



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Factores de riesgo y protección en menores adoptados. Visión desde la educación infantil.

Autor/es

Sofía Jany Serrano Orna

Director/es

Ana Moreno Pueyo

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2020-2021

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. EL APEGO	8
3.1. Teoría del apego	8
3.2. Bases neurobiológicas del apego	12
3.3. Mary Ainsworth y los tipos de apego	15
3.4. Parentalidad.....	20
4. RESILIENCIA	21
4.1. Definición.....	22
4.2. Profundizando en el término <i>Resiliencia</i>	25
4.3. Resiliencia: Factores de riesgo y protección.....	28
5. ADOPCIÓN.....	34
5.1. Definición.....	35
5.2. La importancia del ámbito social para el desarrollo óptimo del menor adoptado.	38
5.4. Prevención de posibles dificultades de la adolescencia en la etapa infantil. .	39
6. EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	42
6.1. El caso de Asha.	42
6.2. Evaluación de factores de riesgo y factores de protección en el menor adoptado.	43
6.2.1. Análisis del caso.	63
7. CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN	65
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
9. ANEXOS	72

Título del TFG: Factores de riesgo y protección en menores adoptados. Visión desde la educación infantil.

Title (in english): Risk and protection factors in adopted children. A view from early childhood education.

- Elaborado por Sofía Jany Serrano Orna.
- Dirigido por Ana Moreno Pueyo.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Septiembre del año 2021
- Número de palabras (sin incluir anexos): 17.999

Resumen

Los menores adoptados experimentan un abandono traumático a edades muy tempranas. Se encuentran en un ambiente en el que convergen factores de riesgo y protección que influyen en su crecimiento antes y después de ser adoptados.

Por ello, he construido una propuesta de evaluación para sus familias, para valorar dichos factores a nivel preventivo y tener un pronóstico aproximado para prevenir problemas en la infancia y adolescencia, etapa donde surge y más se intensifica la problemática en las personas adoptadas.

Así, podremos realizar el seguimiento adecuado, desde la etapa infantil el proceso del niño, realizando un proceso de reparación antes de llegar a la adolescencia.

Para entender a estos niños desde la escuela, se desarrollan tres conceptos que conforman este trabajo: resumen de autores relevantes de la teoría del apego, la resiliencia y la adopción.

Palabras clave

Adopción, apego, resiliencia, factores de riesgo y protección, evaluación, educación infantil.

Abstract

Adopted children experience traumatic abandonment at a very early age. They find themselves in an environment in which risk and protective factors converge and influence their growth before and after being adopted.

For this reason, I have developed an assessment proposal for their families, to evaluate these factors at a preventive level and to have an approximate prognosis to prevent problems in childhood and adolescence, the stage where problems arise and intensify the most in adopted people.

In this way, we will be able to monitor the child's process from the infancy stage, carrying out a process of reparation before reaching adolescence.

In order to understand these children from the school, three concepts that make up this work are developed: a summary of relevant authors of attachment theory, resilience and adoption.

Keywords

Adoption, attachment, resilience, risk and protective factors, assessment, early childhood education.

1. INTRODUCCIÓN

La personalidad se conforma principalmente en las primeras fases de la vida y a lo largo de esta se va forjando, quedando marcada por las experiencias vividas. Como explica David Corbera (2021) en la charla *Aprende a conectar con tu pasado*, los traumas se producen sobre todo, en los primeros años de vida porque el individuo no tiene desarrollados los recursos cognitivos para afrontar y gestionar las situaciones conflictivas que se le presentan desde el ámbito emocional. Es a lo largo de la vida cuando se van entendiendo los sucesos, cambiando el significado de estos en cuanto a cómo le afectó en su momento, o pensamientos intrusivos o hechos que hicieron tener un mal concepto de su propia persona y/o de algún aspecto de su vida en general.

En el caso de las personas adoptadas, es a muy temprana edad cuando experimentan el abandono, pasando por un primer duelo para sobrellevar la nueva situación. Este acontecimiento marca al menor. Es posible que debido a su corta edad no recuerde la situación vivida o su significado, pero este hecho se puede manifestar en cualquier etapa

evolutiva. La adolescencia se destaca por ser una etapa complicada de por sí, ya que se empieza a buscar la propia identidad, a qué grupo social se pertenece o en el que se siente acogido y entendido... Para las personas adoptadas, es una etapa en la que surgen inquietudes acerca de su pasado, de los padres biológicos, de sus orígenes, etc. Estas preguntas pueden llegar a ser complicadas si no se ha trabajado desde una base segura, dándose la sinceridad y la libertad en la familia adoptiva.

Los niños desde la primera infancia son moldeables y establecen vínculos afectivos con sus personas de referencia, que les ofrecen seguridad, protección, amor y una cálida relación afectiva. Estos vínculos afectivos ayudan a formar su personalidad, influyendo en sus relaciones sociales además de otorgar ese sentimiento de pertenencia a un grupo social, familia, amigos. La adopción en sí, es una respuesta positiva y eficaz con respecto a los derechos del niño.

Se expone *la teoría del apego* de John Bowlby de manera extensa, destacando la importancia que tiene establecer lazos afectivos no solo en la familia, sino en el colegio. Para dar una explicación y un sentido más racional, se comenta la neurobiología del apego. Se sigue con el término de *resiliencia*, descrito ampliamente y de diversas formas, donde se destaca a Boris Cyrulnik, la metáfora de la casita de Vanistendael y la ya conocida pirámide de Maslow, que sirve de introducción de la definición de los factores de riesgo y protección a nivel general y concretamente en el ámbito adoptivo. Por último, se encuentra el apartado de la adopción, en el que se dan diferentes concepciones para explicar el término y lo que ello implica, además de añadir desde mi perspectiva lo que implica ser familia adoptiva e hijos adoptados, basándome en mi propia experiencia como hija adoptada.

Las páginas que configuran el marco teórico sirven de base y justificación para concluir con el objetivo de este trabajo, la creación de una evaluación de factores de riesgo y protección de los menores adoptados, para prever y tratar la posible problemática que puedan presentar comenzando desde educación infantil. Si se comienza un abordaje educativo potenciando los factores de protección y trabajando paulatinamente los factores de riesgo tratables, será más favorable el desarrollo integral del menor.

2. JUSTIFICACIÓN

El interés por realizar este trabajo ha sido de carácter profesional y personal.

Personal por mi familia, compuesta por mis padres y sus tres hijos adoptados en la India, mis hermanos y yo que en la actualidad tenemos 22, 18 y 13 años. Esto me ha facilitado la realización de este trabajo puesto que mis vivencias y pensamientos me han servido para orientar, organizar y estructurar este escrito. A nivel profesional porque los trabajos de mis padres son educador social y trabajadora social, por lo que son conocedores del mundo tan amplio de familias, adopciones, casos y menores. Por mi parte, desde el campo educativo, he querido adentrarme en el mundo de la adopción y cómo actuar en estos casos, desde la posición de maestra de educación infantil, período esencial en el desarrollo de los niños, sobre todo a nivel afectivo, cognitivo y psicomotriz.

La complicidad con mi tutora ha sido de ayuda puesto que la adopción está presente en su familia y por su trabajo, como psicóloga en protección de menores.

La intencionalidad de este trabajo se basa en prevenir y/o aminorar las dificultades que pueden tener los menores adoptados desde el principio de la escolarización mediante el conocimiento de la situación en la que se encuentra el niño. Atendiendo principalmente el ámbito afectivo y social, considerando los factores de riesgo y factores de protección en los que se ve envuelto el menor. Durante la carrera se ha hecho énfasis en la importancia de la prevención e intervención de las dificultades en el aprendizaje, por lo que he creído oportuno hablar de la importancia que tiene la educación emocional para el alumnado en general y en concreto, en el niño adoptado.

De esta manera, se ofrece una evaluación cuantitativa de factores que pueden ayudar a la figura docente, porque sabemos que durante la infancia y adolescencia de los niños adoptados hay muchos problemas de aprendizaje que tienen que ver con los factores de riesgo (Moreno, 2019). Se quiere recoger esta información para tener un pronóstico aproximado y dar una formación al cuerpo docente, no sólo para las personas adoptadas, sino para las personas de acogida.

Recordando asignaturas cursadas en el año 2020-2021 como *Atención temprana*, *Psicopatología infantil* y *Trastornos del lenguaje y la comunicación*, se puede resumir la necesidad de la educación emocional en la etapa infantil desde diferentes ámbitos:

- Desde el *marco educativo*, atendiendo a la finalidad educativa como una formación íntegra de la persona. Considerando lo cognitivo, afectivo, motriz, emocional, etc.
- Desde el *proceso educativo*, basándose en la enseñanza-aprendizaje cuyo eje es el ambiente emocional creado en el aula.
- Desde el *fracaso escolar*, teniendo en cuenta las dificultades en el aprendizaje que presenta el alumnado, el estrés que esto ocasiona, la baja autoestima que produce, etc.

Al trabajar la educación emocional, se trabajan dos ingredientes esenciales para el crecimiento personal que son:

- La *inteligencia intrapersonal*: autoconocimiento (reconocer sentimientos), autocontrol (control de expresión de las emociones) y la automotivación (favoreciendo el gusto por aprender y explorar nuevos horizontes, formando emprendedores).
- La *inteligencia interpersonal*: desde las relaciones sociales, la empatía y la salud emocional.

Se propone esta evaluación con la finalidad de recoger la mayor información posible del menor. Su historial previo y post adopción.

Para entender mejor el desarrollo del menor, es conveniente hablar de la *teoría del apego*, importante para la creación de la personalidad y las relaciones sociales, la *resiliencia* como herramienta de superación de las dificultades que se han podido vivir y la *adopción*.

3. EL APEGO

Se ha oído hablar estas últimas décadas sobre la Teoría del apego y su gran importancia. Losada y Ribeiro citando a Bowlby (2015) indican que realmente los vínculos afectivos que crean los padres con sus hijos a temprana edad quedan manifestados en la personalidad de los niños y en sus comportamientos.

Para poder adentrarnos en la Teoría del Apego comenzamos por su origen, de la mano de Gago que comenta en su artículo *Teoría del apego. El vínculo* (2014) que existe gracias al psicoanalista británico John Bowlby (1907-1990). Nos situamos a nivel cronológico en el final de la II Guerra Mundial cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) empieza una serie de investigaciones sobre las necesidades que presenta el niño sin su familia, y en particular, sin la figura materna. John Bowlby se encarga de lo relacionado a la salud mental, su campo de estudio. A raíz de estas investigaciones se determina que el hecho de que el niño establezca vínculos fuertes con una figura materna se trata de una herencia arcaica, ya que este vínculo da seguridad y protección, proporcionando la supervivencia de la especie.

Por último quiero destacar a Mario Marrone, fiel discípulo de John Bowlby, se distingue por ser psiquiatra, psicoanalista, entre otras. Este autor declara que la teoría del apego se construye en base a distintos cimientos como “la observación clínica, la investigación en psicología evolutiva, las neurociencias, la etología y la sociología” (Marrone, M. 2018. p. 2). Destaca oportunamente que para entender a una persona hay que entender la dinámica familiar en la que se ha crecido, además de tener en cuenta el contexto social político y cultural en el que se encuentra (Marrone, 2018; Moreno, 2019). Menciona Moreno (2019) en la asignatura de *Prevención de las dificultades de aprendizaje* que la evaluación del apego se ha de realizar en las distintas etapas evolutivas dado que las relaciones sociales pueden evolucionar tanto positiva como negativamente.

3.1. Teoría del apego

Como explica Anzano (2020):

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la teoría del apego es que el estado de la seguridad,

ansiedad o temor de un niño es determinado por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto, es decir, la persona con la que se establece el vínculo. [De igual forma] El apego proporciona la seguridad emocional del niño para ser aceptado y protegido incondicionalmente. Este planteamiento se ve en distintas especies animales, la proximidad de la madre para la continuidad de la especie, pues tiene las mismas necesidades. (Anzano, A. 2020.).

Josu Gago nos ofrece varias definiciones sobre el concepto de *Apego*, se encuentran principalmente diferentes matices de John Bowlby puesto que es el padre de la Teoría del Apego y ha sido y sigue siendo un campo de gran amplitud que se sigue actualizando.

En *Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados* publicada en la revista de Psicología de la Universidad de Chile (2000), se dice que Bowlby “define la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido” (Rosas, Gallardo y Angulo, 2000, p. 146). En otras palabras, es la interacción que establece el bebé con el ambiente y en particular con la figura principal. Esto suscita en el bebé determinados “sistemas de conducta” formando así la conducta de Apego (Bowlby, citado en el artículo Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados, 2000, p. 146).

John Bowlby en 1977 declaró que la teoría del apego es aquella tendencia que tienen los seres humanos para crear fuertes vínculos afectivos con personas concretas además de intentar dar respuesta a la amplia diversidad de manifestar el dolor emocional y los trastornos de personalidad como la ansiedad, ira, depresión y el alejamiento emocional ocasionados por la separación no deseada y de la pérdida afectiva. Marrone (2018) comenta que quien ha tenido un apego seguro óptimo es beneficioso, no sólo por el hecho de tener confianza con su figura de referencia, sino porque se trata de personas empáticas, sabedoras de comunicar sus sentimientos y emociones, al igual que autorregularse a nivel emocional. Pues son las figuras de apego quienes ayudan y enseñan a desarrollar estas capacidades de comunicación, autorregulación, empatía... teniendo una respuesta activa del cuidador, que atiende a sus necesidades.

Gago menciona a Sroufe y Water (1997), explicando la teoría del apego como “Un lazo afectivo entre el niño y quienes le cuidan y un sistema conductual que opera flexiblemente en términos de conjunto de objetivos, mediatizado por sentimientos y en interacción con otros sistemas de conducta” (Sroufe y Waters, citados en el artículo Teoría del apego. El vínculo. 2014).

También cita a Ortiz Barón y Yarnoz Yaben (1993) ya que para ellos el apego es el lazo afectivo que se establece entre el niño y una figura concreta uniendo así ambos en un mismo espacio. Lazo que perdura en el tiempo y se expresa manteniendo la proximidad cuyo objetivo subjetivo es la *sensación de seguridad*. Marrone (2018), quien fue compañero de trabajo de Bowlby afirma que el apego tiene la función básica de protección y cuidado.

Por otro lado, Moneta (2014) remarca el concepto de *Apego* como “la primera relación del recién nacido con su madre o con un cuidador principal que se supone es constante y receptivo a las señales del pequeño o el niño de pocos años” (Moneta, M.E. Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby. 2014). Es un proceso continuo que se afianza a lo largo de los años, y gracias a este se cimentan *todas las relaciones afectivas en la vida*, de tal manera que se establece el apego con aquellas personas con las que se haya creado vínculos duraderos.

Barg (2011) sintetiza lo que Bowlby decía acerca del apego, comentando así que nace de la necesidad de proximidad del pequeño con figuras que le proporcionan seguridad y protección para su supervivencia. El apego se crea principalmente por diferentes conductas instintivas humanas como “chupar, llorar, aferrarse, aproximarse y sonreír”, es decir, por medio de la actividad sensorial. La constante repetición de estas conforma la conducta de apego, lo que ayuda a la creación del vínculo.

En el artículo *Bases neurobiológicas del apego. Revisión temática* de Gabriel Barg, incide en la diferencia entre la conducta de apego y el vínculo de apego. Este último hace referencia al lazo afectivo que crean las personas cercanas al niño, convirtiéndose en personas con significación especial en cuanto al niño. La conducta de apego hace alusión a las diversas conductas que tiene el niño con sus figuras de referencia para mantener la proximidad, es de esta manera como dota el niño la parentalidad, llamando a sus referentes “papa” y “mama”.

