). Madrid: Universidad Pontífica de Comillas.
- Berástegui, A. i Gómez, B. (2007). *Esta es tu historia: Identidad y comunicación sobre los orígenes en adopción*. Madrid: Comillas.
- Bisquerra, R. (2002). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Cisspraxis.
- Boadas, B., Sallés, C., Pacheco, M. i Ger, S. (2012). *Hemos adoptado. Guía de la Postadopción*. Barcelona: Larousse.
- Boletín Oficial del Estado*, 180, 29.7.2015, 64544-64613. Recuperat de www.boe.es
- Bonanno, G.A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *American Psychology Society*, 14 (3).
- Borda, M. (2001). Hematofobia: sincronía en el triple sistema de respuestas. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 6 (3), 179-196.
- Borders, D. L., Black, L. K. i Pasley, K. B. (1998). Are adopted children and their parents at greater risk for negative outcomes? *Family Relations*, 47, 237-241.
- Botella, L. i Corbella, S. (2005). Neurobiología de la Autorregulación Afectiva, Patrones de Apego y Compatibilidad en la Relación Terapeuta-Paciente. *Revista de Psicoterapia*, 61, 77-104.
- Brodzinsky, D. i Schechter, M. (1990). *The psychology of Adoption*. New York-Oxford: Oxford University Press.

Brodzinsky, D., Schechter, M. i Marantz Henig, R. (2002). *Soy adoptado. La vivencia de la adopción a lo largo de la vida*. Barcelona: Mondadori.

Brodzinsky, D.M. (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. En Brodzinsky, D.M, Schechter M.D., (eds), *The psychology of adoption* (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.

Brodzinsky, D.M. (2007). Seminario sobre post-adopción. Gerencia de Servicios Sociales, Valladolid. Documento no publicado.

Bryant, F. B. (1989). A four-factor model of perceived control: Avoiding, coping, obtaining and savoring. *Journal of Personality*, 57, 773-797.

Buchanan, T. (2008). *Family Resilience as a predictor of better adjustment among International Adoptees*. (Order N° 3320045). Disponible en ProQuest Dissertations &Theses A&I. (230708608).

Campell-Sills, L. i Stein, MB. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10 item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-1028.

Caspi, A., i Silva, P.A. (1995). Temperamental qualities at age 3 predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development*, 66, 486-498.

Castro, J. M. (2008). Dossier de les IX Jornades de Vincle i Salut Mental. Noves formes de Parentalitat, Mallorca, España. Universitat de les Illes Balears.

Cicchetti, D., i Curtis, W.J. (2005). An event-related potential (ERP) study of processing of affective facial expressions in Young children who have experienced maltreatment during the first year of life. *Development and Psychopathology* 17, 641-677.

Coan, J. A. i Allen, J. J. B. (2003). The state and trait nature of frontal EEG asymetry in emotion. In: Hugdahl, K. Davidson, R.J. (Eds.), *The Asymmetrical Brain* (pp. 565-615). Cambridge, MA: MIT Press.

Colmenares, M. (2006). La ética como fundamento psicológico de la resiliencia. En B. Cyrulnik, M. Manciuax, E. Sánchez, M. Colmenares, M. Olaya i L. Balegno, *La resiliencia, desvictimizar a la víctima* (p.61-98). Cali: Rafue.

- Connor, K. M. i Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18, 76-82.
- Constantine, N. A., Bernard, B. i Diaz, M. (1999). *Measuring Protective Factors and Resilience Traits in Youth: The Healthy Kids Resilience Assessment*. Paper presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research. New Orleans, LA. Recuperat de <http://crahd.phu.org/papers/HKRA-99.pdf>
- Conway, A. M. i McDonough, S. C. (2006). Emotional Resilience in Early Childhood. Developmental Antecedents and Relations to behavior Problems. En B. M. Lester, A. Masten i B. McEwen (Eds.), *Resilience in Children. Annals of the New York Academy of Sciences 1094*, pp. 272-277.
- Coplan, R. J., Bowker, A., i Cooper S. M. (2003). Parenting daily hassles, child temperament, and social adjustment in preeschool. *Early Child Res Q*, 18, 376-95.
- Corbella, S. (2008). *Construcción de la identidad y propuestas de interacción entre padres e hijos en la adopción*. Documento no publicado.
- Corbella, S. i Gómez, A. M. (2010). Características de las familias adoptivas que facilitan la adaptación y consideraciones sobre aspectos facilitadores de la integración. En M. Pacheco (ed.), *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 27, 51-66.
- Corbella, S. i Botella L. (2005). *Investigación en Psicoteràpia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net.
- Crawford, E., Wright, M. i Masten, A. (2005). Resiliency and spirituality in youth. En E. Roehlkepartian, P. King, L. Waganer, i P. Benson, *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (pp. 335-370). Thousand Oaks (CA): SAGE.
- Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor*. Barcelona: Granica.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los Patitos feos*. Barcelona: Gedisa.
- Cyrulnik, B. i Elkaïm, M. (2009). *Entre résilience et resonance. A l'écoute des émotions*. Paris: Fabert.
- Cyrulnik, B. i Anaut, M. (2014). *Résilience. De la recherche à la pratique*. 1er Congrès Mondial Sur la Résilience. Paris: Odile Jacob.
- Chomilier, J. i Duyme, M. (2009). *Adoption: un lien pour la vie*. Marseille: Solal.

- Daligand, L. (1997). La Thérapie des victimes au risque de la violence. *Les Cahiers de l'actif*, 248/24, 77-84.
- Delage, M. (2004). Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systémicien?. *Thérapie Familiale*, 25(3), 339-347.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona: Gedisa. Traducció del títol original (2008): *La résilience familiale*. Paris: Odile Jacob.
- Downing, G. (2004). Emotion, body and parent-infant interaction. In Nadel, J. i Muir, D.(Eds.), *Emotional Development: Recent Research Advances*. Oxford: Oxford University Press (pp. 429-449).
- Ezcurra, L. (1998). Cuantificación de la Validez de Contenido por Criterio de Jueces. En: *Revista de Psicología*, 6 (1-2), 103-111.
- Ferrari, L. Rosnati, R., Ranieri, S., e Barni, D. (2014). Identità etnica e adozione internazionale nella trama delle relazioni familiari, in Scabini E., Rossi, G. (coord.), *Allargare lo spazio familiare: adozione e affido*, *Studi Interdisciplinari*, 27 (pp. 189-202). Milano: Vita e Pensiero.
- Fitzhardinge, H. (2008). Adoption, resilience and the importance of stories. The making of a film about teenage adoptees. *Adoption & Fostering* 32 (1), 58-68.
- Flagler, M. N. (2004). *Clusters of Strength: A Case Study of Educational Resilience of a Post-institutionalized Adopted Child from Eastern Europe*. Colorado: Colorado State University.
- Forés, A. i Grané, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma.
- Frankl, V. E. (2005). *L'Home a la recerca de sentit*. Barcelona: Edicions 62. Títol original From death-Camp to Existencialism (1959) o Man's Search for meaning (1962).
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden and build theory of positive emotions. *American Psychology* 15, 773-810.
- Freeman, J., Epston, D. i Lobovits, D. (2005). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.

- Freixa, M. (2007). Postadoci3n. *Revista Anuario de Psicologfa* 38 (2), 175-177.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H. i Hjemdal, O. (2001). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (2), 65-76.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H. i Hjemdal, O. (2005a). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14, 29-42.
- Friborg, O. (2005b). *Validation of a scale to measure resilience in adults* (Tesis doctoral, Facultat de Ci6ncies Socials del Departament de Psicologia, University of Tromso). Recuperat de http://www.researchgate.net/publication/261096803_Validation_of_a_scale_to_measure_resilience_in_adults.
- Friedlander, M. L. (2003). Adoption: Misunderstood, Mythologized, Marginalized. *The Counseling Psychologist*, 31, 745-752.
- Gaxiola J.C., Frfas, M., Hurtado, M.F., Salcido, L.C. i Figueroa, M. (2011). Validaci3n del Inventario de resiliencia (IRES) en una muestra del Noroeste de M6xico. *Enseñanza e investigaci3n en psicologfa*, 16 (1), 73-83.
- González-Arratia, I., Valdez Medina J.L. i González Escobar, S. (2011). *Resiliencia y variables de personalidad positiva en niños*. Simposio psicología Positiva Resiliencia y Bienestar. Universidad Aut3noma de M6jico.
- González-Arratia, N.I., Valdez, J.L. (2005). *Resiliencia en niños i niñas*. Memorias del III Congreso Mexicano de Relaciones Personales. Acapulco, Gro., M6xico.
- González-Arratia, N.I., Valdez, J.L. i Zavala Y.C. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e investigaci3n en Psicologfa*, 13 (1), 41-52.
- González-Arratia, N. I., Valdez Molina, J. L., Van Barneveld, H. O. i González Escobar, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *CIENCIA ergo sum*, 16 (3), 247-253.
- González-Arratia, N.I., Nieto, D. i Valdez, J. L. (2011). Resiliencia en madres e hijos con C6ncer. *Psicooncologfa*, 8 (1), 113-123.

- González-Arratia, N. I., Valdez-Molina, J. L. (2012). Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *CIENCIA ergo sum*, 19-3, 207-214.
- Green, S., Kelly, R., Nixon, E., Kelly, G., Borska, Z., Murphy, S i Daly, A. (2008). Children's recovery after Early Adversity: Lessons from Intercountry Adoption. *Child Care in Practice* 14 (1), 75-81.
- Grotberg, E. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*, 4(1), 66-72.
- Grotevant, H. D. i McDermott, J.M. (2013). Adoption: Biological and social processes Linked to Adaptation. *Annual Review of Psychology*, 65, 235-265.
- Guédeney, A. (1998). Les déterminants précoces de la résilience. A B. Cyrulnik (Dir.), *Ces enfants qui tiennent le coup*. (pp. 13-26). Revigny-sur-Ornain: Hommes et Perspectives.
- Guédeney, N. i Guédeney, A. (2010). *L'attachement. Concepts et applications*. Paris: Masson.
- Hartog, J. i Oosterbeek, H. (1996). *Salud, Riqueza y Felicidad: Por que continuar con una educación superior?* Congreso de la Asociación Económica Europea. Estambul.
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K. i Kaniuk, J. (2005). Change and continuity in mental representations of attachment after adoption. In D. M. Brodzinsky i J. Palacios (Eds.), *Psychological issues in adoption: Research and practice* (pp. 93-116). Westport, CT: Praeger. Recuperat de <http://search.proquest.com/docview/230708608?accountid=15292> i <http://tcp.sagepub.com/content/31/6/745>
- Hunter, G. i Chandler, G.E. (1999). Adolescent resilience. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31 (3), 243-247.
- Hurtes, K. P. i Allen, L. R. (2001). Measuring resiliency in youth: The Resilience Attitudes and Skills Profile. *Therapeutic Recreation Journal*, 35 (4), 333-347.
- Hussey D. L., Falletta L. i Eng, A. (2012). Risk factors for mental health diagnoses among children adopted from the public child welfare system. *Children and Youth Services Review* 34, 2072-2080.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2006). *Caracterización Social y Cuantificación de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle*. Colombia. Recuperat de http://www.icbf.gov.co/espanol/botonera_superior/publicaciones/.

Ionescu, S. i Jourdan-Ionescu, C (2011). Évaluation de la résilience. En S. Ionescu (ed.) *Traité de résilience assistée*. (p.61). París: Puf.

Iraurgi, I., Blánquez, A., Estévez, A., Gorbeña, S., Matellanes, B. i San Nicolás, S. (2012). Resiliencia: Aproximación al concepto y Adaptación psicométrica de la escala RESI-M. En Proyecto 5737: Evaluación del grado de desadaptación y el proceso de adecuación psicosocial de menores en desventaja social. Bilbao: BizkaiLab.

Jew, C.L. (1991). Development and validation of a measure of resiliency. *Dissertation Abstracts International*, 52, 3-A, p.849.

Jew, C.L., Green, K, E. i Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resiliency. *Measurement and Evaluation in Counseling and development*, 32, 75-89.

Jódar, R. (2013). Las emociones que nos hacen vulnerables y los procesos de superación. En B. Charro i M. J. Carrasco (Coord.), *Crisis, vulnerabilidad y superación* (pp. 81-100). Madrid: Comillas.

Juffer, F. i Van Ijzendoorn, M.H. (2007). Adoptees do not lack self-esteem: a meta-analysis of studies on self-esteem of transracial, international and domestic adoptees. *Psychological Bulletin*, 133 (6), 1063-1083.

Kalawski, J.P. i Haz, A. M. (2003). Y...¿Dónde Está la Resiliencia?. Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología/ International Journal of Psychology*, 37(2), 365-372.

Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. En M.D. Glantz, J.L. Johnson (Eds.). *Resilience and development: Positive life adaptations*. Dordrecht Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Karapetian, M. i Johnson, J. (2005). Enhancing Resilience in Children: A Proactive Approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (3), 238-245.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R. i Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.

- Kohler, J. K., Grotevant, H. D., i McRoy, R. G. (2002). Adopted adolescents' preoccupation with adoption: The impact on adoptive families relationships. *Journal of Marriage & Family*, 64, 93-105.
- Kuder, G.F. i Richardson, M. W. (1937). The theory of estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2, 151-160.
- Lamas, H. (2000). *Resiliencia y bienestar psicológico*. Lima, Perú: Colegio de Psicólogos del Perú.
- LeBuffe, P., Shapiro, V. i Naglieri, J. (2009). *Devereux Student Strengths Assessment (DESSA)*. <https://www.kaplanco.com/content/products/DESSAIntroduction.pdf>
- León, E, Sánchez-Sandoval, Y., Palacios, J. i Román, M. (2010). Programa de formación para la adopción en Andalucía. *Papeles del Psicólogo* 31(2), 202-210.
- Luthar, S. i Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience. En M.D. Glantz i J.L. Johnson (dir.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 129-160). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. i Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Luthar, S. S. i Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: an integrative review. En S. S. Luthar (dir.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510-550). Cambridge: Cambridge University Press.
- Magaz, A. i García, M. (1998). *Test del Perfil de Estilos Educativos (PEE), para padres*. Madrid: Albor.
- Maíz, O. (2010). Actualidad de la adopción nacional e internacional. En F. Loizaga (coord.), *Adopción hoy: Nuevos desafíos, nuevas estrategias* (p. 79). Bilbao: Mensajero.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. i Cyrulnik, B. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Manzi, C., Ferrari, L. Rosnati, R., i Bebbet-Martínez, V. (2014). Bicultural Identity Integration of Transracial Adolescent Adoptees: Antecedents and Outcomes, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 1-17.
- Martínez-Martí, M. L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales des de la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17 (3), 245-258.