Siguiendo con el artículo de Josu Gago, *Teoría del apego. El vínculo* (2014), se dice que los vínculos de apego se componen a partir de la estructuración de tres elementos:

- *Sentimientos de apego*: Se trata de las vivencias afectivas que producen sentimientos tanto en su propia persona como en la experiencia del cuidador. Se establece la relación de reciprocidad y cómo el bebé espera de la figura de apego para poder vivir experiencias placenteras otorgándole además seguridad y protección. Bestué (2019) aclara que es un componente emocional, ya que se está relacionado con la experiencia emocional, sobretodo se dan estos sentimientos de apego en situaciones de presencia/ausencia de la figura adulta.
- *Conductas de apego*: Fruto de la comunicación que establece el bebé demandando cuidados que manifiesta con gritos, seguimiento visual y auditivo, mediante la motricidad y las sonrisas. Llama la atención a la figura principal para que le de atención y atienda a sus necesidades. Dicho de otra forma, como apunta Bestué (2019), podemos clasificarlo como un componente conductual, ya que se trata de la elaboración de modelos internos que hace el bebé, creando así representaciones de las personas de su alrededor analizando así cómo son con ellos, cómo responden frente a ellos, etc.
- *Representación mental*: El niño hace una representación interna sobre la relación de apego, es decir, los recuerdos o *modelos operativos internos* (construcción de un conjunto de representaciones activas que se van modificando para adaptarse a todas las etapas del ciclo vital). En el componente cognitivo interactúan la figura de apego y el bebé, donde se destaca la proximidad y/o rechazo del adulto. Estas representaciones mentales favorecen la exploración en el entorno comenta Bestué (2019).

Por último, Bestué (2019) en el temario sobre el apego, remarca las funciones del apego, dando la posibilidad de comentarlos desde dos ámbitos, el filogenético y el ontogénico.

- *Filogenético*, relacionado con la supervivencia. Las personas adultas son atraídas por los bebés y tienden a protegerles. Por otro lado, los bebés establecen una fuerte conexión emocional con sus principales cuidadores que les lleva al deseo de permanecer con ellos.

- *Ontogénico*, en lo referido a la protección y seguridad. Se trata del cuidado, protección y estimulación que ejercen las figuras adultas. Se entiende que los rasgos personales de los padres y de los niños propician que los vínculos de apego tengan particularidad y repercusiones en el desarrollo infantil. Fonagy (1999) comenta que el sistema de apego ocurre cuando las conductas de apego que se dan entre el cuidador y el niño se corresponden. Se activan las conductas de apego del niño cuando ve/evalúa la situación en la que se encuentra, es decir, recibe y capta las señales del entorno que las traduce subjetivamente como una situación que le da seguridad o inseguridad. Esta experiencia de seguridad se podría decir que es el objetivo principal del sistema de apego, convirtiéndose así en un *regulador de la experiencia emocional*.

3.2. Bases neurobiológicas del apego

Barg (2011) toma de referencia la línea de investigación de Konrad Lorenz sobre la etología, el estudio del comportamiento instintivo animal, basándose principalmente en aves, a modo de introducción de la neurobiología del apego. En su investigación el concepto del apego nace a raíz del *imprinting* o *impronta*, proceso que experimentan las crías de especies determinadas, principalmente las precociales como las aves. Estas crías nacen con los sistemas perceptivos y motores muy desarrollados lo que les permite gran movilidad para seguir a su figura materna o de referencia.

Al ser humano se le conoce como una especie altricial, pues los sistemas perceptivos y motores se desarrollan lentamente en un amplio periodo de aprendizaje. Este desarrollo evolutivo se consigue a base de la creación del “proceso de apego”, ya que la relación que establece el niño con su figura de apego es determinante en el aprendizaje del arte de sobrevivir “biológica y psicológicamente”. Por ello, Barg (2011) toma el apego como un sistema de cuidado y de regulación para poder explicar las implicaciones biológicas que tiene para formar el apego.

Utiliza el término *Sistema de Cuidado* para argumentar que existen unos *mecanismos neurobiológicos* que conforman el *comportamiento maternal de cuidado*. Hay unos *componentes regulatorios* del apego que nos posibilitan entender cómo estas conductas de cuidado permiten que el bebé mantenga su homeostasis interna, es decir, que

adquieran ese equilibrio interno a pesar de los factores ambientales que le puedan afectar a nivel biológico, térmico, cardíaco, hormonal, sueño/vigilia, etc.

Tanto el sistema de cuidado como el de regulación están ligados biológicamente. Barg (2011) argumenta que este sistema de cuidado se desarrolla gracias a dos factores que llevan consigo tanto el cuidador como el bebé. Es decir, el sistema nervioso del cuidador se adapta mediante la interacción de unos neuropéptidos concretos (como la oxitocina y la vasopresina) y la interconexión con los sistemas de neurotransmisión y por otro lado está el sistema nervioso del bebé que tiene unas características evolutivas como la actividad y plasticidad del *bulbo olfatorio*, *hiperactivación de la amígdala* y *funcionamiento limitado del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal* que benefician y fomentan la eficacia de estas conductas de cuidado.

Se destaca también la influencia de la situación o ambiente en el que se produce el comportamiento de apego como regulador de *la expresión genética de las principales funciones emocionales*, desde que nace permaneciendo durante la vida adulta. Apunta Gabriel Barg que se trata de un mecanismo que da más plasticidad o flexibilidad a dichas funciones emocionales en la interacción con las condiciones ambientales en las que se encuentre.

Para explicar el *Sistema de Regulación*, Gabriel se basa en Hofer y Sullivan (2001) ya que para ellos las respuestas de separación que tienen los bebés son independientes unas de otras. Se hizo una investigación con ratas que consistió en observar cómo afectaba la actividad que desempeñaba la mamá rata de lamer a su cría para higienizarla. Se observó que modulaba en la cría la sensibilización de determinados receptores a la serotonina que paralelamente regulaba la liberación de la hormona del crecimiento. Por tanto, se concluye que la madre ajusta el funcionamiento de cada una de estas respuestas mediante “reguladores ocultos” (hidden regulators) que no se identifican a simple vista. Tan importante y eficaz son estos ajustes que crea la madre mediante las conductas de apego que se cree que muchos de los procesos biológicos del bebé estarían regidos por estos reguladores ocultos.

“La hipótesis de la función reguladora del apego puede explicar esta respuesta, no solo en función de la ruptura de un vínculo emocional global sino de la

desestabilización de aspectos concretos del organismo por la pérdida masiva de reguladores.” (Hofer, en el artículo *Bases neurobiológicas del apego. Revisión temática*. 2011).

Por último, quiero recalcar la importancia que se da a la habilidad que tienen los niños de adaptarse a diversas situaciones, aludiendo así a las investigaciones que se han hecho estos últimos 15 años sobre el concepto de la *primera infancia* (0-3 años) como una *edad crítica en el desarrollo del infante*. Fase en la que se desarrolla la capacidad cerebral produciéndose un incremento neuronal y su respectiva poda, ya que las conexiones neuronales que no se utilizan desaparecen.

Francisco Aguilar (2003) define en su artículo *Plasticidad cerebral*, este concepto como:

... la adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas, sin importar la causa originaria. Ello es posible gracias a la capacidad que tiene el sistema nervioso para experimentar cambios estructurales-funcionales detonados por influencias endógenas o exógenas, las cuales pueden ocurrir en cualquier momento de la vida. (Aguilar, F. 2003).

Por eso dice que “los niños son más plásticos y pueden aprender sin dificultad en este periodo” (Moneta, 2014). Nombra también los *periodos críticos en el desarrollo* que experimenta el sistema nervioso, fases que ocurren en el momento idóneo para el cuerpo. Es un proceso que no se puede manipular ni controlar.

En el artículo *Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby*, María Eugenia (2014) concluye que el lazo afectivo que se establece con la figura referente “se produce en uno de estos períodos críticos en el cual la confianza en el cuidador es fundada” (Moneta, 2014, p.267). Este vínculo se crea de forma significativa durante el primer año influyendo en su desarrollo y en las relaciones futuras, dependiendo del tipo de apego puede resultar ser positivo o negativo, además, Moneta (2014) expresa que la interrupción en la creación del vínculo es perjudicial y grave para el crecimiento del niño. Por este motivo, tiene en cuenta a los niños adoptados e insta a que *los servicios públicos e instituciones* sean conocedores de la importancia de las investigaciones sobre la edad temprana y las consecuencias de atender la necesidad emocional para lograr que estos pequeños puedan salir adelante con el sufrimiento que conlleva el abandono.

3.3. Mary Ainsworth y los tipos de apego

Rosas, M., Gallardo, I., & Angulo, P. (2000) destacan la figura de Mary Ainsworth, quien sigue los pasos de John Bowlby y describe los tipos de vínculos afectivos existentes. Esto lo consigue mediante la creación de un programa experimental, llamado *Situación extraña*. El fin de este programa es la evaluación de la naturaleza del tipo de vínculo afectivo entre la figura de apego, la madre, y su hijo, partiendo de la base de que “las figuras de apego actúan como sustento de la conducta exploratoria y por tanto las separaciones son seguidas de efectos psicológicos y fisiológicos en el niño” (Ainsworth citada en el artículo Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados 2000, p. 146).

Ainsworth diseña esta situación experimental, para evaluar la relación y “equilibrio existente entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés” (Ainsworth y Bell en Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2004, p. 66).

El experimento se desarrolla en una situación de laboratorio con una duración de aproximadamente veinte minutos con ocho episodios, en los aparece una madre y su hijo, y una tercera persona, que es desconocida. Esto se lleva a cabo en una sala de juego.

Dichos episodios siguen un orden concreto. A continuación Adrián Dalmases Clemente explica en el artículo *La situación extraña: una técnica para evaluar el apego infantil* publicado en *Psicología y Mente* (2017) el proceso que se lleva a cabo.

1. *Madre, bebé y experimentador*: El observador introduce a la madre y a su bebé en una sala experimental con juguetes (sala de juego), con una duración de unos treinta segundos.
2. *Madre y bebé*: El bebé explora la sala y los juguetes, la madre no participa en la actividad.
3. *El extraño se une a la madre y al bebé*: El desconocido entra en la sala de juego. El primer minuto está en silencio, y en el segundo minuto conversa con la madre. En el tercer minuto, el desconocido se aproxima al bebé.

4. *La madre abandona la sala de juego dejando a su bebé y al desconocido solos:* Aquí se da el primer episodio de separación. El desconocido adapta su conducta a la del bebé.
5. *Regresa la madre y el desconocido abandona la sala:* Se da el primer episodio de reencuentro. La madre interactúa con él y lo tranquiliza para que vuelva a jugar y a explorar el entorno.
6. *La madre abandona la sala:* Segundo episodio de separación, abandono del bebé.
7. *Regreso del extraño:* El desconocido entra en la sala e intenta interactuar con el bebé. La madre no está presente.
8. *Regreso de la madre y abandono del extraño:* Se da el segundo episodio de reencuentro en el que la madre entra a la sala y coge al bebé. El desconocido abandona la sala.

A partir de esta investigación, Mary Ainsworth observa primeramente que los bebés juegan y exploran libremente por la sala en presencia de la madre, por el contrario, estas conductas se atenúan cuando la persona extraña entra en la sala. Por otro lado, resalta que la ausencia de la madre en la sala repercute en la conducta del niño provocando la desaparición casi total de la actividad exploratoria del bebé (Oliva, 2004, p. 66).

Alfredo Oliva (2004) comenta que a raíz de las observaciones de Ainsworth, se concluye que el bebé tiene la figura de la madre como un referente que le proporciona seguridad para la exploración. Por ello, cuando se presenta alguna situación que amenaza su seguridad y bienestar o se ve afectada su zona de confort, éste activa las conductas de apego y suprime las conductas exploratorias casi en su totalidad.

Gracias al amplio muestreo que Mary analiza para este programa de investigación, se puede ver las diversas formas de comportamiento de los bebés en la *Situación extraña*. Se agrupan así tres modelos conductuales que representan los diferentes tipos de apego y la relación que existe entre éste y la conducta de la madre, explicados a continuación por Oliva (2004).

Para explicar los tipos de apego se hace hincapié no sólo en la conducta del niño, sino también en la de la madre. Esto se debe a la *influencia mutua* de la que habla Rosario Mendiola en su artículo *Teoría del apego y psicoanálisis* (2008) citando a Mahler (1968), pues demuestra la importancia que tiene cómo ve la madre a su bebé influyendo así en la interacción recíproca.

1. Niños de apego seguro.

Alfredo (2004, p. 66) explica que este tipo de niños empieza su actividad exploratoria apoyándose en la figura presente de su madre y cuando ella sale de la habitación, su conducta se reduce expresando desconcierto y temor ante la nueva situación en la que se encuentra él solo. Al volver la madre a la sala, el niño acude en su búsqueda para tener contacto físico con ella, que le proporciona seguridad para proseguir con su exploración.

Ainsworth observa que las madres de estos niños son responsivas a la llamada de sus pequeños y que son sensibles adoptando una postura activa para con sus niños cuando solicitan su atención. Son madres que atienden las necesidades de sus hijos, lo que produce en ellos un menor disgusto y lloros. Oliva (2004) esclarece que estas conductas que realizan los bebés se dan porque para ellos, sus madres actúan como un pilar seguro para realizar la actividad exploratoria del entorno con libertad y seguridad.

Al seguir estos niños un “patrón saludable en sus conductas de apego” (Oliva, 2004, p. 66) creadas y fortificadas por la responsividad de la madre al dotarles de protección y seguridad, se ha creado un lazo afectivo teniendo como base la confianza. Por este motivo, cuando se da la Situación del Extraño al estar la madre presente no tienen ningún inconveniente en activar las conductas exploratorias. Cabe destacar que la presencia y ausencia de la madre afectan notoriamente en la actividad del niño en la sala, pues es evidente la necesidad que tienen estos niños de tener próximas a sus madres.

2. Niños de apego inseguro-evitativo (A).

Se trata de niños que exploran el espacio desde el principio adoptando una postura independiente en cuanto a la Situación del Extraño. No le afecta la presencia de su madre, sino más bien al contrario, la ignora. Tanto es así que aun cuando la madre

regresa a la sala buscando el contacto con su pequeño, éste le niega dicha aproximación. (Oliva, 2004, p. 66)

Ainsworth interpreta que estos niños tienen dificultades emocionales, pues este desapego es similar a los que tienen los niños que han vivido rupturas dolorosas. Su interpretación es secundada por las observaciones que hace en los hogares, ya que estas madres son insensibles con las necesidades de sus hijos e incluso los rechazan. Las conductas de las madres influyen en los hijos, adoptando una actitud insegura “y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, llorando intensamente cuando abandonaba la habitación” (Oliva, 2004, p. 67).

A partir de la observación de este tipo de conductas, tanto el de las madres como la de los hijos, Ainsworth determina que al estar en la Situación del Extraño, estos niños entienden que el apoyo de su madre es inexistente. Los niños han experimentado el abandono y rechazo por su parte, por lo que su reacción ante la figura extraña es defensiva adoptando una postura indiferente. La madre al mostrar actitudes de renuncia hacia el hijo a temprana edad, éste adopta la misma postura, rehusando de su presencia y negando así cualquier tipo de sentimiento vinculado con su madre, aclara Alfredo Oliva.