- Martínez, M.A., Sánchez, A. i Faulín, J. (2006). *Bioestadística amigable (2ª.ed.)*. Madrid: Díaz de Santos.
- Marzal, A. (2008). *Consens en Adopció internacional. Guia Breu per a pediatres i altres professionals sanitaris*. Valladolid: Cora.
- Masten, A. S. i O'Connor, M. J. (1989). Vulnerability, stress, and resilience in the early development of a high risk child. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28 (2), 274-278.
- Masten, A. S. i Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar (ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, pp. 1-25. New York: Cambridge University Press.
- Masten, A. S. i Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Development. En B. M. Lester, A. Masten i B. McEwen (Eds.), *Resilience in Children. Annals of the New York Academy of Sciences* 1094, 13-27.
- Masten, A. S. i Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Developmental and psychopathology*, 24, 345-361.
- Matalinares, M., Arenas, C, Yaringaño, L., Sotelo, L., Díaz, A., Dioses, A., Ramos, R., Mendoza, P., Medina, Y, Pezua, M., Murata, R., Pareja, C., i Tipacti, R. (2011). Factores Personales de Resiliencia y Autoconcepto en estudiantes de Primaria de Lima metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 14, 187-207.
- Mejillo, A. i Suárez-Ojeda, E. (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Meliá, J.L., Pradilla, J.F., Martí, N., Sancerni, M.D., Oliver, A., i Tomás J.M. (1990). Estructura factorial, fiabilidad y validez del Cuestionario de Satisfacción S21/26: Un instrumento con formato dicotómico orientado al trabajo profesional [Factorial structure, reliability and validity of the S21/26 Job Satisfaction Questionnaire: An instrument with dichotomous format oriented to the professional psychologists]. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 12(1/2), 25-39.
- Melillo, A i Suárez O. E. (comps.). (2001): *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.

- Melillo, A; Suárez O. E. i Rodríguez D. (2004). *Resiliencia y subjetividad*. Argentina: Paidós.
- Michaud, P.A. (1999): La résilience, un regard neuf sur les soins et la prévention, en *Arch. Pédiatriques*, 6, 827-831.
- Minuchin, P., Colapinto, J. i Minuchin, S. (1998). *Working with families of the poor*. Nueva York: Guilford Press.
- Mrazek, P.J. i Mrazek, D. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. *Child Abuse and Neglect*, 11, 357-365.
- Música, J. (2006). El programa Adoptia, una experiencia de atención psicosocial en el ámbito de la adopción en Bizkaia. *Letras De Deusto*, 36 (111), 157-175.
- Música, J. (2008). El reto de la reparación de las secuelas del abandono a lo largo del proceso de integración escolar. En Berástegui, A. i Gómez, B. (Coords.) *Los retos de la postadopción: Balance y perspectivas* (pp. 85-117). Madrid: Comillas.
- Música, J. (2009). ¿Qué apoyos precisan las familias que adoptan?. *Necesidades de apoyo de las familias adoptivas*, 32, 2-4.
- Música, J. (2010). Claves y recursos narrativos para el abordaje de la condición adoptiva de niños, niñas y adolescentes. En F. Loizaga (Ed.), *Adopción hoy: Nuevos desafíos, nuevas estrategias* (pp. 399-427). Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Mundaca, M., Gallardo, I. i Angulo, P. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología* 1 (IX), p.0. Chile: Universidad de Chile. Recuperat de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26409110.pdf>
- Muñiz, J. (2003). *Teoría Clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Murphy, L. B. (1962). *The Widening World of Childhood: Paths TowardMastery*. New York: Basic Books.
- Nelson, C.A., Furtado, E.A., Fox, N.A. i Zeanah, C.H. (2009). The deprived human brain. *American Scientist*, 97 (3), 222-229.
- O'Brien, K. M., i Zamostny, K. P. (2003). Understanding adoptive families: An integrate review of empirical research and future directions for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 31(6), 679-710.

- Obando (2006). La Investigación Acción Participativa (IAP) en los estudios de psicología política y género. *Forum Qualitative Social Research* 7 (14), art. 3. Recuperat <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/164/366>
- Obando, O. (2009). Opciones cualitativas en psicología política y género. La Investigación Acción Participativa en estudios de maltrato y formas de violencia política que afecta a niños, niñas y jóvenes. *Revista Facultad Nacional de la Salud Pública*, 27 (1), 16-25.
- Obando, O.L., Villalobos, M.E. i Arango, S. L. (2010). Resiliencia en niños con experiencias de abandono. *Acta Colombiana de Psicología* 13 (2), 149-159.
- Ospina, D. (2007). La medición de la Resiliencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25 (1), 58-65.
- Pacheco, M. (2006). *Reconstrucción Dialógica del Sí Mismo en Psicoterapia: una aproximación constructivista*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Pacheco, M., García, L., Ger, S., Sallés, C., i Boadas, B. (2012). Retos y estrategias de intervención en la postadopción: Una propuesta integradora. *Revista de Psicoterapia*, 90/91 (23), 149- 174.
- Pacheco, M. i Boadas, B. (2011). *¿Y si adoptamos?*. Barcelona: Viceversa.
- Palacios, J. (2005). *Adopción internacional en España: Un nuevo País, una nueva vida*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Palacios, J. (2007). Después de la adopción: necesidades y niveles de apoyo. *Anuario de Psicología* 38 (2), 181-198.
- Palacios, J. i Brodzinsky, D.M. (2005). Recent Changes and future directions for adoption Research. En D.M. Brodzinsky i J. Palacios (Eds.), *Psychological issues in adoption. Research and practice*. (pp. 257-268). Westport, CT: Prager.
- Palacios, J. i Brodzinsky, D.M. (2010). La investigación sobre adopción tendencias y implicaciones. A M.Pacheco (ed.). *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*. 27, 39-49.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. i León, E. (2005). *Adopción Internacional en España. Un nuevo país, una nueva vida*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Palmer, N. (1997). Resilience in Adult Children of Alcoholics. A Nonpathological Approach to social Work Practice. *Heath an Social Work*, 22.

Palomar-Lever, J. i Gómez-Valdez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 27 (1), 7-22.

Pereira, R. (2007). Resiliencia individual, familiar y social. *Revista Interpsiquis*. Recuperat de <http://addima.org/Documentos/Resilienciaindividual.pdf>

Piaget, J. (1954). *The Construction of Reality in the Child*. Basic Books, New York.

Piaget, J., Inhelder, B. (2008). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.

Pinilla, J. (2011). *La infància una història fosca. Les condicions de vida dels nens a Catalunya a través dels segles*. Lleida: Pagès.

Prince-Embury S. (2006). *Resiliency Scales for Children and Adolescents: Profiles of personal strengths*. San Antonio, TX: Harcourt Assessments.

Puig, G. i Rubio, J.L. (2011) *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa.

Recuperat de <http://www.ripph.qc.ca/revue/journal-19-01-2011-29>

Reinoso, M. i Forns, M. (2010). *Stress, coping and personal strengths and difficulties in internationally adopted children in Spain*. *Children and youth Services Review*, 32 (1807-1816).

Reinoso, M., Juffer, F. i Tieman, W. (2012a). Children's and parents' thoughts and feelings about adoption, birth culture identity and discrimination in families with internationally adopted children. *Child & family social work* (pp. 1-11).

Reinoso, M. i Forns, M. (2012b). Adaptación psicosocial en niños adoptados internacionalmente: percepción personal y parental. *Anales de Pediatría*, 76 (5), 268-278.

Reinoso, M. (2013). *Ajuste psicosocial y vivencia de la adopción en niños/as adoptados/as internacionalmente*. Tesis doctoral publicada por la Universidad de Barcelona. Recuperat de www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/120.

Reynolds, C. R. i Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior Assessment System for Children manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service [Spanish adaptation: TEA].

- Riart, J. (2006). *Tests de Primària. Els TP. Manual tècnic i manual d'aula*. Barcelona: Estel. 2ªEdició.
- Riart, J., Baqués, M. i Virgili, C. (2010). *Tests Numéricos. Els TN. Manual Técnico y de Aplicación con Programas de Desarrollo Numérico*. Madrid: CEPE.
- Robins, R.W., John, O.P., Caspi, a., Moffitt, T.E. i Stouthamer-Loeber, M. (1996). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 157-171.
- Rodríguez, M.J. i González M. J. (2014). Las encuestas autoadministradas por internet. Un estudio de caso: “Las familias adoptivas y sus estilos de vida”. *EMPIRIA. Revista d Metodología de Ciencias Sociales* 29, 155-175.
- Rosnati, R. (2005). The construction of the Adoptive Parenthood and Filiation in Italian Families with Adolescents: A Family Perspective. In D.M. Brodzinsky and J. Palacios (Eds.), *Psychological Issues in Adoption: Research and Practice* (pp. 187-209). Westport, CT: Praeger.
- Rosnati, R. (2010). *Il legame adottivo. Contributi internazionali per la ricerca e l'intervento*. Milano: Unicopli.
- Rua, M. C. i Andreu, J.M. (2011). Validación psicométrica de la escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portuguesas. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11, 51-65.
- Rutter (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H.Nuechterlein, i S.Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Rutter M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. En B. M. Lester, A. Masten i B. McEwen (Eds.), *Resilience in Children. Annals of the New York Academy of Sciences* 1094, 1-12.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatric*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1990). *La privación materna*. Madrid: Morata.

- Rutter, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early deprivation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. *J.Child Psychol Psychiatry*, 39 (4), 465-76.
- Rutter, M. (2005). Adverse preadoption experiences and psychological outcomes. In D.M. Brodzinsky iPalacios (Eds.), *Psychological issues in adoption* (pp. 67-92). London. Praeger.
- Rutter, M. (2006). *Genes and behaviour: Nature-nurture interplay explained*. Oxford: Blackwell.
- Rutter, M. i O'Connor, T. i The English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from study of Romanian adoptees. *Developmental Psychology*, 40, 81-94.
- Rutter, M., Kreppner, J.M. i O'Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.
- Rygaard, N.P. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.
- Rygaard, N.P. (2011). The Fair Start Project. A free e-learning and organizational development program for orphanages and foster families in quality care giving. *Child and Youth Care Practice*, 24, 3.
- Saavedra, E. i Villalta, M. (2008a). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo de las personas entre 15-16 años. *Liberabit*, 14, 31-40.
- Saavedra, E. i Villalta, M. (2008b). *Escala de Resiliencia para jóvenes y adultos*. SV-RES. Santiago, Chile: CEANIM.
- Saavedra, E. i Castro (2008). *Escala de Resiliencia Escolar (E.R.E.)*. Recuperat de www.rediberoamericanadetrabajoconfamilias.org/ponentes/pdf/chi_castroriosana.pdf
- Salgado, A.C. (2005). *Inventario de Resiliencia para Niños: Fundamentación teórica y construcción*. Cuaderno de Investigación No.8. Instituto de Investigación. Escuela Profesional de Psicología. Perú: Universidad de San Martín de Porres.
- Salgado, A.C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11, 41-48.

- Salgado, A.C. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *LIBERABIT*, 15 (2), 133-141.
- Salguiero, E. (Junio 2012). Congrès mondial de la résilience, Paris.
- Sallés, C. (2010). *Incorporació dels infants adoptats al context escolar. Perspectiva familiar*. Tesina no publicada.
- Sallés, C. i Ger, S. (2011). Les competències parentals en la família contemporània: descripció, pomoció i avaluació. *Educació Social*, 49, 25-48.
- San Román, B. (2013). De los “hijos del corazón” a los “niños abandonados”: construcción de “los orígenes” en la adopción en España. *Papeles del Psicólogo*, 34 (1), p.2-10.
- Santamaría, P. i Loizaga, F., (2010). Adoptar: perspectivas y enfoques históricos. (Un anàlisis desde los Derechos Humanos). En F. Loizaga (coord.), *Adopción hoy: Nuevos desafíos, nuevas estrategias*.(pp. 41-72). Bilbao: Mensajero.
- Schneider, M. (1993). *The writer as an artist: A new approach to writing alone and with others*. Los Angeles: Lowell House.
- Segura, J. (2013). La actitud de agradecimiento: palanca para el cambio. En B. Charro i M. J. Carrasco (coord.), *Crisis, vulnerabilidad y superación*, (pp. 65-79). Madrid: Comillas.
- Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L. i Gillham, J.(1995). *The optimistic child*. New York: Houghton Mifflin.
- Siebinga, H. P. (2008). Programa de atención a la postadopción en los Países Bajos. En A. Berástegui i B. Gómez Bengochea, *Los retos de la postadopción: balance y perspectivas* (pp. 183-190). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Siegel, D. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment, relationships, mindsight and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 67-94.
- Silva, G. (1999). *Resiliencia y Violencia Política en Niños*. Buenos Aires: UNLA.
- Silverstein, M. L. (2001). Clinical Identification of Compensatory Structures on Projective Tests: A Self Psychological Approach. *Journal Of Personality Assessment*, 76 (3), 517-536.

- Singer, L., Brodzinsky, D. M., Ramsay, D., Steir, M. i Waters, E. (1985). Mother-infant attachment in adoptive families. *Child Development*, 56, 1543-1551.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tolley, E., Christopher, P. i Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioural Medicine*, 15, 194-200.
- Solórzano, E., Pacheco M. i Virgili, C. (2010). Parentalitat i resiliència en adopció. A M.Pacheco (ed.). *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*. 27, 117-139.
- Szarazgat, D.S. i Glaz, C. (2000). Resiliencia y aprendizaje en sectores populares. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40 (3).
- Thomas, A., Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Oxford, England: Brunner/Mazel.
- Urta, J. i Escorial, S. (2012). *Manual del Test de Resistencia al trauma: TRauma* [Test of Resistance to trauma; TRauma, manual]. Madrid: Editorial EOS.
- Urta, J., Escorial, S., Martínez, R. (2014). Development and psychometric properties of the resistance to Trauma Test (TRauma). *Psicothema*, 26 (2), 215-221.
- Van den Dries, L., Juffer, F., Van Ijzendoorn, M. H. i Bakermans-Kranenburg M.J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*. 31, 410-421.
- Vaniestendael, S. (1997). *Resiliencia*. Seminario sobre los aportes del concepto resiliencia en los programas de intervención psicosocial. Santiago de Chile.
- Vaniestendael, S. (2002). *La felicidad es posible: despertar en niños maltratados la confianza en si mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Villalba, C., León, E., Muñoz, A., Jiménez, J. M. i Zabala, M. I. (2014). Adaptation et résilience chez les adolescents placés dans une famille d'accueil apparentée. En B. Cyrulnik i M. Anaut (Eds.), *Résilience. De la recherche à la pratique*. 1er Congrès Mondial sur la Résilience (pp. 89-102). Paris: Odile Jacob
- Villalobos, M. (2003). *Factores implicados en el proceso de ruptura de la Resiliencia, medios traumatizantes y procesos de resiliencia*. Coloquio Internacional Universidad de Nancy. Francia.

- Villalobos, M. i Obando, O. (2008). *Informe final del proyecto de investigación Elementos resilientes en niños que han vivido situaciones de abandono*. Cali, Valle, Colombia.
- Villalta, M. (1996). *El adiós a la niñez. Estudio con preadolescentes de Santiago*. Instituto Superior de Pastoral de Juventud. Santiago.
- Wachs, T. D. (2006). Contributions of Temperament to Buffering and Sensitization Processes in Children's Development. En B. M. Lester, A. Masten i B. McEwen (Eds.), *Resilience in Children. Annals of the New York Academy of Sciences 1094*, 28-39.
- Wagnild, G.M., i Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1* (2), 165-178.
- Walsh, F. (ed.)(1982). *Normal Family Processes*. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wang M.C., Haertel G. D. and Walberg H. J. (1994). What helps Students Learn?. *Educational Leadership, 51* (4), 74-79.
- Wang M.C., Haertel G. D. and Walberg H. J. (1997). Fostering Educational Resilience in Inner-City Schools. *Children and youth, 7*,119-140. Electronic version: <http://www.temple.edu/LSS>
- Werner, E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff i S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood Intervention* (pp. 115-132). 2nd ed. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and psychopathology, 5*, 503-15.
- Werner, E.E. i Smith. R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilientce children*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Werner, E.E. i Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- White, M. i Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Wolin, S. i Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. Nueva York: Villard Books.