Analizando de forma global este tipo de apego, Ainsworth concluye que estos niños al experimentar la Situación del Extraño no consideran el apoyo de sus madres porque han sufrido su rechazo en situaciones pasadas, por lo que adoptan una postura defensiva evitando todo contacto para prevenirse de más frustraciones afectivas, al fin y al cabo, se previenen del sufrimiento ocasionado. En consecuencia, al regresar la madre a la sala, el niño le rechaza hasta la mirada eludiendo así *cualquier tipo de sentimientos hacia ella*.

3. Niños de apego inseguro-ambivalente (C).

En este tipo de niños, la Situación del Extraño despierta el nerviosismo y la intranquilidad debido a la ausencia de su madre, lo que provoca que la conducta exploratoria sea mínima. En el artículo *Estado actual de la teoría del apego*, se explica que los niños sufren diferentes estados y conductas como pueden ser la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto.

En el periodo observacional en el hogar, Ainsworth observa que la actitud de las madres frente a sus hijos es diversa, pues en unas ocasiones la madre se ha manifestado tierna y cálida y en otras se ha mostrado insensible y fría. Esta actitud crea en el niño inseguridad, pues no sabe cómo va a reaccionar la madre cuando solicita su presencia y/o ayuda.

Alfredo Oliva (2004) se detiene en este apartado para destacar que se han realizado estudios en diversas culturas en los que han encontrado una conexión entre el apego inseguro-ambivalente y la escasa disponibilidad de la madre, ya que estas se caracterizan principalmente en *no estar disponibles siempre para atender las llamadas del niño*, por lo que la interacción que establece con el niño es mínima y es poco sensible. Por el contrario, hay otros estudios en los que se ha visto que en “en algunas circunstancias estas madres se muestran responsivas y sensibles, podría indicar que son capaces de interactuar positivamente con el niño cuando se encuentran de buen humor y poco estresadas” (Oliva, 2004, p. 67).

En estos estudios se han tenido en cuenta dos grandes factores, el comportamiento de la madre y el del niño. A continuación se explica brevemente cómo se relacionan e influyen entre sí estos dos componentes para así poder entender ambas posiciones todo ello apoyándome en Alfredo Oliva y en su artículo *Estado actual de la teoría del apego* (2004):

Por un lado tenemos el comportamiento de las madres que va ligado con la actitud que tiene frente a la actividad exploratoria del bebé. Los estudios que se han centrado en este aspecto han concluido que también “tienden a intervenir cuando el niño explora, interfiriendo con esta conducta” describe Olvida, provocando en el niño el aumento de la dependencia y una clara falta de autonomía. Las conductas del niño se explican por sí solas, pues nos dan a conocer la percepción que puede tener sobre el comportamiento tan cambiante de la madre.

Oliva cita a Cassidy y Berlin (1994) entre algunos de los autores que valoran la conducta de estas madres como:

... fruto de una estrategia, no necesariamente consciente, dirigida a aumentar la dependencia del niño, asegurando su cercanía y utilizándole como figura de apego. Así, la no responsividad materna puede verse como una estrategia para aumentar la petición de

atención del niño. Al igual que la inmadurez del niño aumenta la conducta de cuidados de la madre, la incompetencia de la madre aumenta la atención del niño a la madre, en una reversibilidad de roles. (Cassidy y Berlin, citado en Oliva, 2004, p. 68)

Siguiendo con el comportamiento del niño, lo interpreta como una respuesta en la que expresa una disponibilidad inestable a la figura de apego. Esto puede tener como resultado en el niño que pueda descubrir y desarrollar cómo actuar para captar la atención de los progenitores, estableciendo un patrón en el que deje manifestada su dependencia. Estos patrones o conductas que realiza el niño, lo interpreta Alfredo Oliva (2004) desde el ámbito biológico como una respuesta adaptativa para conservar y prolongar la proximidad con la figura de apego. Desde el ámbito psicológico por el contrario se ve afectada negativamente, ya que esta conducta entorpece el “desarrollo de sus tareas evolutivas” (Oliva, 2004, p. 68).

Por último, Oliva Delgado, A (2004) da a conocer un último tipo de apego llamado *Inseguro desorganizado/desorientado (D)*, cuya configuración entrelaza características del grupo de niños de apego inseguro-ambivalente y los niños de apego inseguro-avoidante. Es decir, son niños que manifiestan una gran inseguridad cuando vuelve la madre a la sala, mostrando conductas confusas e incoherentes como puede ser su expresión facial de tristeza o inmutable.

3.4. Parentalidad

El terapeuta Wallin (2012) se basa en la teoría de apego de Bowlby para exponer en su escrito *El apego en psicoterapia*, que las bases de la vida se encuentran principalmente en las relaciones de apego que se establecen a lo largo del ciclo vital. Remarca así la importancia que tienen los primeros vínculos afectivos en relación a nuestra actitud frente a estos, y en su repercusión en el ámbito social y relacional de las personas en cada uno de los momentos evolutivos.

Margarita Lagarde (2014) recuerda en *Reflexiones para una antropología de la parentalidad y la teoría del apego* a Serge Lebovici (psiquiatra y psicoanalista francés) y su *Teoría de la parentalidad* como el fin último que tienen que desempeñar los padres y la familia en su conjunto, de ayudar al hijo en la adquisición de “autonomía e independencia” (Lagarde, 2014, p. 42). Al fin y al cabo, es preparar, enseñar y educar para vivir integrado en la sociedad, desempeñando un papel que contribuya a la misma.

Esta teoría da importancia al papel que desempeña el referente maternal partiendo de la base del deseo común de la construcción de su descendencia. La parentalidad se ve regida y definida por el “narcisismo primario”, en este caso hace referencia al hijo imaginario e idealizado y deseado por los padres, que es comparado con el hijo real explica Lagarde (2014).

Si nos planteamos la pregunta de cómo se construye la parentalidad, Lagarde (2014) nos da la respuesta basándose en Lebovici cuando dice que esta parentalidad debe construirse de forma recíproca entre los padres y el hijo. En primera instancia están los padres y el verdadero deseo de crear su descendencia. Este deseo se verá reflejado en la relación de los padres con el hijo, en los vínculos afectivos que se creen, traduciéndose en un acto de relación parental. Establecida esta relación con el hijo, éste experimenta el deseo y la relación afectiva de sus padres, por lo que él nombra a estas personas que tiene de referencia en su vida como madre y padre. Margarita Lagarde (2014) explica que es muy importante que el hijo también cree esta parentalidad con sus padres, pues es en este punto de la relación donde se establece el comienzo del desarrollo de los lazos afectivos entre ellos, dando lugar a la creación del apego seguro con sus figuras de referencia.

Para concluir este primer punto sobre el *Apego*, se ha visto la gran trascendencia que tiene la figura de apego desde la primera infancia repercutiendo a lo largo de todo el ciclo vital influyendo desde un amplio campo como son las relaciones sociales y cómo se desenvuelve uno a lo largo de la vida como un campo mucho más concreto y minucioso como es la neurobiología del apego.

4. RESILIENCIA

Partimos de la resiliencia desde el campo de la física. Tal y como dice la Real Academia Española: “capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido”. La segunda acepción va asociado a la antropología, lo social, psicológico diciendo que se trata de la “capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos.”

Como se cita en *Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud* (2016), el concepto de resiliencia aparece en diferentes ciencias como la ingeniería, ecología, medicina y ciencias sociales entre otras, adoptando un significado u otro, dependiendo del contexto en el que se utilice. En este caso nos centraremos directamente en la resiliencia desde el campo de la psicología, terreno en el que se ha ido actualizando y matizando el término.

4.1. Definición

Han sido una serie de investigaciones, “francófonas y anglosajonas” principalmente, las que han impulsado y abierto camino a las futuras investigaciones sobre la resiliencia y su conceptualización, neurobiología y proceso de creación. En un principio se parte de la base de que los niños tienen unas capacidades intrínsecas para superar y mejorar situaciones difíciles, que han de ser potenciadas desde el ámbito afectivo (Barudy, 2005).

Como no se tiene una definición específica, son muchos los autores que han dado su opinión y descrito este término de diferentes maneras. Se han ido recogiendo desde diferentes enfoques. A grandes rasgos, se sabe que la resiliencia va relacionada con superar acontecimientos adversos sin que afecte negativamente o que afecte de la menor manera posible a la salud y/o a la conducta.

En *Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud* (2016) se ofrecen múltiples definiciones, pero es gracias a Hu, Zhang y Wang (2015) que a raíz de su trabajo metaanalítico, esclarecen un orden basado en tres amplias *Orientaciones*:

La *orientación rasgo* (resiliencia rasgo):

Entendida como aquellas características individuales que ayudan al individuo a afrontar la adversidad de forma óptima. (García del Castillo, García del Castillo-López, López Sánchez y C. Dias, 2016).

Desde esta visión, García – Vesga y Domínguez inciden en que la resiliencia se da a raíz de la conjunción de los factores internos y externos de la persona (García-Vesga y

Domínguez, 2013, citados en García del Castillo, J.A., y García del Castillo-López, A., y López-Sánchez, C, y Dias, Paulo C., 2016, p.61).

Es la capacidad humana de madurar y reforzar esa habilidad para las dificultades que se presentan en la vida (Gordon, 1996, citado en López Suarez, 2010). Grotberg y Saleebey matizan el “salir fortalecido”, mirando así la adversidad como una oportunidad de aprendizaje (Grotberg, 1996, Saleebey, 1996, citados en López Suarez, 2010).

En otras palabras, salir vencedor frente a la adversidad, comparada on una batalla. El sufrimiento existe y está presente, pero es la manera en la que se gestiona y se vive la situación lo que marca la diferencia (Luthar, 2002, citado en López Suarez, 2014).

La orientación resultado:

Alude al comportamiento y conductas tomadas por la personas para hacer frente a la situaciones adversas favoreciendo su recuperación. De igual modo, García-Vesga y Domínguez (2013) destacan la adaptación positiva desde la conducta para superar las dificultades.

Becoña (2006b), expone que es la capacidad de autorregularse y la resolución de problemas, ayudando a conformar la competencia de afrontamiento, al igual que la autonomía, la inteligencia y la competencia social.

La orientación proceso:

Resiliencia como proceso dinámico y continuo. Tiempo en el que la persona se adapta y se recupera de la adversidad. (García del Castillo, García del Castillo-López, López Sánchez y C. Dias, 2016). Esta adaptación se da a lo largo del tiempo, dándose una serie de factores que se activan quedando como un *proceso dinámico* (García-Vesga y Domínguez, 2013, citados en el artículo Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud, 2016, p.61). Este proceso temporal concreto queda mantenido en el tiempo, favoreciendo el desarrollo vital de la persona (Egeland, Carlons y Stroufe, 1993, citados en López Suarez, 2010, p.25).

En la *resiliencia* intervienen diversos factores y características personales, individuales y por tantos únicos. Cada persona, en su libertad y dentro de sus posibilidades, va desarrollando su resiliencia, que es modelada y transformada por los

sucesos que ocurren en el ambiente en el que se encuentra. Cada uno actúa de una forma u otra ante un acontecimiento. Al ser un proceso individual, no hay un orden claro como ocurre en los estadios de desarrollo de Piaget por ejemplo, pero sí se ha visto que hay tres factores que predisponen la formación de la resiliencia que son los siguientes (Serrano Molina citado en Fernández Lozano, 2019-2020, p.39):

- *Coping*: Concepto descrito por Anthony en 1974. Se refiere a la competencia de adaptación de las personas mediante *estrategias de habituación* de carácter adaptativo, posibilitando la aceptación de las condiciones ambientales sin remordimientos o frustración.
- *Ego-resiliency*: “La capacidad dinámica de un individuo para modificar su nivel modal de control del ego, en una u otra dirección, como una función de las características de la demanda del ambiente” (Block, 1980, citado en Serrano Molina, 2015, citado en Fernández Lozano, 2019-2020, p.40). Es la fortaleza que tiene el *ego* o *yo* de Freud, para controlar y regular su conducta frente a las particularidades del entorno en las que se enfrenta el individuo. El perfil de estas personas destaca por la *autoconfianza* que tienen para desenvolverse en las diversas situaciones cambiantes.
- *Recursos*: Alude a las estrategias utilizables para la resolución de situaciones complejas. Se toma este concepto como *necesidad*. Los recursos han de ser *efectivos*, logrando los objetivos para responder de una forma determinada, efectiva en el mantenimiento o mejora (en cuanto a la interacción con otras personas) y mantener y prolongar la actitud positiva que nace de una autoestima positiva (Serrano Molina, 2015, citado en Fernández Lozano, 2019-2020, p. 40). Por tanto, este apartado se puede tomar como un ingrediente fundamental para el desarrollo de la resiliencia, matizando los recursos personales como “Capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación” (Kreisler, 1996, citando en Barudy y Dantagnan (2005).

Quiero enfatizar este último punto, porque han sido numerosas investigaciones las que han sugerido que el papel del *autoconcepto* es elemento básico para la resiliencia. Este término se puede definir como las características, competencias y cualidades que se atribuye uno a sí mismo (Bestué, 2018).

Barudy y Dantagnan (2005), describen el autoconcepto como la capacidad de entenderse uno a sí mismo y poner los límites respecto a los factores de estrés, reforzando la autoestima positiva como resultado de las competencias para adaptarse a las circunstancias de la vida. Teniendo esto en cuenta, la actuación ante estas situaciones irá dirigida a cumplir con sus intereses en la mayor medida de lo posible, encontrando un equilibrio con el ambiente en el que se encuentre.

4.2. Profundizando en el término *Resiliencia*.

Se pretende esclarecer el concepto de *resiliencia*, mediante la metáfora de “La casita” de Stefan Vanistendael y Boris Cyrulnik.

A modo de introducción y sintetizando lo explicado en el apartado anterior, existen tres tipos de *factores resilientes* recogidos por Grotberg (2006): Yo tengo (referido al apoyo externo que tiene una persona), yo soy (la fuerza interior de cada uno) y *yo puedo* (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos).

La casita de Vanistendael

A Stefan Vanistendael se le conoce por la metáfora de “*La casita*”. Explica el proceso de construcción de la resiliencia, ya que hemos visto que es un proceso dinámico que se va desarrollando durante todo el ciclo vital del ser humano. Se toma de referencia a Barudy y Dantagnan en su obra *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia* (2005) para explicar brevemente la metáfora.

Para construir una casa se necesita una base, un terreno o un suelo para empezar a trabajar, esto es, las necesidades básicas o fisiológicas. Necesidades que tiene el ser humano de forma innata para la supervivencia. Respirar, alimentarse, hidratarse, dormir, sexo, etc.

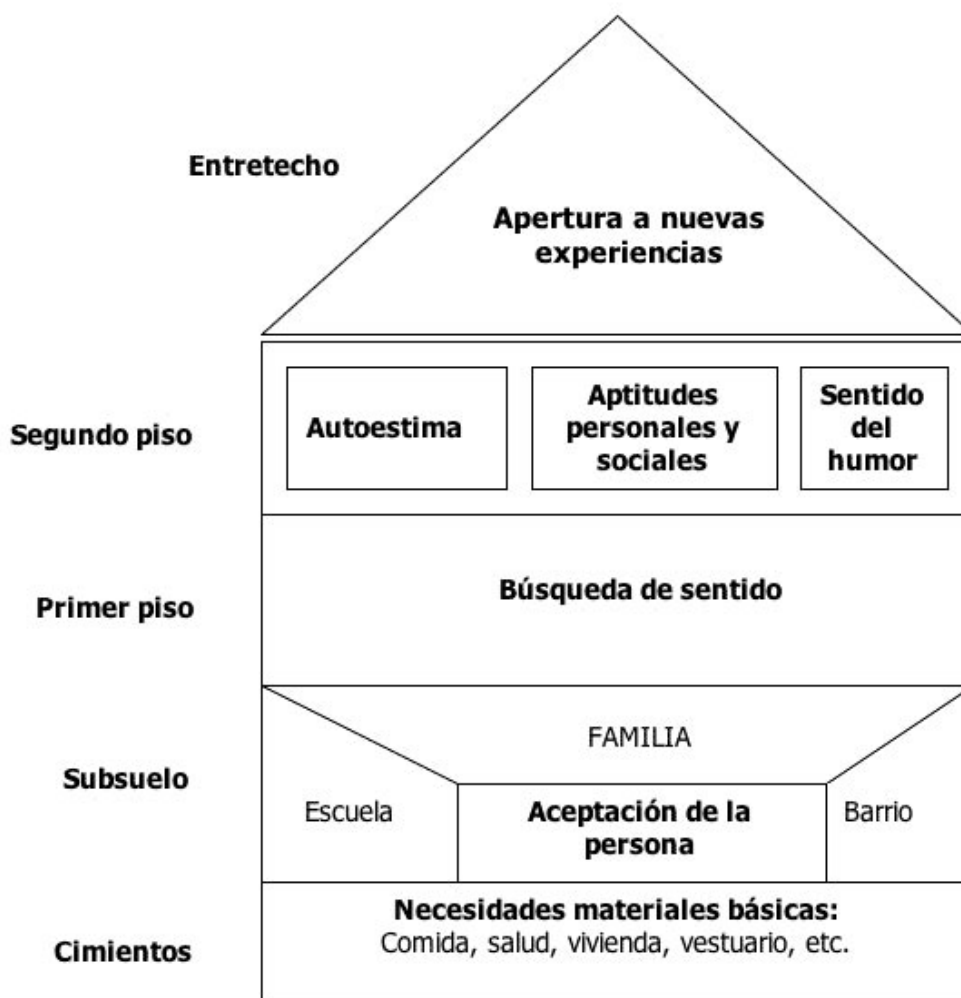
A esta primera base le siguen los cimientos, en la que encontramos las redes sociales que están interconectadas entre sí. Se trata de la familia, amigos, compañeros del colegio o trabajo... Como señala Fernández Lozano (2019-2020), es un espacio seguro, ya que son estas redes las que dan protección al individuo. Se le *acepta incondicionalmente*, tal y como es. Es un ambiente afectivo donde se respira el amor. Además, crea en la persona el sentimiento de pertenencia a un grupo social. Este espacio es un pilar básico para que se desarrolle la resiliencia.

En el primer piso encontramos la *búsqueda de sentido* de la vida. Dependiendo de la visión del mundo del individuo creará unas *estrategias* u otras para afrontar la vida.

El segundo piso se organiza en tres habitaciones: la autoestima, las competencias personales y sociales, y el sentido del humor. Se dan gracias a la interacción que existe entre el individuo y sus grupos sociales. En el caso de la autoestima, son las personas de confianza que tiene a su alrededor quienes le ayudan a aumentar la autoestima positivamente.

En el ático o altillo, se encuentra esa disposición a estar abierto a nuevas experiencias, a conocer lo desconocido.

Figura 1. La Casita de Vanistendael. Fuente: Vanistendael, (2002, p. 44, cit. por Serrano Molina, 2015, p. 90).



Boris Cyrulnik

Creo imprescindible hablar de Boris Cyrulnik, nacido en la época de los años 30, en plena II Guerra Mundial, en el seno de una familia judía, sufriendo así la gran persecución de los nazis. Tuvo que ocultarse en diversos lugares a lo largo de toda la guerra y trabajar a muy temprana edad para sobrevivir. Consiguió acceder a la universidad de París y licenciarse en neurología, psicoanálisis y psiquiatría. Su principal objetivo con esta última licencia era comprender lo que le sucedió en el pasado. Sus líneas de investigación fueron y siguen siendo la teoría del apego y la resiliencia.

Una definición de resiliencia de Cyrulnik podría ser la siguiente: “resiliencia señala tanto la capacidad de resistir las magulladuras de la herida psicológica, como el impulso de reparación psíquica que nace de la resistencia” (Cyrulnik, 2001, citado en López Suarez, 2014).

Gracias a sus conocimientos en neurobiología se puede dar una breve pincelada de la neurobiología de la resiliencia. Partimos de la base de que la especie humana siempre ha tenido el instinto de supervivencia desde el principio.

Barudy y Dantagnan (2005), explican brevemente basándose en Cyrulnik que los genes son como los arquitectos que construyen el desarrollo del sistema nervioso central. Depende de los genes principalmente y de los captadores sensoriales, que son los que se encargan de buscar qué es lo que ha hecho sensible al sistema nervioso central, (sistema que controla todas las funciones del cuerpo) partiendo del medio físico en el que se encuentra y su ambiente ecológico (ambiente social). Añaden que lo ocurrido en el medio influye en la regulación del sistema nervioso, de esta manera:

Las presiones del medio intervienen en la modulación de ese sistema nervioso, lo que explica cómo puede influir un proceso neurológico en un estado motivacional. La filtración de estas informaciones, el modelado del sistema nervioso, los procesos de memoria y las reparaciones o compensaciones posibles tras una lesión explican el fundamento neurológico de la resiliencia, punto de partida de un proceso en que lo innato se difumina rápidamente para dar paso a otros determinantes, afectivo, psicológico y socioculturales, que intervendrán muy pronto en el curso del desarrollo. (Cyrulnik, 2003, citado en Barudy y Dantagnan, 2005, p. 57).

Por otro lado, María del Rosario en su tesis *Relación entre satisfacción con la vida y satisfacción con el deporte y en jóvenes deportistas*, habla del término *oxímoron* que nos deja Cyrulnik. Quiero recordar que oxímoron como figura retórica es la que se forma a partir de la unión de dos palabras de significado contradictorio, creando así un nuevo sentido (por ejemplo: ruido silencioso).

Una vez explicado esto, será más fácil entender el término desde la resiliencia. Cyrulnik lo utiliza para explicar que una persona al vivir un acontecimiento difícil, para sobrellevarlo y adaptarse, en vez de romperse y sufrir, se divide en dos, quedando una parte muy dañada y la otra parte en menor medida. Hay una parte de la persona que sufre y la otra, que queda casi intacta, es la que se aferra a lo que le da el consuelo y un poco de felicidad. La resiliencia se fomenta gracias al sistema ecológico sano en el que se encuentra el individuo, de no ser así, la superación al trauma será un arduo camino.

4.3. Resiliencia: Factores de riesgo y protección.

Es necesario hacer hincapié en los factores de riesgo y de protección y su implicación en el desarrollo de la resiliencia.

Estos factores influyen en la persona de forma positiva (factores protectores) y negativa (factores de riesgo) y son estos factores los que hay que tener en cuenta para poder entender las experiencias de las diferentes etapas vitales de las personas.

Estos elementos están regidos por las mismas bases: factores exteriores de carácter social (relaciones sociales familiares, trabajo o escolar) y factores internos de base biológica y psicológica.

Los factores de riesgo como se explica en *Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud* (2016), son particularidades intrínsecas y extrínsecas de la persona que hacen que se incremente la predisposición a que ocurran determinadas situaciones a partir de conductas de connotación negativa. Por ejemplo, un factor de riesgo puede ser una madre que ha consumido tóxicos durante el embarazo y el bebé puede nacer con malformaciones congénitas, alteraciones en las funciones cognitivas-mentales, trastornos de atención e hiperactividad, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro...

Los factores de protección, son el conjunto de características personales y ambientales que repercuten positivamente en la conducta de la persona reduciendo comportamientos no deseados, sobre todo frente a situaciones adversas. Siguiendo el ejemplo de la madre embarazada, si no toma tóxicos y lleva una dieta equilibrada, tiene más posibilidades de que el bebé nazca sano.

López Suárez (2014) comenta que lo que puede considerarse un factor de riesgo puede funcionar paralelamente como un factor protector, dependiendo de la situación de la persona y su personalidad.

Antes de exponer los factores de riesgo y protección es necesario saber desde qué punto se parte con el menor, qué es lo que ha vivido previamente, antes de la adopción, para poder abordar el trauma del niño de una manera u otra. Teniendo en cuenta que estos traumas han podido afectar al niño en diversos ámbitos (social, psicológico, cognitivo, físico...). Para ello, Loizaga (2017) nos describe por medio de la Metáfora de las habitaciones/trasteros el trauma vivido de los menores previos a la adopción que se puede clasificar según la intensidad del dolor emocional experimentado.

El menor se representa con una casa, que tiene múltiples habitaciones/trasteros, que son las experiencias traumáticas que ha vivido con las familias biológicas, previas a la adopción. Estas habitaciones producen en el menor *miedo*, ya que puede haber varias habitaciones simultáneas. Pueden estar *fuertemente precintadas*, reprimidas y perdidas por el subconsciente. Hay otras que están a *oscuras con la puerta semiabierta*, son semiconscientes de lo experimentado. Hay habitaciones que dan *destellos de luz* puesto que son más conscientes y son habitaciones que es más fácil de acceder y ordenar.

A continuación se exponen las habitaciones/trasteros:

- *Nivel 9. Habitaciones fuertemente precintadas por la violencia vivida o percibida emocionalmente.* Esta experiencia (violaciones, asesinato de familiar/es, incesto, etc.) queda marcada en el sistema límbico quedando reprimido y olvidado. Esto puede manifestarlo con la somatización emocional, tics, desarrollando alguna enfermedad, por medio de pesadillas y/o flashbacks recurrentes. En la adolescencia, la personalidad y el comportamiento pueden ser disfuncionales.

- *Nivel 8. Habitaciones precintadas por el rechazo al nacido.* Se tiene como base la negligencia. La familia se podría haber encargado del menor pero negaron el nacimiento del niño (no deseado por la familia) y lo dieron en adopción. En la adolescencia estas personas al no entender emocionalmente la reacción de la familia biológica genera en él una *disonancia cognitiva* (conflicto de ideas) dando lugar a reacciones impulsivas, miedo, depresión.
- *Nivel 7. Habitaciones precintadas por la disfuncionalidad social o la enfermedad grave.* Se incluye el consumo de tóxicos y la negligencia por parte de la familia, lo que obliga a tomar medidas en cuanto a la custodia del menor.
- *Nivel 6. Habitaciones abiertas, pero con oscuridad por enfermedad de las familias biológicas.* La familia tiene el deseo de tener el hijo pero la enfermedad impidió dar los cuidados necesarios. Los servicios sociales optan por dar al menor en adopción.
- *Nivel 5. Habitaciones con ligeros rayos de luz, con madres biológicas muy adolescentes.* La madre decide darlo en adopción para que se le brinden los cuidados necesarios que ella no puede darle en ese momento, tampoco la familia extensa.
- *Nivel 4. Habitaciones con algo de claridad, en el caso de familias biológicas con nulos recursos económicos.* Se le brindó el mayor afecto posible hasta que no pudieron encargarse más de él debido al bajo ingreso económico familiar y/o porque era una familia muy numerosa.
- *Nivel 3. Habitaciones con claridad media basadas en adopciones derivadas de las guerras.* Se hacen cargo familias de otros lugares, dando un hogar a menores que provienen de la pobreza, de conflictos bélicos y las muertes ocasionadas, violaciones de mujeres, etc.
- *Nivel 2. Habitaciones con bastante claridad, con adopciones provocadas por desastres naturales.*

- *Nivel 1. Habitaciones con mucha claridad, en el caso de adopciones recomendadas por los Estados.* El estado obliga a las familias biológicas que limiten su natalidad o el condicionamiento social impuesto.

Se presenta una tabla en relación a los factores de riesgo y protección de personas adoptadas pretendiendo facilitar el entendimiento de estas personas.

Tabla 1. Elaboración propia. Factores de riesgo y protección en personas adoptadas.

FACTORES INTERNOS	
CARÁCTER BIOLÓGICO	
<i>Antecedentes familiares</i>	
<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
Presenta enfermedad mental, crónica o congénita	No presenta enfermedad mental, crónica o congénita
Dieta desequilibrada de la madre	Dieta equilibrada de la madre
Consumición de tóxicos de la madre durante el embarazo	No consumición de tóxicos de la madre durante el embarazo
Embarazo no controlado	Embarazo controlado
Dificultades durante el embarazo	Embarazo sin dificultades
Dificultades perinatales	Sin dificultades perinatales
Depresión materna durante el embarazo	Salud mental óptima de la madre durante el embarazo
<i>Antecedentes del menor</i>	
<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
Ausencia de seguimiento médico del parto (desatención y cuidados del bebé en el momento del parto y postparto)	Seguimiento médico del parto (atención y cuidados del bebé en el momento del parto y postparto)
Nacimiento prematuro (antes de completar 37 semanas)	Nacimiento a término (39-40 semanas de gestación)

Retraso del crecimiento intrauterino	Crecimiento intrauterino óptimo
Mala posición intrauterina	Posición intrauterina óptima
Padecimiento de infecciones víricas	No padece infecciones víricas
Problemas cardiacos (murmullo cardiaco, defecto que requiere cirugía)	Corazón sano
Padece enfermedades infecciosas (tuberculosis, hepatitis B)	No padece enfermedades infecciosas
Problemas ortopédicos (anomalías en las manos, en las piernas, en los pies o dificultades para andar)	No padece problemas ortopédicos
CARÁCTER PSICOLÓGICO	
<i>En cuanto a la familia adoptante</i>	
<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
No aceptan la historia previa del menor	Aceptan la historia previa del menor
No aceptan las características físicas y psíquicas que presenta el menor	Aceptan las características físicas y psíquicas que presenta el menor
Dificultad para crear un ambiente socioemocional sano para la creación de un apego vínculo/apego seguro	Crean un ambiente socioemocional sano para la creación de un vínculo/apego seguro
<i>En cuanto al menor</i>	
<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
Discapacidad mental	Ausencia de discapacidad mental
Problemas adaptativos frente a nuevas situaciones	Facilidad adaptativa frente a nuevas situaciones
Apego inseguro ansioso, ambivalente, evitativo o desorganizado con la figura maternal	Apego seguro con la figura maternal
Ambiente familiar socioemocional inseguro (familia multiproblemática)	Ambiente familia socioemocional seguro
Sufrimiento de acontecimientos vitales estresantes previos a la adopción	Ausencia de acontecimientos vitales

	estresantes previos a la adopción
Actitud evasiva hacia los problemas	Capacidad de enfrentar los problemas que se le presentan
Retraimiento social	Persona social
Terros nocturnos y/o miedos infundados	No presenta terros nocturnos y/o miedos infundados
Enuresis nocturna y diurna	Control de esfínteres
Autoestima y autoconcepto desorganizados y/o dañados	Construcción óptima de autoestima y autoconcepto
Agresividad frente a la autoridad	Respeto las figuras de autoridad
No asimila las normas	Asimila y respeta las normas
FACTORES EXTERNOS	
CARÁCTER SOCIAL	
<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
País inmerso en conflictos bélicos	País estable, sin conflictos bélicos
Nivel socioeconómico inestable	Nivel socioeconómico estable
Inestabilidad familiar	Estabilidad familiar
Enfermedad mental de los padres o cuidadores	Ausencia de enfermedades mentales de los padres o cuidadores
Malas relaciones en la familia extensa	Ambiente seguro en la familia extensa
Maltrato y abuso familiar	Ausencia de maltrato y abuso familiar
Condiciones sanitarias deficientes	Condiciones sanitarias óptimas
Castigos excesivos	Castigos oportunos
Circunstancias especiales actuales (separaciones, divorcio, pérdida, etc.)	Inexistencia de circunstancias especiales

	(separaciones, divorcio, pérdida, etc.)
Aceptación de la violencia como una forma de resolución de conflictos	Habilidades socioemocionales y cognitivas para la resolución de conflictos
Orfanatos negligentes en el cuidado de los menores	Orfanatos atentos al cuidado de los menores
CARÁCTER ESCOLAR	
<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
No escolarización previa a la adopción	Escolarización previa a la adopción
Dificultades en el desarrollo académico	Desarrollo académico óptimo
Desconocimiento del idioma	Conocimiento del idioma
Absentismo	Asistencia activa y continua al centro escolar
Influencia negativa de los compañeros	Influencia positiva de los compañeros
Fracaso/bajo nivel académico	Atención a las necesidades curriculares del niño
Desatención por parte del centro	Ambiente escolar seguro
Presencia de bullying	Ausencia de bullying

5. ADOPCIÓN

Losada y Ribeiro en su artículo *Apego y Adopción* (2015), comentan que la adopción en sí misma ejerce un papel fundamental para reestablecer y sanar los vínculos emocionales que han sido afectados en la infancia. Se destaca que las vivencias experimentadas con anterioridad, pueden afectar negativamente en el desarrollo de los vínculos afectivos que se van a crear en el futuro entre los padres adoptivos y los hijos.