Zacharyas, C.; Brunet, L. (2011). Mieux saisir la resilience chez les enseignants: étude longitudinale d'un processus non linéaire. *Revue Développement humain, handicapet changement social*, 19 (1), 199-208.

ANNEXOS

ANNEX 2. INVENTARIO DE RESILIENCIA INFANTIL (IRI)

Nombre y apellidos:

Items	SI	NO
Tengo personas alrededor en quienes confío y que me quieren (Item 1).		
Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro que les quiero (Item 2).		
Me cuesta mucho entender los sentimientos de los demás (Item 3).		
Sé cómo ayudar a alguien que está triste (Item 4).		
Estoy dispuesto(a) a responsabilizarme de lo que hago (Item 5).		
Puedo buscar maneras de resolver mis problemas (Item 6).		
Intento estar contento la mayor parte del tiempo (Item 7).		
Cuando hay algo que me preocupa hago cosas nuevas para poder solucionarlo (Item 8).		
Me gusta imaginar formas en la naturaleza, por ejemplo, le doy formas a las nubes (Item 9).		
Soy un niño/a por el que otros sienten aprecio y cariño (Item 10).		
Aunque me equivoque o haga travesuras mis padres siempre me querrán (Item 11).		
Ayudo a mis compañeros siempre que puedo (Item 12).		
Me gusta imaginar situaciones nuevas, como por ejemplo, subir en cohete a la Luna (Item 13).		
Me gusta cambiar las historias o cuentos, con cosas que se me ocurren a mí (Item 14).		
Aunque me sienta triste o esté enfadado(a), los demás me siguen queriendo (Item 15).		

Soy feliz (Item 16).		
Me pongo triste cuando veo sufrir a la gente (Item 17).		
Intento no herir los sentimientos de los demás (Item 18).		
Puedo resolver mis problemas (Item 19).		
Puedo tomar decisiones con facilidad (Item 20).		
Me gusta reírme de los defectos de los demás (Item 21).		
Ante situaciones difíciles (como por ejemplo cuando me enfado con alguien), encuentro nuevas soluciones con rapidez y facilidad (Item 22).		
Es difícil que me vaya bien, porque no soy bueno(a) ni inteligente (Item 23).		
Me doy por vencido(a) fácilmente ante cualquier problema (Item 24).		
Cuando una persona tiene algún defecto me río de ella (Item 25).		
Pienso que cada persona debe salir de su problema como pueda (Item 26).		
Prefiero que me digan lo que tengo que hacer, en lugar de decidirlo yo (Item 27).		
Estoy de mal humor casi todo el tiempo (Item 28).		
Normalmente no me río (Item 29).		
Para mí es difícil imaginar situaciones nuevas (Item 30).		
Cuando hay problemas o dificultades, no se me ocurre nada para poder encontrar la solución (Item 31).		
Me cuesta mucho aceptarme como soy (Item 32).		
Tengo una mala opinión de mi mismo(a) (Item 33).		
Noto cuando un amigo está alegre (Item 34).		
Me fastidia tener que escuchar a los demás (Item		

35).		
Me interesa poco lo que puede sucederle a los demás (Item 36).		
Me gusta que los demás tomen las decisiones por mi (Item 37).		
Con tantos problemas que tengo, casi nada me hace reír (Item 38).		
Normalmente veo el lado triste de las cosas que me pasan (Item 39).		
Siempre pienso que los demás son mejores que yo (Item 40).		
Me gusta escuchar lo que dicen mis amigos (Item 41).		
Cuando me miro al espejo me gusta lo que veo (Item 42).		
Siempre necesito la ayuda de los demás (Item 43).		
Nunca he sabido inventarme cuentos (Item 44).		

ANNEX 3. TAULA DE LA CORRESPONDÈNCIA D'ÍTEMS DE L'IRI-53 A L'IRI-44

INVENTARI DE RESILIÈNCIA INFANTIL - IRI (53 ítems)	INVENTARI DE RESILIÈNCIA INFANTIL - IRI (44 ítems)
<p>Ítems</p> <p>Ítem 1. Tengo personas alrededor en quienes confío y que me quieren.</p> <p>Ítem 2. Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro que les quiero.</p> <p>Ítem 3. Me cuesta mucho entender los sentimientos de los demás.</p> <p>Ítem 4. Sé cómo ayudar a alguien que está triste.</p> <p>Ítem 5. Estoy dispuesto(a) a responsabilizarme de lo que hago.</p> <p>Ítem 6. Puedo buscar maneras de resolver mis problemas.</p> <p>Ítem 7. Intento estar contento la mayor parte del tiempo.</p> <p>Ítem 8. Me gusta reírme de los problemas que tengo.</p> <p>Ítem 9. Cuando hay algo que me preocupa hago cosas nuevas para poder solucionarlo.</p> <p>Ítem 10. Me gusta imaginar formas en la naturaleza, por ejemplo, le doy formas a las nubes.</p> <p>Ítem 11. Soy un niño/a por el que otros sienten aprecio y cariño.</p> <p>Ítem 12. Aunque me equivoque o haga travesuras mis padres siempre me querrán.</p> <p>Ítem 13. Ayudo a mis compañeros siempre que puedo.</p> <p>Ítem 14. Aunque tenga ganas de hacer algo que no está bien o que es peligroso, puedo aguantarme sin hacerlo.</p> <p>Ítem 15. Me doy cuenta cuando hay peligro y trato de evitarlo.</p> <p>Ítem 16. Me gusta estar siempre alegre a pesar de los problemas que pueda tener.</p> <p>Ítem 17. Le encuentro el lado positivo a las cosas malas que me pasan.</p> <p>Ítem 18. Me gusta imaginar situaciones nuevas, como por ejemplo, subir en cohete a la Luna.</p> <p>Ítem 19. Me gusta cambiar las historias o cuentos, con cosas que se me ocurren a mí.</p> <p>Ítem 20. Aunque me sienta triste o esté enfadado(a), los demás me siguen queriendo.</p> <p>Ítem 21. Soy feliz.</p> <p>Ítem 22. Me pongo triste cuando veo sufrir a la gente.</p> <p>Ítem 23. Intento no herir los sentimientos de los demás.</p> <p>Ítem 24. Puedo resolver mis problemas.</p> <p>Ítem 25. Puedo tomar decisiones con facilidad.</p> <p>Ítem 26. Me es fácil reírme aún en los momentos más feos y tristes de mi vida.</p> <p>Ítem 27. Me gusta reírme de los defectos de los demás.</p> <p>Ítem 28. Ante situaciones difíciles (como por ejemplo cuando me enfado con alguien), encuentro nuevas soluciones con rapidez y facilidad.</p> <p>Ítem 29. Me gusta que las cosas se hagan como siempre (por ejemplo que siempre vengan a buscarme las mismas personas al cole).</p> <p>Ítem 30. Es difícil que me vaya bien, porque no soy bueno(a) ni inteligente.</p> <p>Ítem 31. Me doy por vencido(a) fácilmente</p>	<p>Ítems</p> <p>Ítem 1. Tengo personas alrededor en quienes confío y que me quieren.</p> <p>Ítem 2. Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro que les quiero.</p> <p>Ítem 3. Me cuesta mucho entender los sentimientos de los demás.</p> <p>Ítem 4. Sé cómo ayudar a alguien que está triste.</p> <p>Ítem 5. Estoy dispuesto(a) a responsabilizarme de lo que hago.</p> <p>Ítem 6. Puedo buscar maneras de resolver mis problemas.</p> <p>Ítem 7. Intento estar contento la mayor parte del tiempo.</p> <p>Ítem Eliminat.</p> <p>Ítem 8. Cuando hay algo que me preocupa hago cosas nuevas para poder solucionarlo.</p> <p>Ítem 9. Me gusta imaginar formas en la naturaleza, por ejemplo, le doy formas a las nubes.</p> <p>Ítem 10. Soy un niño/a por el que otros sienten aprecio y cariño.</p> <p>Ítem 11. Aunque me equivoque o haga travesuras mis padres siempre me querrán.</p> <p>Ítem 12. Ayudo a mis compañeros siempre que puedo.</p> <p>Ítem Eliminat.</p> <p>Ítem Eliminat.</p> <p>Ítem Eliminat.</p> <p>Ítem Eliminat.</p> <p>Ítem 13. Me gusta imaginar situaciones nuevas, como por ejemplo, subir en cohete a la Luna.</p> <p>Ítem 14. Me gusta cambiar las historias o cuentos, con cosas que se me ocurren a mí.</p> <p>Ítem 15. Aunque me sienta triste o esté enfadado(a), los demás me siguen queriendo.</p> <p>Ítem 16. Soy feliz.</p> <p>Ítem 17. Me pongo triste cuando veo sufrir a la gente.</p> <p>Ítem 18. Intento no herir los sentimientos de los demás.</p> <p>Ítem 19. Puedo resolver mis problemas.</p> <p>Ítem 20. Puedo tomar decisiones con facilidad.</p> <p>Ítem Eliminat.</p> <p>Ítem 21. Me gusta reírme de los defectos de los demás.</p> <p>Ítem 22. Ante situaciones difíciles (como por ejemplo cuando me enfado con alguien), encuentro nuevas soluciones con rapidez y facilidad.</p> <p>Ítem Eliminat.</p> <p>Ítem 23. Es difícil que me vaya bien, porque no soy bueno(a) ni inteligente.</p> <p>Ítem 24. Me doy por vencido(a) fácilmente</p>