La Real Academia Española define el verbo *adoptar* entre otras acepciones como: “tomar legalmente en condición de hijo al que no lo es biológicamente” refiriéndose a personas.

A continuación, se va a hacer hincapié en lo que supone la adopción desde una perspectiva más bien emocional y psíquica, pues creo conveniente clarificar lo que conlleva este modo de crear y ampliar la familia.

5.1. Definición

En *Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados*, nombran la definición que tiene Naciones Unidas sobre la adopción basándose en Hermosilla: “el hecho voluntario y legal de tomar y tratar al hijo de otros padres, como hijo propio” (Hermosilla, 1989, citado en Rosas, M; Gallardo, I y Díaz, P., 2000, p. 5).

Desde la perspectiva psicológica tenemos a Eva Giberti, que resalta que la adopción es una forma de crear una familia tomando la crianza como medio para la creación de la parentalidad entre padres e hijos, reconociendo los padres al niño como su hijo y viceversa. La forma en que se hace, es decir, la crianza y la educación que se transmite a los hijos, es un proceso que es común entre padres biológicos y adoptivos (García, 2016).

Bailo (2018) cita a Levy Soussan, que define el término reuniendo varios puntos como son el reconocimiento del niño sin conexión biológica como hijo suyo para crear y/o aumentar la familia. Se embarca así en la aventura de crear una familia con lo que ello implica, tanto a nivel legal, social como emocional.

Nombrando a Pérez de Ziria y a Múgica, se puede concretar el concepto como la opción social dirigida a cubrir las necesidades de aquellos menores que necesitan ayuda por parte del sistema de protección de menores. En la mayoría de los casos se da la ruptura de los lazos afectivos entre los padres biológicos y el menor, con sus respectivos procesos de abandono y ruptura de la vinculación afectiva, la renovación y comienzo en una nueva situación social con un ambiente familiar nuevo y todo lo que supone (Bailo, 2018). Quiero destacar que en varios documentos se habla de que la adopción y el abandono *son dos caras de una misma moneda*, es decir, la adopción implica la integración de un niño en una familia y la ruptura (abandono) de los vínculos afectivos creados en su etapa vital pasada.

Son Losada y Riviero (2015), quienes destacan que el proceso de la adopción es un arduo camino en el que se pueden encontrar sentimientos contradictorios, ya que el

hecho de adoptar implica un duelo por parte de los padres adoptivos y el hijo. En cuanto a los padres, es posible y habitual que hayan pasado un duelo causado por la incapacidad de tener hijos. El segundo duelo es la venida del *hijo real*, que no se ajusta a su ideal de hijo “propio”. Por otro lado está el duelo de los hijos, ya que han experimentado a muy temprana edad el abandono, lo que deja huella de pérdida en su psiquismo.

Tras haber leído diferentes escritos sobre la adopción y sus posibles definiciones, quiero aportar mi definición. En el proceso de adopción se busca una familia para un niño, no un niño para una familia. Se tiene como objetivo principal cubrir las necesidades del niño con sus características propias.

La adopción da una respuesta significativa a los derechos del niño, recogidos el 20 de noviembre de 1989 en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (Anexo 1).

La adopción se compone de dos factores muy importantes, la familia adoptante y el niño adoptado.

Para las familias es un camino complejo, pues es un trámite de larga duración causada por toda la burocracia que se ha de cumplir y superar para poder adoptar. Se incluye un alto nivel de estrés emocional y psíquico debido a las incertidumbres, dificultades, imprevistos que surgen con la espera. El proceso de idoneidad para poder iniciar los trámites de la adopción, dirigido por psicólogos y trabajadores sociales, consiste en verificar la idoneidad de la familia mediante un estudio social, físico y emocional. Este procedimiento tiene un matiz muy profundo, donde es necesario investigar y conocer los vínculos afectivos que se desarrollan en ese momento en la familia adoptante. Se valida la familia como un lugar seguro de vinculaciones estables, para que el nuevo miembro pueda desarrollarse con total normalidad en su nueva familia, cubriendo todas sus áreas vitales. Se manifiesta la inquietud de la familia ante las dudas de cómo será el niño, cómo será el primer encuentro, si les querrá o no, si tendrá dificultades, en qué estado lo encontrarán, etc. El apoyo de la familia extensa y los amigos son clave en el proceso de la adopción y la nueva vida familiar, quedando respaldados a nivel emocional principalmente (Sánchez-Sandoval, 2011).

En *El desarrollo vincular de los menores adoptados. Intervención a la luz de la teoría del apego*, se subraya que el éxito de la adopción no significa que no vayan a tener obstáculos en la vida familiar. Tendrán dificultades como en todas familias, pero será la capacidad de resolución de problemas y habilidades interpersonales y sociales de la familia, las que marcarán el curso de la fortificación y consolidación de la relación entre los miembros de la familia a pesar de las adversidades que se le presenten (Winnicott, 1953 citado en Rosser y Mayordomo, 2011).

Sobre la pareja, el hecho de querer adoptar se puede deber a diferentes motivos, desde la imposibilidad de tener hijos debido a diversas causas o por pura solidaridad y amor, permitiéndose adoptar y dar cobijo y afecto a niños que no tienen familia por diversas causas. Ávila (2005) comenta acertadamente en su artículo *La función parental en la adopción*, que la parentalidad se construye desde el ámbito psicológico, no dependiendo de la biología. Es la capacidad que tiene la pareja de desempeñar el papel de padre y de madre, un proceso que puede llegar a ser muy complejo. Destaca el *sistema de cuidados* y la *palabra* como medios básicos para establecer una vinculación emocional con el niño. Al fin y al cabo, es ejercer de padres, puesto que lo son a todos los efectos. Han de estar preparados mental y psicológicamente para las diversas dificultades que se les pueda presentar, al igual que han de saber a quién recurrir en caso de necesitar ayuda de especialistas.

Remarco lo que dice Palacio (2010) acerca de la adopción, exponiendo que, en sí es acoger a un niño en el seno de una familia. Los padres se convierten en figuras responsables y comprometidas a darle a su hijo lo que necesita, criándolo y educándolo para ser partícipe en la sociedad. Se crea una familia, lo que supone la creación de la parentalidad, es decir, no se comparte carga biológica pero como se ha dicho anteriormente, desde la crianza se forman los vínculos afectivos. Es el contexto familiar y social los que conforman este proceso. Como decía Malón (2017), las personas somos la suma de un 90% contexto en el que vivimos y un 10% la herencia genética. Dicho esto, la pareja vive la parentalidad desde el corazón, la crianza y el afecto que irán formando y moldeando a su hijo.

En cuanto al menor, como se ha citado en varias ocasiones, la adopción es un proceso que conlleva cambios drásticos en su vida. Desde la ruptura con los lazos biológicos (si es que llega a conocerlos, depende del caso), los lazos con los cuidadores

de la institución en la que se encuentran hasta el encuentro con personas desconocidas que se convertirán en sus futuros padres, el marcharse a otro país (si se trata de adopción internacional) significando el conocer y adaptarse a un nuevo lugar, con sus costumbres, ideologías...

Fonagy y Target (2011), tratando sobre el apego y los traumas, explican que si un niño con una vida de dificultades parentales (los sistemas de apego han sido irregulares y desordenados, así como el sentido de seguridad ha sido destruido, nulo o debilitado) lo más posible es que espere el rechazo social. La adopción es un proceso en el que experimentará el duelo por la separación de las figuras de apego con las que haya establecido una vinculación afectiva y la creación de nuevas relaciones afectivas con personas que en un principio serán desconocidas. La adopción es un recurso que desempeña el papel de factor de protección, ya que cubrir las necesidades básicas del niño, atendiendo a sus características. Es la protección a la infancia y el derecho a tener una familia en la que crecer, brindándole seguridad, alimento, vestimenta y cariño al niño. Se ha de matizar este último aspecto del *cariño*, pues creo imprescindible que al ser seres sociales somos directamente seres afectivos, de tal forma que las personas adoptadas, ante todo han de sentirse y experimentar el amor incondicional de la familia. Quiero recordar lo expuesto en los apartados anteriores sobre el apego y la resiliencia, factores fundamentales que moldean al niño, su personalidad, su modo de actuar, su visión de la vida, lo que ayudará significativamente en el proceso de sanación de sus heridas. En este tiempo, el niño también comenzará un proceso de reparación psicológica y afectiva de los daños que ha podido sufrir previos a la adopción (Palacios, 2011, citado en Rosser y Mayordomo, 2011).

5.2. La importancia del ámbito social para el desarrollo óptimo del menor adoptado.

Tello (2012) describe ampliamente en su master “Patología neurológica en los niños adoptados. 22 años de experiencia en la consulta”, las dificultades más frecuentes que tienen los niños adoptados (anexo 2). Son problemas que se han de tener en cuenta de cara al trabajo en la escuela para las maestras y para la familia. Es importante saber actuar y recurrir a los recursos especializados, con el objetivo de definir qué posibles dificultades pueden presentar y cómo ayudarles para reconducir su desarrollo y crecimiento.

- Retraso del desarrollo psicomotor
- Problemas de aprendizaje
- Problemas de lenguaje
- Déficit neurosensoriales
- Problemas de conducta y comportamiento

En cuanto a los efectos neurológicos en personas adoptadas, subrayar que gracias a la atención de la familia y el grupo social en el que se desenvuelve, influirá positivamente en su desarrollo gracias a la estimulación otorgada. Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo del cerebro, por su plasticidad. Periodo en el que comienzan a funcionar las conexiones nerviosas, que se ven afectadas positiva o negativamente dependiendo de la estimulación, afecto, trato y lenguaje que se recibe del entorno social.

Si se da un contexto social óptimo, el menor podrá desarrollarse correctamente, logrando un desarrollo cerebral funcional.

Para finalizar este apartado, quiero destacar que las instituciones que se han encargado de estos menores, les han dotado de ayudas para cubrir sus necesidades básicas, pero no han prestado gran atención a las necesidades emocionales. Esto ocurre con la mayoría de niños adoptados, sobre todo en las adopciones internacionales (Román y Palacios citados en el artículo *Apego y adopción*, 2015). Por este motivo, Losada y Riviero (2015) destacan el papel esencial que desempeñan tanto las familias como el colegio, como proveedores de seguridad y atención emocional.

5.4. Prevención de posibles dificultades de la adolescencia en la etapa infantil.

Según Loizaga (2017) los menores adoptados viven una situación traumática en una etapa caracterizada por la inmadurez cerebral, psíquica y física, por lo que estas situaciones se procesan desde la *estructura cerebral emocional e instintiva*, funcionando como un regulador de las experiencias tempranas. El cerebro frontal, distinguido por el raciocinio y operador de la regulación del comportamiento humano, se empieza a desarrollar en la pubertad y la adolescencia. Este cerebro frontal comienza

a integrar y procesar las emociones que han vivido en el pasado, dando sentido consciente a lo ocurrido.

El duelo es un “sentimiento profundo relacionado con una pérdida que precisa de un proceso de elaboración para poder superarse” (Loizaga, F. 2017). Por ello, si el menor no pasa por el duelo y no se le acompaña durante las primeras etapas de la vida, puede que vaya desarrollando alguna problemática que quede manifestada en la adolescencia.

Como explica Loizaga (2017), es en la adolescencia cuando se reflexiona de una manera más profunda y madura sobre el *trauma infantil* vivido con la familia biológica y/o en los centros de acogida.

Es sabido que en esta etapa se pueden producir muchas problemáticas en estas personas a causa de una reactualización de las etapas más primitivas. Es decir, se manifiestan en las personas adoptadas las características de sus padres biológicos (genética y temperamento) y de sus padres adoptivos (gestos, hábitos, costumbres, comprensión de sí mismo y de los demás...). Además de estos cambios, también se comienza la búsqueda de la propia identidad, del grupo social con el que se identifica...

En el caso de las personas adoptadas puede llegar a ser una etapa complicada si no se trabajan las pérdidas con sus duelos respectivos. Loizaga (2017) nombra brevemente los duelos expuestos a continuación:

- *Duelo por el cuerpo de la infancia*. Duelo doble entre dos mundos: el mundo anterior a la adopción (sobre la vida que tuvo y perdió, sobre lo que pudo experimentar y no pudo) y después de ésta (donde ha vivido su infancia, espacio socioemocional segura).
- *Duelo de los padres*, tanto biológicos (conocidos o no que puede recordar o no) como adoptivos (al plantearse cuestiones personales sobre su origen, los ve desde una visión realista de lo que significa “padres adoptivos”, viéndose diferente a ellos).
- Duelo por hermanos biológicos, que igual tuvo pero no conoció.
- *Duelo por lo que no tuvo*, por los vacíos de personas y de vínculos, por las carencias y las consecuencias en su mundo interno.

- *Duelo por la pérdida de la continuidad genealógica y la información genética.*
Relacionado con los cambios corporales en la adolescencia.

Se puede dar la situación en la que el niño no pueda expresar sus sentimientos más profundos, lo que dificulta el proceso del duelo, convirtiendo así estos sentimientos en *sistemas segregados*, permaneciendo ocultos pero activos. Es posible que estos sentimientos “sin nombre” se disocien y no se mentalicen por no trabajarlas correctamente dando lugar a la creación de un falso yo. Estos duelos aparecen ante la reorganización y crisis adolescente, y el sistema segregado pasa a tomar el control de la mente.

En el caso de las personas adoptadas además de esta crisis (por la que pasa todo el mundo), las experiencias vividas en cuanto a su adopción y su origen influirán en el desarrollo de la crisis y su construcción de su identidad.

El entendimiento del trauma no termina hasta que no se encuentra un equilibrio racional y emocional. Es un camino pecaminoso en la que se encontrará con un mar de dudas, de las cuales es posible que haya preguntas que se queden sin respuesta. La *reestructuración de la personalidad* y de la identidad se conseguirá de forma óptima si la persona resuelve sus traumas y acepta e integra las carencias que tenía antes de su adopción, en su familia adoptiva. Se trata del periodo en el que “va a reafirmar su filiación adoptiva y sentido de pertenencia a la familia” (Loizaga, 2017, p. 72-73). Para ello va a aprender a conocerse y entenderse para poder aceptarse a sí mismo en su totalidad, aceptando sus orígenes biológicos y su situación actual en su familia adoptiva.