ante cualquier problema.

Ítem 32. Cuando una persona tiene algún defecto me río de ella.

Ítem 33. Pienso que cada persona debe salir de su problema como pueda.

Ítem 34. Prefiero que me digan lo que tengo que hacer, en lugar de decidirlo yo.

Ítem 35. Me gusta más seguir las ideas de los demás que mis propias ideas.

Ítem 36. Estoy de mal humor casi todo el tiempo.

Ítem 37. Normalmente no me río.

Ítem 38. Para mí es difícil imaginar situaciones nuevas.

Ítem 39. Cuando hay problemas o dificultades, no se me ocurre nada para poder encontrar la solución.

Ítem 40. Me cuesta mucho aceptarme como soy.

Ítem 41. Tengo una mala opinión de mi mismo(a).

Ítem 42. Noto cuando un amigo está alegre.

Ítem 43. Me fastidia tener que escuchar a los demás.

Ítem 44. Me interesa poco lo que puede sucederle a los demás.

Ítem 45. Me gusta que los demás tomen las decisiones por mí.

Ítem 46. Me siento culpable cuando hay problemas en mi casa (por ejemplo, si mis padres se discuten).

Ítem 47. Con tantos problemas que tengo, casi nada me hace reír.

Ítem 48. Normalmente veo el lado triste de las cosas que me pasan.

Ítem 49. Siempre pienso que los demás son mejores que yo.

Ítem 50. Me gusta escuchar lo que dicen mis amigos.

Ítem 51. Cuando me miro al espejo me gusta lo que veo.

Ítem 52. Siempre necesito la ayuda de los demás.

Ítem 53. Nunca he sabido inventarme cuentos.

ante cualquier problema.

Ítem 25. Cuando una persona tiene algún defecto me río de ella.

Ítem 26. Pienso que cada persona debe salir de su problema como pueda.

Ítem 27. Prefiero que me digan lo que tengo que hacer, en lugar de decidirlo yo.

Ítem Eliminad.

Ítem 28. Estoy de mal humor casi todo el tiempo.

Ítem 29. Normalmente no me río.

Ítem 30. Para mí es difícil imaginar situaciones nuevas.

Ítem 31. Cuando hay problemas o dificultades, no se me ocurre nada para poder encontrar la solución.

Ítem 32. Me cuesta mucho aceptarme como soy .

Ítem 33. Tengo una mala opinión de mi mismo(a).

Ítem 34. Noto cuando un amigo está alegre.

Ítem 35. Me fastidia tener que escuchar a los demás.

Ítem 36. Me interesa poco lo que puede sucederle a los demás.

Ítem 37. Me gusta que los demás tomen las decisiones por mí.

Ítem Eliminad.

Ítem 38. Con tantos problemas que tengo, casi nada me hace reír.

Ítem 39. Normalmente veo el lado triste de las cosas que me pasan.

Ítem 40. Siempre pienso que los demás son mejores que yo.

Ítem 41. Me gusta escuchar lo que dicen mis amigos.

Ítem 42. Cuando me miro al espejo me gusta lo que veo.

Ítem 43. Siempre necesito la ayuda de los demás.

Ítem 44. Nunca he sabido inventarme cuentos.

ANNEX 4. TAULA DE LA COMPRESIÓ DE LA VERSIÓ IRI-53

Items	És comprensible?	%
1	sí	100%
2	Sí	100%
3	Sí	100%
4	Sí	100%
5	Sí	60%
6	Sí	100%
7	Sí	100%
8	Sí	80%
9	Sí	80%
10	Sí	80%
11	Sí	80%
12	Sí	100%
13	Sí	100%
14	Sí	80%
15	Sí	100%
16	Sí	100%
17	Sí	80%
18	Sí	100%
19	Sí	100%
20	Sí	100%
21	Sí	100%
22	Sí	100%
23	Sí	80%
24	Sí	80%
25	Sí	100%
26	Sí	100%
27	Sí	80%
28	Sí	100%
29	Sí	100%
30	Sí	100%
31	Sí	100%
32	Sí	100%
33	Si	80%
34	Sí	100%
35	Si	80%
36	Sí	100%
37	Sí	100%
38	Si	80%
39	Sí	100%
40	Sí	100%
41	Sí	100%
42	Sí	100%
43	Sí	100%
44	Si	80%

45	Sí	100%
46	Sí	100%
47	Sí	100%
48	Sí	100%
49	Sí	100%
50	Sí	100%
51	Si	80%
52	Sí	100%
53	Sí	100%

ANNEX 5. RELLEVÀNCIA DELS ÍTEMS DE L'*INVENTARIO DE RESILIENCIA INFANTIL (IRI-53)*

Nombre y apellidos:

Siusplau, classifica cada ítem en una de les 3 categories proporcionades: AUTOESTIMA, CONNEXIÓ INTERPERSONAL I PROACTIVITAT.

Autoestima: Sentir-se feliç, estimar-se a un mateix i als altres així com sentir-se valorat per ells.

Connexió (Inter)personal: Tenir bon humor així com la capacitat d'empatitzar amb els altres.

Proactivitat: És una actitud en la qual el subjecte assumeix el control de la seva vida de manera activa i pren la iniciativa en portar a terme accions creatives per generar millores, fent prevaler la llibertat d'elecció sobre les circumstàncies de la vida.

Digues la rellevància que tenen els ítems dins la categoria escollida: 1. Irrellevant, 2. Mica rellevant 3. Rellevant

Si consideres que algún ítem no pertany a cap de les categories proporcionades, fes una proposta indicant també el grau de rellevància de l'ítem per a la categoria proporcionada.

Items	AUTOESTIMA 1, 2 ó 3	CONNEXIÓ INTERPERSONAL 1, 2 ó 3	PROACTIVITAT 1, 2 ó 3
Tengo personas alrededor en quienes confio y que me quieren (Item 1).			
Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro que les quiero (Item 2).			
Me cuesta mucho entender los sentimientos de los demás (Item 3).			
Sé cómo ayudar a alguien que está triste (Item 4).			
Estoy dispuesto/a a responsabilizarme de lo que hago (Item 5).			

Puedo buscar maneras de resolver mis problemas (Item 6).			
Intento estar contento la mayor parte del tiempo (Item 7).			
Cuando hay algo que me preocupa hago cosas nuevas para poder solucionarlo (Item 9).			
Me gusta imaginar formas en la naturaleza, por ejemplo, le doy formas a las nubes (Item 10).			
Soy un niño/a por el que otros sienten aprecio y cariño (Item 11).			
Aunque me equivoque o haga travesuras mis padres siempre me querrán (Item 12).			
Ayudo a mis compañeros siempre que puedo (Item 13).			
Me gusta imaginar situaciones nuevas, como por ejemplo, subir en cohete a la Luna (Item 18).			
Me gusta cambiar las historias o cuentos, con cosas que se me ocurren a mí (Item 19).			
Aunque me sienta triste o esté enfadado(a), los demás me siguen queriendo (Item 20).			
Soy feliz (Item 21).			
Me pongo triste cuando veo sufrir a la gente (Item 22).			
Intento no herir los sentimientos de los demás (Item 23).			
Puedo resolver mis problemas (Item 24).			
Puedo tomar decisiones con facilidad (Item 25).			
Me gusta reírme de los defectos de los demás (Item 27).			
Ante situaciones difíciles (como por ejemplo cuando me enfado con alguien), encuentro nuevas soluciones con rapidez y			

facilidad (Item 28).			
Es difícil que me vaya bien, porque no soy bueno(a) ni inteligente (Item 30).			
Me doy por vencido(a) fácilmente ante cualquier problema (Item 31).			
Cuando una persona tiene algún defecto me río de ella (Item 32).			
Pienso que cada persona debe salir de su problema como pueda (Item 33).			
Prefiero que me digan lo que tengo que hacer, en lugar de decidirlo yo (Item 34).			
Estoy de mal humor casi todo el tiempo (Item 36).			
Normalmente no me río (Item 37).			
Para mí es difícil imaginar situaciones nuevas (Item 38).			
Cuando hay problemas o dificultades, no se me ocurre nada para poder encontrar la solución (Item 39).			
Me cuesta mucho aceptarme como soy (Item 40).			
Tengo una mala opinión de mi mismo(a) (Item 41).			
Noto cuando un amigo está alegre (Item 42).			
Me fastidia tener que escuchar a los demás (Item 43).			
Me interesa poco lo que puede sucederle a los demás (Item 44).			
Me gusta que los demás tomen las decisiones por mí (Item 45).			
Con tantos problemas que tengo, casi nada me hace reír (Item 47).			
Normalmente veo el lado triste de las cosas que me pasan (Item 48).			

Siempre pienso que los demás son mejores que yo (Item 49).			
Me gusta escuchar lo que dicen mis amigos (Item 50).			
Cuando me miro al espejo me gusta lo que veo (Item 51).			
Siempre necesito la ayuda de los demás (Item 52).			
Nunca he sabido inventarme cuentos (Item 53).			

ANNEX 6. VERSIÓN FINAL DEL INVENTARIO DE FACTORES PERSONALES DE RESILIENCIA (Cecilia Salgado Lévano, 2005)

[Se prepararon dos versiones, tanto para las niñas como para los niños]

Sexo: FEMENINO

Edad:.....

Lugar de Nacimiento.....

Grado:.....

Colegio.....

Instrucciones:

A continuación encontrarás algunas preguntas sobre la manera como te sientes, piensas y te comportas. Después de cada pregunta responderás SI, si es como te sientes, piensas y te comportas, y responderás NO cuando la pregunta no diga como te sientes, piensas y te comportas.

Contesta a todas las preguntas, aunque alguna te sea difícil de responder, pero no marques SI y NO a la vez.

No hay respuestas buenas ni malas, por eso trata de ser totalmente sincera, ya que nadie va a conocer tus respuestas.

1. Tengo personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren.	SI	NO
2. Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi amor.	SI	NO
3.. Me cuesta mucho entender los sentimientos de los demás.	SI	NO
4. Sé como ayudar a alguien que está triste.	SI	NO
5. Estoy dispuesta a responsabilizarme de mis actos.	SI	NO
6. Puedo buscar maneras de resolver mis problemas.	SI	NO
7. Trato de mantener el buen ánimo la mayor parte del tiempo.	SI	NO
8. Me gusta reírme de los problemas que tengo.	SI	NO
9. Cuando tengo un problema hago cosas nuevas para poder solucionarlo.	SI	NO
10. Me gusta imaginar formas en la naturaleza, por ejemplo le doy formas a las nubes.	SI	NO
11. Soy una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.	SI	NO
12. Puedo equivocarme o hacer travesuras sin perder el amor de mis padres.	SI	NO
13. Ayudo a mis compañeros cuando puedo.	SI	NO
14. Aunque tenga ganas, puedo evitar hacer algo peligroso o que no está bien.	SI	NO
15. Me doy cuenta cuando hay peligro y trato de prevenirlo.	SI	NO
16. Me gusta estar siempre alegre a pesar de las dificultades que pueda tener.	SI	NO
17. Le encuentro el lado chistoso a las cosas malas que me pasan.	SI	NO
18. Me gusta imaginar situaciones nuevas, como por ejemplo estar en la Luna.	SI	NO

19. Me gusta cambiar las historias o cuentos, con cosas que a mi se me ocurren.	SI	NO
20. Aunque me sienta triste o esté molesta, los demás me siguen queriendo.	SI	NO
21. Soy feliz.	SI	NO
22. Me entristece ver sufrir a la gente.	SI	NO
23. Trato de no herir los sentimientos de los demás.	SI	NO
24. Puedo resolver problemas propios de mi edad.	SI	NO
25. Puedo tomar decisiones con facilidad.	SI	NO
26. Me es fácil reírme aún en los momentos más feos y tristes de mi vida.	SI	NO
27. Me gusta reírme de los defectos de los demás.	SI	NO
28. Ante situaciones difíciles, encuentro nuevas soluciones con rapidez y facilidad.	SI	NO
29. Me gusta que las cosas se hagan como siempre.	SI	NO
30. Es difícil que me vaya bien, porque no soy buena ni inteligente.	SI	NO
31. Me doy por vencida fácilmente ante cualquier dificultad.	SI	NO
32. Cuando una persona tiene algún defecto me burlo de ella.	SI	NO
33. Yo pienso que cada quien debe salir de su problema como pueda.	SI	NO
34. Prefiero que me digan lo que debo hacer.	SI	NO
35. Me gusta seguir más las ideas de los demás, que mis propias ideas.	SI	NO
36. Estoy de mal humor casi todo el tiempo.	SI	NO
37. Generalmente no me río.	SI	NO
38. Me cuesta trabajo imaginar situaciones nuevas.	SI	NO
39. Cuando hay problemas o dificultades, no se me ocurre nada para poder resolverlos.	SI	NO
40. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.	SI	NO
41. Tengo una mala opinión de mi misma.	SI	NO
42. Sé cuando un amigo está alegre.	SI	NO
43. Me fastidia tener que escuchar a los demás.	SI	NO
44. Me interesa poco lo que puede sucederle a los demás.	SI	NO
45. Me gusta que los demás tomen las decisiones por mi.	SI	NO
46. Me siento culpable de los problemas que hay en mi casa.	SI	NO
47. Con tantos problemas que tengo, casi nada me hace reír.	SI	NO
48. Le doy más importancia al lado triste de las cosas que me pasan.	SI	NO

REVISAS SI HAS RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS

Annex 7. Pòster presentat en el Fourth International Conference on Adoption Research (ICAR4, 7-11 Juliol de 2013, Bilbao)

Intervention with adoptive families through resilience

Solórzano, E. & Pacheco, M., PhD
FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull
ElisabetSF@blanquerna.url.edu

We expose the basis of a family intervention program for adoption, conceived to strengthen and improve children's resilience, attachment processes and family relationships. It is important to foster adopted children's resilience since all adopted children experience abandonment and maybe other traumatic events in their early childhood, as well as multiple deficiencies. Many authors emphasize the need of (re)constructing the narrative of life after a traumatic experience and also the relevance of the context closest to the child, and especially of the family (Walsh, 2004; Barudy & Dantagnan, 2010). Adoptive parents can be seen as tutors of resilience (Cyrulnik, 2002). We also rely on various models of intervention and studies of resilience in children with severe deprivation in Romanian orphanages (Rutter, 2006) and also on the resilience processes in development of children at risk (Mary Karapetian and Judy Johnson, 2005). We designed our intervention program following a modular structure based on the five components of resilience: Self-esteem, autonomy, creativity, humour and empathy.
Key words: resilience, attachment, adoptive family and components of resilience.