La ayuda y presencia de los adultos, la familia, es imprescindible en este proceso. Será gracias al afecto brindado, las reflexiones y la *contención en los momentos de más necesidad* los que permitirán el buen procesamiento e integración de lo acontecido en el menor, sin negar la historia, sino aceptándola positivamente (Loizaga, 2017). Las vinculaciones afectivas con la familia adoptiva son esenciales para su desarrollo íntegro, estableciendo un apego seguro mediante la parentalidad positiva basada en la “comunicación, alegría, historia familiar, humor, optimismo, resiliencia, autoestima, espiritualidad y unidad” (Loizaga, 2017, p. 30).

6. EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

La propuesta de evaluación es de tipo cuantitativo, considerando los factores de riesgo y protección. Para el análisis de los datos se cotejarán los resultados con la tabla de factores de riesgo y protección señalados en la tabla 1.

Es necesario adquirir un mínimo de formación para poder entender y realizar de forma adecuada la evaluación que se presenta. Por ello, se proponen unos talleres introductorios de cómo trabajar esta evaluación con diversos casos prácticos, que ayudarán a teorizar la práctica. Esto ayudará a ampliar su conocimiento en este ámbito y facilitar el análisis de datos y de los casos en general.

6.1. El caso de Asha.

Se expone el caso de Asha para analizar y entender la herramienta propuesta.

Tabla 2. Caso de Asha. Elaboración propia.

Caso de Asha
<p>Asha, joven de 13 años, adoptada por Benjamín y Paz con 21 meses. Nacida en Jabalpur, India y dada en el orfanato de Calcuta “<i>Shishu Bhavan</i>” (“Hogar infantil”). Se conoce que la madre biológica tenía 15 años cuando dio a luz y tenía dificultades para cubrir las necesidades básicas de su hija. Se conoce que la madre gozaba de buena salud física y mental durante el embarazo.</p>
<p>Asha nació prematura (7 meses), con 1´5 kg, sin ninguna dificultad en el parto y sin anomalía alguna. Estuvo en la incubadora hasta que alcanzó 1´8 kg. Al salir de la incubadora estuvo ingresada en el hospital hasta que se realizaron todos los trámites oficiales para trasladarla al orfanato que estaba en otra ciudad, a 1.200 kilómetros de distancia. Cuando la llevaron al orfanato de Calcuta, pesaba 2´8 kg. Se sabe que en el hospital se encargaron dos enfermeras de ejercer de <i>madre canguro</i>, lo que le dio calor humano y la protección que necesitan sentir los bebés.</p>
<p>En el orfanato, dirigido por las Misioneras de la caridad de la Madre Teresa de Calcuta, estuvo bien atendida. Se trata de un orfanato en el que se respira amor y respeto hacia los menores, atendiendo sus necesidades de la mejor manera posible. En su estancia allí, se relacionó con sus compañeros de cuna sin ningún problema. Con las cuidadoras se mostró</p>

siempre abierta y social.

Comentan los padres que durante la pre-asignación, se les facilitó documentos acerca del seguimiento de su hija, en relación a las diferentes etapas de desarrollo cuyos resultados eran óptimos. Se les informó acerca de los datos médicos relevantes. Se les explicó el funcionamiento del orfanato ya que las cuidadoras se encargaban cada una de ellas, de X número de menores, para que estos los tuvieran como figura de referencia con la que establecer un primer vínculo de apego seguro. También se les dio la información que tenían sobre su madre biológica: “Se llamaba Bindi, tenía 15 años cuando dio a luz. Era muy joven y no tenía a nadie, quiso dar a su hija en adopción con una sola condición: que fuera adoptada por una familia católica. Desde el orfanato de Jabalpur pudieron ayudarla dándole trabajo y un espacio donde vivir.”

En cuanto a los padres adoptivos, Benjamín y Paz, intentaron durante mucho tiempo tener hijos y se plantearon la adopción como un proceso natural y no traumático. Él es educador social y la madre es trabajadora social. Desde que vino el primer hijo, Tobías Pratham, también adoptado en el mismo orfanato, Paz se redujo sus horas laborales para atenderlo y cuidarlo. Decidieron adoptar por segunda vez ya que querían aumentar la familia. La familia cumplía la condición que puso la madre biológica, ya que pertenece a un grupo de la iglesia, donde hay buenas relaciones sociales. Este grupo, configurado principalmente por familias numerosas, ha sido un apoyo para toda la familia, ya que han contado siempre con su ayuda y presencia, favoreciendo el crecimiento de sus hijos en un ambiente social seguro.

La menor no fue escolarizada en la India debido por su corta edad, pero se conoce que en el orfanato tuvo una estimulación social, afectiva, comunicativa y cognitiva con sus “compañeros de cuna”.

Una anécdota que cuentan los padres de Asha es que al poco de llegar a España, cuando había tormentas (con truenos y relámpagos), la niña se quedaba en su cama, quieta y llorando bajito. Lo que indica que tenía herramientas adaptativas ante dicha situación, debido a que estando en el orfanato, había muchos menores y no siempre la cuidadora estaba disponible para todos.

6.2. Evaluación de factores de riesgo y factores de protección en el menor adoptado.

A continuación se presenta el cuestionario que se le ha proporcionado a la familia de Asha en una tutoría.

Tabla 3. Datos del/a menor. Elaboración propia.

DATOS DEL/A MENOR			
Sexo y nombre	<input type="radio"/> Niño <input checked="" type="radio"/> Niña <i>X: Asha</i>	Edad de adopción	<i>21 meses</i>
Tipo de adopción *Especifique el país y ciudad.	<input type="radio"/> Nacional <input checked="" type="radio"/> Internacional <i>X: Calcuta, India</i>	Edad actual	<i>4 años y 2 meses</i>

Tabla 4. Composición del grupo familiar. Elaboración propia.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR			
Nombre	Edad	Profesión	Estudios
Padre: <i>Benjamín</i>	<i>37 años</i>	<i>Trabajador social</i>	<i>Trabajo social</i>
Madre: <i>Paz</i>	<i>33 años</i>	<i>Ama de casa</i>	<i>Educación social</i>
Hijo/a: <i>Tobías Pratham</i>	<i>8 años</i>		<i>2° Primaria</i>
Hijo/a: <i>Asha</i>	<i>4 años</i>		<i>2° Infantil</i>
Hijo/a			
Hijo/a			
Hijo/a			
Otras personas que vivan habitualmente en casa: <i>X</i>			
Observaciones: <i>X</i>			

Tabla 5. Evaluación de factores internos del menor. Elaboración propia.

Evaluación de factores internos del menor
CARÁCTER BIOLÓGICO
<i>Antecedentes familia biológica</i>
<p>1. Conocimiento de enfermedades mentales, crónicas o congénitas de la familia biológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No X <input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, indique/detalle qué tipo de enfermedad:</p>
<p>2. Tipo de dieta de la madre biológica durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> Dieta equilibrada X <input type="radio"/> Dieta desequilibrada <input type="radio"/> Desconocido
<p>3. Consumo de tóxicos de la madre biológica durante el embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No X <input type="radio"/> Desconocido
<p>4. Embarazo controlado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> Sí X <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
<p>5. Dificultades durante el embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No X <input type="radio"/> Desconocido
<p>6. Dificultades perinatales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No X

<p><input type="radio"/> Desconocido</p> <p>En caso de ser afirmativo, describa brevemente:</p>
<p>7. Infecciones víricas durante el embarazo.</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No X</p> <p><input type="radio"/> Desconocido</p> <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>8. Enfermedad mental de los padres o cuidadores biológicos.</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No X</p> <p><input type="radio"/> Desconocido</p>
<p>9. Conocimiento de maltrato y abuso en el ambiente familiar biológico.</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No X</p> <p><input type="radio"/> Desconocido</p>
<p style="text-align: center;"><i>Antecedentes del menor</i></p>
<p>1. Seguimiento médico del parto (atención y cuidados del bebé en el momento del parto y postparto).</p> <p><input type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Desconocido</p>
<p>2. Tipo de nacimiento.</p> <p><input type="radio"/> A término (39-40 semanas)</p> <p><input type="radio"/> Prematuro (antes de completar 37 semanas) X</p> <p><input type="radio"/> Desconocido</p>
<p>3. Crecimiento intrauterino óptimo.</p> <p><input type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Desconocido</p>

<p>4. Posición intrauterina óptima.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí X<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
<p>5. Padece enfermedades infecciosas.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No X<input type="radio"/> Desconocido
<p>6. Presencia de algún tipo de discapacidad.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No X <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>7. Infecciones víricas.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No X<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>8. Otras enfermedades.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No X<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>9. Padece discapacidad física: Deterioro o alteración funcional de una o más partes del cuerpo, provocando inmovilidad o disminución de la misma.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No X<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>10. Problemas ortopédicos (anomalías en las manos, en las piernas, en los pies o dificultades</p>

para andar) .

- Sí
- No X**
- Desconocido

En caso de ser afirmativo, especifíquelo:

11. Problemas cardiacos (murmullo cardiaco, defecto que requiere cirugía).

- Sí
- No X**
- Desconocido

En caso de ser afirmativo, especifíquelo:

12. Trastornos del habla:

- Disglosias: trastorno de la articulación por alteración orgánica de los órganos periféricos del habla (labios, dientes, lengua, nariz, paladar, maxilar).
- Disartrias: dificultades para la articulación y la expresión oral que afectan al tono y movimientos de los músculos de la articulación, debidas a lesiones del sistema nervioso central.
- Disfemia o tartamudez: Desorden en la fluidez verbal ocasionado por la incoordinación de los mecanismos del habla (fonación, articulación, respiración) con frecuencia acompañadas de respuestas fisiológicas como alta tensión muscular, ansiedad...
- Disfonía: Alteración de la voz (generalmente pérdida del timbre normal de la voz) debido a un trastorno orgánico en la cuerda vocal (Ej: voz ronca)
- Rinofonía: Voz con resonancia nasal ya sea por escape de aire nasal durante la emisión de fonemas (abierta) o por obstrucción nasal (cerrada).
- Desconocido
- No padece ninguna dificultad aparentemente X**

13. Trastornos del lenguaje:

- Afasia: Pérdida del lenguaje oral ya adquirido por lesiones del sistema nervioso central en áreas cerebrales encargadas del procesamiento y producción del lenguaje.
- No padece ninguna dificultad aparentemente X**

<p>14. Padece discapacidad sensorial: discapacidad auditiva.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input checked="" type="radio"/> No X<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, descríballo:</p>
<p>15. Padece discapacidad sensorial: discapacidad visual.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input checked="" type="radio"/> No X<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, descríballo:</p>
CARÁCTER PSICOLÓGICO
<i>En cuanto a la familia adoptante</i>
<p>1. Aceptan la historia previa de su hijo (el trauma que haya podido experimentar y su consiguiente duelo y posibles afectaciones en el futuro).</p> <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> Sí X<input type="radio"/> No
<p>2. Aceptan las características físicas y psíquicas que presenta el menor.</p> <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> Sí X<input type="radio"/> No
<p>3. Crean un ambiente socioemocional sano para la creación de un vínculo/apego seguro.</p> <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> Sí X<input type="radio"/> No
<p>4. Resiliencia parental (afrontan como pareja y familia todas las circunstancias vitales con las que viene el niño).</p> <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> Sí X<input type="radio"/> No
<i>En cuanto al menor</i>

<p>1. Problemas adaptativos a la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No X<input type="radio"/> En proceso					
<p>2. Facilidad adaptativa frente a nuevas situaciones.</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center; border: 2px solid black;">4</td><td style="text-align: center;">5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>3. Ante situaciones nuevas o desconocidas para el menor, sus comportamientos no son acordes a lo esperado y/o no son socialmente esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No X<input type="radio"/> A veces <p>Observaciones/aclaraciones:</p>					
<p>4. Si en el país de origen el menor estuvo escolarizado, ¿se conoce si tuvo dificultades en el desarrollo académico que empezó?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Si<input type="radio"/> No X<input type="radio"/> Desconocido					
<p>5. Sufrimiento de acontecimientos vitales estresantes previos a la adopción.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Si<input type="radio"/> No X<input type="radio"/> Desconocido					
<p>6. Actitud evasiva ante los problemas que le acontece.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Si<input type="radio"/> No X<input type="radio"/> A veces					
<p>7. Retraimiento social (asociable, se separa de los grupos sociales).</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Si<input type="radio"/> No X					

<p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>8. Terrores nocturnos.</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input checked="" type="radio"/> A veces X</p> <p>Observaciones/aclaraciones:</p>					
<p>9. Miedos infundados.</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input checked="" type="radio"/> A veces X</p> <p>Observaciones/aclaraciones:</p>					
<p>10. Enuresis (micción involuntaria).</p> <p><input type="radio"/> Nocturna</p> <p><input type="radio"/> Diurna</p> <p><input checked="" type="radio"/> No tiene X</p> <p>Observaciones/aclaraciones:</p>					
<p>11. Autoestima y autoconcepto desorganizado y/o dañado (no se mira al espejo, no le gusta hacerse fotos, se frustra fácilmente si algo no le sale bien o no lo consigue, no pide ayuda, hace comentarios negativos sobre su persona, etc.).</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input checked="" type="radio"/> No X</p> <p><input type="radio"/> En duda</p> <p>Observaciones/aclaraciones:</p>					
<p>12. Se muestra agresivo frente a la autoridad.</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>13. Asimila y entiende las normas sociales.</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p>					

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Se muestra seguro y confiando a la hora de actuar y tomar decisiones.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Escucha activa de las personas que le rodean.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Controla sus emociones en las diversas situaciones que se le presentan.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Capacidad de comunicarse con las personas que le rodean (adultos e iguales).

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Posee habilidades sociales que le permiten integrarse de manera positiva en grupos sociales acordes a su edad.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Capacidad de resolución de conflictos.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Muestra interés por aprender.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Ejercita su memoria y retiene información que se le explica.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Es creativo/a.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Juega simbólicamente (como si durmiera, si comiera, representando situaciones sociales de la vida diaria o fantásticas).

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Sabe buscar ayuda en momentos necesarios.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Posee y desarrolla herramientas para adaptarse ante nuevas situaciones.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. Es responsable.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. Se siente seguro con al menos uno de los progenitores.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. Acepta las muestras de afectos de los padres.

- Si X**
- No
- A veces

Observaciones/aclaraciones:

29. Ofrece muestras de cariño a los padres.

- Si X**
- No
- A veces

Observaciones/aclaraciones:

30. Siente más seguridad en presencia de los padres (si está en el parque jugando con otros

niños, los busca con la mirada y luego sigue jugando; en una tarde de piscina, el niño demanda la atención de las figuras familiares).

- Si X**
- No
- A veces

32. ¿Está interesado en sus orígenes? Haciendo preguntas sobre: sus cuidadores, cómo era el lugar en el que se crió, por qué le abandonaron, etc.

- Si
- No X**
- A veces
- Observaciones/aclaraciones: *Es muy pequeño todavía.*

33. El menor se frustra fácilmente.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Observaciones:

Tabla 6. Evaluación de factores externos del menor. Elaboración propia.