Introduction

We present an integrative model on postadoption's intervention. Theoretical framework: Relational Constructivism (Botella, Herrero, Pacheco & Corbella, 2004), Narrative Psychotherapy (White & Epston, 1990), Family Resilience Model (Walsh, 2004), Psychosocial Resilience (Rutter, 1985, 2006). It is an integrative and interdisciplinary model, focused on the relationship, particularly emphasizing processes related to the construction of identity and highlighting the repairing function of adoptive parenthood.

Resilience: The capacity of a person or group to keep projecting themselves to the future despite the destabilizing elements ... (Manciaux, Vanistendael, Lecomte & Cyrulnik, 2003)
"It is a capability that we have at a particular moment but it is not stable or perpetual" (Rutter, 2006)

REPAIRING FUNCTION OF ADOPTIVE FAMILY (see fig.1). We consider that a child has **Special Affective and Emotional Needs** when he/she experienced traumatic situations and/ or affective deprivation. These difficulties need to be compensated by means of consciously providing affection. It is important to emphasize relational processes that give rise to significant relationships and, therefore, to a better self-consistency and evolution as a social being (Pacheco & Boadas, 2011)

Fostering Parents Competences:

Parents viewed as **Tutors of Resilience** (Cyrulnik, 2002) so that their children can develop themselves properly and cope successfully possible traumatic events or potentially destabilizing.

It is important to build resilience starting from its major components: self-esteem, autonomy, creativity, empathy, sense of humor, cohesion with others, social support and appropriate communication processes within the family. Since the family must be one of the main sources of resilience it is necessary to give meaning to the adversity experienced by the child so that it can be integrated in family narratives and adaptively reconstructed. (Solórzano, Pacheco & Virgili, 2010).

Given that adopted children start on life departing from a situation of deprivation and neglect, and there is often a marked contrast between experiences previous to the adoption and subsequent (Palacios, 2005), draws attention that research relating resilience and adopted children are rare. Arises a need for intervention programs designed to promote resilience as having tools to assess the degree of children's resilience and to assess the success of intervention programs.

Fig. 1- Repair function of adoptive family (Pacheco et al, in press)



Fig. 2- Intervention Areas on Family Resilience



Aims

- ✓ Promoting the 5 components of resilience: (see fig 2) self-esteem, creativity, autonomy, humor, empathy
- ✓ Positive family identity.
- ✓ Promoting secure attachment
- ✓ Promoting family cohesion and cooperation (future oriented therapy)
- ✓ Family therapy intervention

Intervention Areas

- Organizational pattern
- Narrative Reconstruction
- Communication/ Emotional Expression
- Creative Problem Solving

3-6 YEARS	7-12 YEARS	12 YEARS-ADOLESCENTS
Organizational pattern: Family flexibility and ability to adapt to changes, connexion, cohesion, social and economic resources. Relaxed and cooperative interaction between parents and children		
a. Clear and stable values b. Network of social support: to strengthen relationship with extended family and social environment c. Fostering secure attachment: eye contact and frequent physical. Valuation and expression of affection. Encourage contingent communication, promote autonomy, empathy and self-esteem. Support for learning. Encourage exploration and choice. d. Building a positive family identity and sense of belonging. e. (Identification of a pet or family symbol, shared routines, ...). Transmission of legacy with emotional significance (customs, games, hobbies, objects ...)	f. To share interests and hobbies g. To encourage socialization and involvement with the child's circle of friends h. Family cooperation games (board games, sports ...)	i. Share interests and hobbies and respecting the child's own. j. Accompany the socialization k. Negotiating new habits (nights out, schedules, ...) l. Involve children in some family decisions (travels, trips, outings...)
Narrative Reconstruction: give meaning to adversity experienced by the child so that it can be plotted in family narratives and adaptively reconstructed.		
Lifebooks Using puppets, stories construction Externalization (White & Epston, 1990) Songs, family mural Solution Focused Therapy (De shazer, 1985)	Narrative construction. Starting in the use of symbolic language (redefinition metaphors ...). Externalizing Conversation (White & Epston, 1990) Letter writing.	Metaphors and narrative construction Externalizing Conversation (White & Epston, 1990), Solution Focused Therapy (De Shazer, 1985) Two chairs dialogue Letter writing and letter exchange
Communication: Promote clear communication, authentic and consistent as a sincere emotional expression.		
Clarity: Coincidence analogical level and digital, appropriate non-verbal communication, assertiveness training Communication over origins (family life books with pictures, including the integration of the origins of the child). Open emotional expression: Emotional education (through stories, Portrait Gallery, semaphore of emotions, artistic expression (family mural), facial expression and body emotions.	Clarity: Coincidence analogical level and digital, appropriate non-verbal communication, assertiveness training Communication over origins (family life books with pictures, including the integration of the origins of the child). Exchange of letters between family members Open emotional expression: Emotional identification (through stories, emotions thermometer, role playing), artistic expression (family mural) Bingo of emotions (TEA ed., 2008). Family sculpture.	Clarity: Coincidence analogical level and digital, appropriate non-verbal communication, assertiveness training Communication over origins (family life books with pictures and writing or poems, including the integration of the origins of the child). Exchange of letters between family members Open emotional expression: Emotional management (role playing) nonverbal communication, family sculpture. Exchange of chairs.
Creative resolution of problems: learning to solve the problems in a proactive way, with a view to the future and leaning on achievements		
Self-control techniques: turtle, self reports (the good / the bad), stories, role-playing, viewing images of good practice.	Role-playing real situations (role exchange into the family). What changed? Strengths and weaknesses of yourself.	What to change? Strengths and weaknesses of yourself. Rituals of forgiveness and repair (letters, written messages.) Role-playing real situations. Therapist: appreciative gaze (we value that things can change)

References

- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M., & Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 119-136). New York: Sage.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los Paltos feos*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, Steve (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. NY: Norton.
- Freeman, J., Epston, D. & Loboivits, D. (2001). *Terapia Narrativa para niños: Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Karapetian, M. & Johnson, J. (2005). *Enchancing Resilience in children: A proactive Approach*. *Professional psychology: Research and practice*, 36 (3), 238-245.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. & Cyrulnik, B. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Mittin, M. (2008). *Bingo de las emociones*. Madrid: TEA Ediciones.
- Pacheco, M. y Boadas, B. (2011). *¿Y si adoptamos?*. Barcelona: Vicensera.
- Pacheco, M., García, L., Górr, S., Salles, C. y Boadas, B. (in press). Retos y estrategias de intervención en la postadopción: Una propuesta integradora. *Revista de Psicoterapia*.
- Palacios, J. (2005). *Adopción internacional en España: Un nuevo País, una nueva vida*. Madrid: Ministerio de Asuntos Social.
- Rutter, M. (1985). Resilience in face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience concepts for scientific understanding. A. B. M. Lester, A. Masten & B. McEwen (Eds.), *Resilience in children* (p. 1-12). New York: The New York Academy of science.
- Solórzano, E., Pacheco, M., i Virgili, C. (2010). Parentalitat i resiliència en l'adopció. *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport*, 27, 117-130. www.raeco.cat/index.php/Aloma
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