Evaluación de factores externos del menor
CARÁCTER SOCIAL
1. País y cultura de la que proviene el menor. Explica brevemente:
2. Atención óptima del orfanato a los menores. <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> Sí X <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces Observaciones:
3. Condiciones sanitarias óptimas en la actualidad. <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> Sí X

<p><input type="radio"/> No</p>					
<p>4. Estabilidad familiar.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p>					
<p>5. Su hijo tiene establecido un esquema mental de la composición familiar nuclear.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> En proceso</p>					
<p>6. Los padres son capaces de calmar y relajar a su hijo cuando se altera.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>7. Los padres fomentan los puntos fuertes del menor.</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center; border: 2px solid black;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>8. Los padres trabajan las dificultades que tiene el menor, reconociendo sus esfuerzos.</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center; border: 2px solid black;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>9. La familia fomenta su seguridad y autoestima, aceptando a su hijo/a tal y como es.</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center; border: 2px solid black;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>10. El menor mantiene con facilidad la comunicación activa con su madre.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>11. El menor mantiene con facilidad la comunicación activa con su padre.</p>					

<p><input type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>12. Presencia de enfermedades mentales de los padres o cuidadores.</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No X</p>					
<p>13. Ambiente seguro en la familia extensa.</p> <p><input type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>14. En caso de tener hermanos, juegan juntos.</p> <p><input type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>15. Los hermanos acogen a su nuevo hermano.</p> <p><input type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>16. Los hermanos procuran que esté bien atendido.</p> <p><input type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>17. Presencia de rivalidad entre hermanos .</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center; border: 2px solid black;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>18. El menor se siente respetado y aceptado por su familia:</p> <p><input type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>19. El menor es capaz de compartir sus juguetes con sus hermanos.</p> <p><input type="radio"/> Sí X</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					

20. El círculo social cercano de la familia contribuye a la adaptación del menor:

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. El menor interactúa con el círculo social de la familia.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. El menor establece vínculos seguros con los integrantes del círculo social de la familia.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Establecimiento de relaciones positivas con el círculo social cercano a la familia.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Presencia de maltrato y abuso físico o verbal familiar:

- Sí
- No X**

25. Castigos oportunos.

- Sí
- No (excesivos)
- A veces X**

26. Circunstancias especiales actuales (separaciones, divorcio, pérdida, etc.).

- Sí
- No X**

27. Si menciona su vida pasada, lo hace:

- Con tristeza
- Con alegría
- Con miedo
- Con naturalidad
- Con rabia
- Con desprecio
- Con orgullo
- No lo recuerda debido a poca edad X**

Observaciones/aclaraciones: *Tiene algún que otro flashback del orfanato, pero muy pocos porque es muy pequeña.*

28. Aceptación de la violencia como una forma de resolución de conflictos.

- Sí
- No X**

29. El orfanato fue negligente en el cuidado de los niños.

- Sí
- No X**
- Desconocido

30. Capacidad de la internalización de las normas.

- Sí X**
- No
- A veces

31. Aceptación de la violencia como una forma de resolución de conflictos.

- Sí
- No X**

32. Acepta los límites de la dinámica familia (se va a una hora prudente a dormir, se come la comida que se le da, se lava los dientes después de la comida, etc. Depende de cada familia).

- Sí X**
- No
- A veces

Observaciones/aclaraciones:

33. Es capaz de establecer lazos afectivos (capaz de establecer lazos afectivos con otras personas).

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

34. Es empático.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

35. Colabora con los demás.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

36. Se expresa y practica la escucha activa.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

37. Comprende las situaciones en las que se encuentra o las intuye.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

38. Se muestra solidario con otras personas y sus necesidades.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

39. Procura resolver problemas que se le plantean mediante la comunicación.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

40. Asume y reconoce sus errores.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

41. El menor es capaz de pedir perdón a sus iguales.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

42. Uso de la violencia para conseguir un objetivo.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

43. Habilidades paternales generales (vínculo, estimulación, afecto...).

- Sí X
- No

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> En proceso
<p>44. Buena comunicación y clima familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí X <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En proceso
<p>45. Estilo educativo de los padres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Permisivo (sin horarios ni rutinas, baja exigencia y supervisión, falta de autoridad, Etc.). <input type="radio"/> Negligente (desatención a los hijos, falta de apoyo, relación fría). <input type="radio"/> Autoritario (Mucha exigencia, no brinda apoyo emocional, normas rígidas). <input type="radio"/> Asertivo (expresa afecto, usa el refuerzo positivo y brinda apoyo y ayuda, exige en medida adecuada, etc.). X
<p>46. Los padres permiten y respetan los errores del menor, explicando pacientemente y sin violencia lo correcto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si X <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces
<p>CARÁCTER ESCOLAR</p>
<p>1. ¿Estaba escolarizado en el país de origen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No X <input type="radio"/> Desconocido
<p>2. Lengua materna del menor: <i>hindi</i></p>
<p>3. Absentismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
<p>4. Influencia negativa de los compañeros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si

<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
5. Disfruta del ambiente académico. <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Se desconoce
6. Influencia positiva de los compañeros sobre el menor. <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Se desconoce
7. Atención a las necesidades curriculares del menor. <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Se desconoce

6.2.1. Análisis del caso.

Se analiza cualitativamente y detalladamente los factores de riesgo y protección a nivel interno y externo.

Carácter biológico

Se tiene como factor de riesgo que Asha nació prematura, con 7 meses. Lo que requiere la permanencia y atención hospitalaria, recibiendo diversas atenciones y cuidados de diferentes personas. Este riesgo queda cubierto con factores de protección como su estancia en la incubadora y el uso del método “*Madre canguro*”, implicando así que ha recibido la atención médica precisa para terminar de desarrollarse y alcanzar los niveles necesarios para llevarla al orfanato.

La buena salud física y mental de la madre durante el embarazo, ha ayudado al desarrollo óptimo de la niña. Se da a entender que fue un embarazo controlado. Cabe añadir que la facilitación de la documentación médica y el progreso de las diferentes etapas de desarrollo, dejan constancia de que ha estado bajo supervisión médica y ha recibido la atención que necesitaba.

Carácter psicológico

Conocer la edad temprana de su madre y el motivo de darla en adopción, puede ser un riesgo si aún no tiene la madurez suficiente y las herramientas psicológicas y emocionales para pasar el duelo.

Al ser adoptada con 21 meses es favorecedor, y no haber sido acogida previamente en diferentes familias, ha prevenido dolor y sufrimiento grave tras la separación de las cuidadoras. Este factor ayuda a la adaptación de la menor en la familia.

En cuanto a los padres, el hecho de facilitarles documentación acerca del seguimiento de su hija, les ayuda a ser conscientes de la historia que tiene Asha, sus características físicas y psíquicas. Esto aumenta el deseo de tenerla en la familia, cuidarla y quererla, dando lugar a la creación de un ambiente socioemocional sano para la creación de un vínculo seguro. La reducción de la jornada laboral de la madre es un factor de protección, ya que su presencia y atención continua en el hogar es importante para el lazo afectivo que se quiere conseguir.

El funcionamiento del orfanato (una cuidadora –referente maternal– para un número de menores), contribuye a la creación del vínculo con la figura de referencia. Ayuda a la representación mental de la figura de apego en el orfanato.

Queda plasmada en la anécdota de la tormenta, la herramienta adaptativa que posee la niña. Sabe que no siempre le pueden hacer caso en momentos de temor, por lo que intenta calmarse ella sola.

Carácter social

Se considera factor de riesgo la distancia que tuvo que recorrer (1.200 kilómetros) de su ciudad natal, Jabalpur, a la del orfanato, Calcuta. Se trata de una segunda separación. En el orfanato Shishu Bhavan cubrieron las necesidades básicas de Asha. La relación con sus “compañeros de cuna” ha sido fuente de estimulación para su desarrollo a nivel comunicativo, social, lingüístico, motriz, afectivo y cognitivo.

Para los padres, conocer el funcionamiento del orfanato es esencial. La transparencia del centro es importante, pues se entiende que los cuidan y los protegen, manteniendo un orden y equilibrio estable.

La vida laboral de los padres se convierte en un factor fundamental, ya que tienen experiencia con familias adoptivas. Son conocedores de los traumas que se pueden tener y los duelos, por tanto, saben cómo tratar sus hijos.

El hecho de adoptar a la segunda hija, implica que la familia conoce el proceso de adopción y lo que supone a nivel psicológico y emocional, sobre todo. Su hermano mayor, Tobías Pratham, ejerce un papel facilitador en la adaptación a la familia.

Por último, el círculo social de la iglesia desempeña un papel significativo, cubriendo la necesidad social y de seguridad de la *Pirámide de Maslow*. Proporcionándole el sentimiento de pertenencia al grupo, dándole estabilidad.

Carácter escolar

No ha estado escolarizada.

Conclusión

El equipo docente, la orientadora del centro escolar y la tutora de Asha se reúnen con los padres para trabajar y valorar en qué momento se encuentra la menor. Ella se desarrolla óptimamente en la familia. Se ha de hacer un seguimiento para ver su evolución.

El pronóstico actual de la menor es favorable. Los factores de riesgo que presenta no son alarmantes, teniendo en cuenta que una adopción siempre supone un hecho traumático. Los factores de protección ayudan a paliar los factores de riesgo.

Recordando la metáfora de las habitaciones de Loizaga, Asha tiene la *habitación con ligeros rayos de luz*. Su madre biológica era muy joven y la dio en adopción, para darle la mejor vida posible.

7. CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN

La adopción da respuesta a los derechos del niño, ofreciendo una familia para el menor.

Las personas adoptadas han experimentado a pronta edad el abandono, lo que supone un trauma. Estos menores se ven envueltos en factores de riesgo y protección, de carácter biológico, psicológico, social y escolar.

Se ha podido comprobar que los vínculos afectivos son claves para el desarrollo personal y el modelaje de la personalidad. Si en la primera infancia no se han establecido estos vínculos o han sido dañados, influirá negativamente en el niño.

Se generan traumas que pueden ser exteriorizados de manera implícita o explícita durante su evolución, dependiendo del duelo que se haya llevado a cabo y los recursos que se empleen para sobrellevarlo. Se sabe que en la etapa adolescente pueden surgir problemáticas o que se intensifiquen por la propia etapa evolutiva, debido sobre todo a los cambios físicos y psicológicos.

Para prevenir posibles problemáticas en la adolescencia, se propone la evaluación cuantitativa de factores de riesgo frente a los de protección. Proporcionando un pronóstico aproximado basado en la cuantificación de estos factores. Esta herramienta es útil y significativa, para poder trabajar y cubrir en comunión con la familia, las necesidades que presenta el menor. El uso de este instrumento en la etapa infantil puede ayudar a atenuar los factores de riesgo que se puedan revertir, así como fortalecer aquellos factores de protección, que se convierten en pilares fundamentales para su desarrollo.

La elaboración de este mecanismo de evaluación ha conllevado una inmersión en los tres apartados que conforman el marco teórico: *La teoría del apego, la resiliencia y la adopción*. Conceptos fundamentales para comprender y analizar los casos que se presenten de la forma más completa posible. Es de gran utilidad para el ámbito educativo, ayuda a empatizar con este tipo de alumnado y conocerlo. El ámbito emocional se ha de trabajar con las personas adoptadas desde la sinceridad, libertad y el amor. Desde la escuela y sobre todo en la etapa infantil, estamos llamados a educar y descubrir el mundo a los pequeños, desde el juego y sobre todo desde el amor, creando un ambiente cálido y lleno de afecto. *Sin emoción no hay aprendizaje*, dice Francisco Mora (2014) en numerosas ocasiones. Para ello, es fundamental crear un espacio en el que se sientan libres de hacer, deshacer y rehacer, teniendo la equivocación como una

aliada para su aprendizaje. El hecho de no ser juzgado y no sentirse juzgado por las equivocaciones que se puedan cometer, no ha de ser impedimento para seguir creciendo.

Se ha realizado una propuesta de intervención a partir del estudio de caso de Asha. Se ve una relación entre los factores de riesgo que se han reparado por los factores de protección basados principalmente en la familia y el grupo social que le rodea. Como resultado, se observa que Asha ha tenido una vida adecuada y hasta el momento, sus ciclos vitales los ha superado sin dificultades. Por motivos de espacio, no se ha podido nombrar el caso a su hermano, Tobías Pratham del que se tiene también su evaluación.

Como punto a mejorar, quiero destacar que el fin último de este trabajo es dar esta evaluación a diversas asociaciones de familias adoptantes de España y centros escolares, para seguir investigando y reconstruyendo la herramienta. Se abre así una oportunidad de estudio para seguir ayudando a estas personas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, F. (2003). Plasticidad cerebral. Parte 1. *Rev med IMS*, 4(1), 55-60.
- Amorós Azpilicueta, C. (2008). Desamparo y adopción desde la perspectiva del menor. *Intercambios, papales de psicoanálisis*, 21, 7-12.
- Anzano, S. Asignatura “Atención temprana” Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación de Huesca. Curso 2020-2021. Material no publicado.
- Ávila Espalda, A. (2005). La función parental en la adopción. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1 (19), 191-204.
- Bailo Augusto, M. (2018). La adopción: Importancia del apego. Introducción a la arteterapia. . *Trabajo de fin de grado*. España: Universidad de Zaragoza.
- Barg Baltrame, G. (2011). Bases neurobiológicas del Apego. Revisión Temática. . *Ciencias Psicológicas V*, (1): 69-81.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

- Becoña, E. (2006a). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. . *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 11(3), 125-146.
- Becoña, E. (2006b). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1), 89-101.
- Bestué, M. Asignatura “Psicología del desarrollo II” Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación de Huesca. Curso 2019-2020. Material no publicado.
- Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia. (2020). Gobierno de España.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. . Barcelona: Paidós.
- Castán Tregón, A. (2017 - 2018). Pautas de actuación en la escuela ante los trastornos de apego de niños y niñas adoptados/as. *Trabajo de fin de grado*. Universidad de Zaragoza, España. .
- Corbera, D. (12 de junio de 2021). *Aprende a Conectar con tu Pasado: Gestiona tus Heridas*. Obtenido de Enric Corbera Institute: <https://www.youtube.com/watch?v=MCWhGV31VUw>
- Dalmases Clemente, A. (2018). *Psicología y Mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/desarrollo/situacion-extrana-tecnica-evaluar-apego-infantil>
- Fernández Lozano, N. (2019-2020). Propuesta didáctica para trabajar la resiliencia a través de álbumes infantiles. *Trabajo de fin de grado*. Universidad pública de Navarra, España.
- Figuera Álvarez, D. (11 de junio de 2021). Salud mental, familia y violencia. *XV conferencia Reunión del Observatorio de Violencia Intrafamiliar*. Zaragoza: FAIM.
- Fiorentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 95-113.

- Fonagy, P. (11 de junio de 2012). *Figuras Significativas. Teoría Del Apego*. Obtenido de Apego, Afecto y Desarrollo: <http://apegoydesarrollo.blogspot.com/2012/06/figuras-significativas-teoria-del-apego.html>
- Fonagy, P., & Target, M. (2011). ¿Por qué nos hacemos esto? *Revista mentalización*.
- Gadea, L. G. (2012). La resiliencia en niños institucionalizados y no institucionalizados. *Avances en Psicología*, 20(2), 79-90.
- Gago, J. (2014). Teoría del apego. El vínculo. *Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar*, 11, 1-11.
- García del Castillo, J., García del Castillo-López, A., López-Sánchez, C., & Dias, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Salud y drogas*, 16 (1), 59-68.
- García Dolado, B. (2016). Adopción y apego: Favorecer el vínculo desde la escuela. *Trabajo de fin de grado*. España: Universidad de Zaragoza.
- Grau, E., & Mora, R. (2005). Vicisitudes en la vinculación entre padres e hijos en adopción internacional. *Revista de psicoterapia*, 16(62), 1-14.
- Herce, C., Achúcarro, C., Gorostiaga, A., De Cádiz, B., & Balluerka, N. (2003). La integración del menor en la familia de acogida: factores facilitadores. *Revista de Intervención Psicosocial*, 12(2), 162 - 177.
- Herry, J. (Dir). (2018). *En buenas manos*. [película]. Francia – Bélgica: Les productions du Trésor, Chi-Fou-Mi Productions, Artémis Productions, StudioCanal, France 3 Cinéma.
- Loizaga Latorre, F. (4 de junio de 2021). *Investigación y ciencia*. Obtenido de <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/la-mente-psicodlica-773/efectos-neuropsicologicos-de-la-adopcin-17665>
- Loizaga Latorre, F. (ed.). (2017). *Adopción en la adolescencia y juventud*. Mensajero.

- López Suarez, M. (2014). Relación entre satisfacción con la vida y satisfacción con el deporte y en jóvenes deportistas. *Tesis doctoral*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.
- Malón, A. Asignatura “Educación social e intercultural”. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación de Huesca. Curso 2017-2018. Material no publicado.
- Marrone, M. (2018). La teoría del apego y el psicodrama. *Revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*.
- Mendiola, R. (2008). Teoría del apego y psicoanálisis. *Clínica y salud*, 19 (1), 131-134.
- Modrego, M. Asignatura “Trastornos del lenguaje y la comunicación”. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación de Huesca. Curso 2020-2021. Material no publicado.
- Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85, 265-268.
- Moreno, A. (13 de febrero 2014). Arteterapia en procesos de post-adopción. Obtenido de ISEP: <https://www.youtube.com/watch?v=WYH5QFWFfiI>
- Moreno, A. Asignatura “Prevención de las dificultades de aprendizaje” Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación de Huesca. Curso 2018-2019. Material no publicado.
- Navarro, M. (. (2011). *Guía de intervención educativa del niño adoptado*. Zaragoza.
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4, 65-81.
- Palacio, J. (2010). La aventura de adoptar. Guía para solicitantes de adopción internacional. Informes estudios e investigación. *Ministerio de sanidad y política social*.
- Prieto, N. (2015). El proceso de adopción y sus implicaciones en el aula. Propuesta de intervención. (*Trabajo de fin de grado*). Universidad internacional de La Rioja.

- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23^a. ed. (9 de mayo de 2021).
- Rosas Mundaca, M., Gallardo Rayo, I., & Díaz Angulo, P. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología, IX (1), 0*.
- Rosas, M. G. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología, 9(1), ág-145*.
- Rosas, M., Gallardo, I., & Angulo, P. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología, 9(1), ág-145*.
- Rosser, A. y. (2011). El desarrollo vincular de los menores adoptados. Intervención a la luz de la teoría del apego. .
- Rosser, A. y. (2011). El desarrollo vincular de los menores adoptados. Intervención a la luz de la teoría del apego. VV.AA. *La teoría del apego en la promoción de la salud: creando redes*, Cap. 10, pp. 133-146.
- Sánchez-Sandoval, Y. (2011). Satisfacción con la adopción y con sus repercusiones en la vida familiar. *Psicothema, 23 (4), 630-635*.
- Serrano Molina, A. (2015). Narrativa y promoción de resiliencia. Factores de riesgo más frecuentes en futuros docentes en formación. *Tesis doctoral*. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Tello Martín, A. (2012). Patología neurológica en los niños adoptados. 22 años de experiencia en la consulta. *Trabajo fin de master*. Universidad de Zaragoza, España.
- Tobeña, R. Asignatura “Psicopatología infantil”. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación de Huesca. Curso 2020-2021. Material no publicado.
- UNICEF. (2006). Plan de Acción de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. *Convención sobre los Derechos del Niño*.

9. ANEXOS

Anexo 1. Derechos del niño.

1. Derecho a la igualdad, sin discriminación de raza, religión, idioma, nacionalidad, sexo.
2. Derecho a una protección especial para el desarrollo físico, mental y social.
3. Derecho a un nombre y una nacionalidad desde el nacimiento.
4. Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada.
5. Derecho a una educación y atención especial para aquellos que sufren alguna discapacidad.
6. Derecho a la comprensión y al amor de las familias y de la sociedad.
7. Derecho a las actividades recreativas y a una educación gratuita.
8. Derecho a la atención y ayuda preferentes en cualquier circunstancia.
9. Derecho a ser protegido contra el abandono y trabajo infantil.
10. Derecho a recibir una educación que fomente la solidaridad, la amistad y la justicia entre la humanidad.

Anexo 2. Dificultades frecuentes en personas adoptadas. Información extraída de Tello Martín, A. (2012). Patología neurológica en los niños adoptados. 22 años de experiencia en la consulta. Elaboración propia.

DIFICULTAD	DESCRIPCIÓN
Retraso del desarrollo psicomotor	Ocurre principalmente por la falta de estímulos y afectos, falta de interacción, por lo que cuanto más tiempo estén en la institución, más riesgo tendrán de padecer este retraso. Las instituciones se encargan de las necesidades básicas y elementales de toda persona, pero se tienen olvidadas las necesidades afectivas. Remarcar también que esta dificultad es de las primeras en solucionarse. En un estudio reciente

	<p>realizado por los servicios sociales de la comunidad autónoma de Madrid en los orfanatos rusos, rumanos y chinos, se observó que muchos niños no llegaban a entrar en los percentiles de crecimiento adecuados, por falta de estímulos afectivos y vínculos emocionales con adultos estables (Figuera, D. 11 de junio de 2021).</p>
Problemas de aprendizaje	<p>Estos problemas se observan cuando se escolariza al niño. Se deben principalmente a la insuficiencia de la interacción nombrada en la casilla anterior y a los precarios recursos de la institución en la que se ha estado. También se puede deber a otro factor de riesgo como la consumición de tóxicos durante el embarazo, que afecta negativamente en las funciones perceptivas del sistema nervioso central, disminuyendo su funcionalidad, ocasionando así dificultades en el aprendizaje.</p>
Problemas de lenguaje	<p>“Ocasionada por deficientes cuidados obstétricos, la exposición a alcohol durante la gestación y las condiciones perinatales facilitan la aparición de problemas en el desarrollo del lenguaje” (Tello Martín, A. 2012. Patología neurológica en los niños adoptados. 22 años de experiencia en la consulta).</p>
Déficits neurosensoriales	<p>Tiene que ver con el procesamiento sensorial y los problemas de la captación de información por los sentidos. Si no se detecta a tiempo, pueden convertirse en una gran dificultad y el margen de actuación varía dependiendo de la gravedad. En cualquier caso, la estimulación es primordial para la intervención y actuación con el niño adoptivo. Estos recursos los recibe normalmente en el país de la familia adoptiva.</p>
Problemas de conducta y comportamiento	<p>Tello (2012) comenta que las personas adoptadas pueden experimentar problemas emocionales y comportamiento como resultado de la adaptación a la nueva familia, a sus costumbres y en definitiva, al nuevo ambiente en el que se encuentra. Quiero destacar que en la adolescencia además, es una etapa evolutiva muy compleja, en la que se busca la propia identidad. En cualquier caso, para la adolescencia es esencial facilitar toda la información posible acerca de los padres biológicos en el momento en el que el adolescente esté preparado para encajarlo.</p> <p>Los padres adoptivos nunca tienen que rivalizar con los padres</p>

	<p>biológicos. El niño tiene que sentir que sus padres biológicos por diversos problemas personales no pudieron hacerse cargo de su crianza. No se trata de culpabilizar a nadie por el fracaso en su vida pasada, sino de recoger al menor y apoyarle en la tarea de hacer un duelo de su familia biológica saludable.</p> <p>Los niños en el momento en el que se sienten seguros en su nueva familia comienzan a comportarse de una manera normalizada. La vinculación menores-familias se realiza progresivamente a base de sinceridad, cariño, respeto y normas adecuadas de conducta que poco a poco favorecerán el apego familiar.</p> <p>Muchas veces el niño adoptado con su mal comportamiento solo quiere verificar si alguien le quiere y le perdona por encima de todo o simplemente va a padecer un nuevo abandono. En ocasiones estos aspectos emocionales son involuntarios.</p>
--	--

Anexo 3. Datos del menor. *(Elaboración propia)*

DATOS DEL/A MENOR			
Sexo y nombre	<input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Niña	Edad de adopción	
Tipo de adopción *Especifique el país y ciudad.	<input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Internacional	Edad actual	

Anexo 4. Composición del grupo familiar. *(Elaboración propia)*

COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR			
Nombre	Edad	Profesión	Estudios
Padre:			
Madre:			
Hijo/a:			
Hijo/a			
Hijo/a			
Hijo/a			
Hijo/a			
Otras personas que vivan habitualmente en casa:			
Observaciones:			

Anexo 5. Evaluación de factores externos del menor, de carácter biológico y psicológico.

Evaluación de factores internos del menor
CARÁCTER BIOLÓGICO
<i>Antecedentes familia biológica</i>
<p>1. Conocimiento de enfermedades mentales, crónicas o congénitas de la familia biológica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, indique/detalle qué tipo de enfermedad:</p>

<p>2. Tipo de dieta de la madre biológica durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Dieta equilibrada<input type="radio"/> Dieta desequilibrada<input type="radio"/> Desconocido
<p>3. Consumo de tóxicos de la madre biológica durante el embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
<p>4. Embarazo controlado</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
<p>5. Dificultades durante el embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
<p>6. Dificultades perinatales</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, describa brevemente:</p>
<p>7. Infecciones víricas durante el embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>8. Enfermedad mental de los padres o cuidadores biológicos</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido

<p>9. Conocimiento de maltrato y abuso en el ambiente familiar biológico</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
<p><i>Antecedentes del menor</i></p>
<p>1. Seguimiento médico del parto (atención y cuidados del bebé en el momento del parto y postparto)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
<p>2. Tipo de nacimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> A término (39-40 semanas)<input type="radio"/> Prematuro (antes de completar 37 semanas)<input type="radio"/> Desconocido
<p>3. Crecimiento intrauterino óptimo.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
<p>4. Posición intrauterina óptima.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
<p>5. Padece enfermedades infecciosas.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
<p>6. Presencia de algún tipo de discapacidad.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>

<p>7. Infecciones víricas</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>8. Otras enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>9. Padece discapacidad física: Deterioro o alteración funcional de una o más partes del cuerpo, provocando inmovilidad o disminución de la misma.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>10. Problemas ortopédicos (anomalías en las manos, en las piernas, en los pies o dificultades para andar)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>11. Problemas cardiacos (murmullo cardiaco, defecto que requiere cirugía)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido <p>En caso de ser afirmativo, especifíquelo:</p>
<p>12. Trastornos del habla:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Disglosias: trastorno de la articulación por alteración orgánica de los órganos

periféricos del habla (labios, dientes, lengua, nariz, paladar, maxilar).

- Disartrias: dificultades para la articulación y la expresión oral que afectan al tono y movimientos de los músculos de la articulación, debidas a lesiones del sistema nervioso central.
- Disfemia o tartamudez: Desorden en la fluidez verbal ocasionado por la incoordinación de los mecanismos del habla (fonación, articulación, respiración) con frecuencia acompañadas de respuestas fisiológicas como alta tensión muscular, ansiedad...
- Disfonía: Alteración de la voz (generalmente pérdida del timbre normal de la voz) debido a un trastorno orgánico en la cuerda vocal (Ej: voz ronca)
- Rinofonía: Voz con resonancia nasal ya sea por escape de aire nasal durante la emisión de fonemas (abierta) o por obstrucción nasal (cerrada).
- Desconocido
- No padece ninguna dificultad aparentemente

13. Trastornos del lenguaje:

- Afasia: Pérdida del lenguaje oral ya adquirido por lesiones del sistema nervioso central en áreas cerebrales encargadas del procesamiento y producción del lenguaje.
- No padece ninguna dificultad aparentemente

14. Padece discapacidad sensorial: discapacidad auditiva

- Sí
- No
- Desconocido

En caso de ser afirmativo, descríballo:

15. Padece discapacidad sensorial: discapacidad visual

- Sí
- No
- Desconocido

En caso de ser afirmativo, descríballo:

CARÁCTER PSICOLÓGICO

<i>En cuanto a la familia adoptante</i>						
1. Aceptan la historia previa de su hijo (el trauma que haya podido experimentar y su consiguiente duelo y posibles afectaciones en el futuro)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
2. Aceptan las características físicas y psíquicas que presenta el menor	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
3. Crean un ambiente socioemocional sano para la creación de un vínculo/apego seguro	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
4. Resiliencia parental (afroitan como pareja y familia todas las circunstancias vitales con las que viene el niño).	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
<i>En cuanto al menor</i>						
1. Problemas adaptativos a la familia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En proceso					
2. Facilidad adaptativa frente a nuevas situaciones	<p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
3. Ante situaciones nuevas o desconocidas para el menor, sus comportamientos no son acordes a lo esperado y/o no son socialmente esperado.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					

<p><input type="radio"/> A veces</p> <p>Observaciones/aclaraciones:</p>
<p>4. Si en el país de origen el menor estuvo escolarizado, ¿se conoce si tuvo dificultades en el desarrollo académico que empezó?</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Desconocido</p>
<p>5. Sufrimiento de acontecimientos vitales estresantes previos a la adopción.</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Desconocido</p>
<p>6. Actitud evasiva ante los problemas que le acontece.</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>
<p>7. Retraimiento social (asociable, se separa de los grupos sociales).</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>
<p>8. Terrores nocturnos.</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p> <p>Observaciones/aclaraciones: <i>Con 2 años tenía pesadillas y se iba a dormir con nosotros o Tobías.</i></p>
<p>9. Miedos infundados.</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p> <p>Observaciones/aclaraciones:</p>
<p>10. Enuresis (micción involuntaria):</p>

- Nocturna
- Diurna
- No tiene

Observaciones/aclaraciones:

11. Autoestima y autoconcepto desorganizado y/o dañado (no se mira al espejo, no le gusta hacerse fotos, se frustra fácilmente si algo no le sale bien o no lo consigue, no pide ayuda, hace comentarios negativos sobre su persona, etc.)

- Sí
- No
- En duda

Observaciones/aclaraciones:

12. Se muestra agresivo frente a la autoridad:

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Asimila y entiende las normas sociales:

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Se muestra seguro y confiando a la hora de actuar y tomar decisiones:

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Escucha activa de las personas que le rodean

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Controla sus emociones en las diversas situaciones que se le presentan:

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Capacidad de comunicarse con las personas que le rodean (adultos e iguales):

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Posee habilidades sociales que le permiten integrarse de manera positiva en grupos sociales acordes a su edad.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Capacidad de resolución de conflictos:

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Muestra interés por aprender

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Ejercita su memoria y retiene información que se le explica:

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Es creativo/a

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Juega simbólicamente (como si durmiera, si comiera, representando situaciones sociales de la vida diaria o fantásticas)

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Sabe buscar ayuda en momentos necesarios.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Posee y desarrolla herramientas para adaptarse ante nuevas situaciones.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. Es responsable.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. Se siente seguro con al menos uno de los progenitores.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. Acepta las muestras de afectos de los padres.

- Si
- No
- A veces

Observaciones/aclaraciones:

29. Ofrece muestras de cariño a los padres

- Si
- No
- A veces

Observaciones/aclaraciones:

30. Siente más seguridad en presencia de los padres (si está en el parque jugando con otros niños, los busca con la mirada y luego sigue jugando; en una tarde de piscina, el niño demanda la atención de las figuras familiares)

- Si
- No
- A veces

32. ¿Está interesado en sus orígenes? Haciendo preguntas sobre: sus cuidadores, cómo era el lugar en el que se crió, por qué le abandonaron, etc.

- Si
- No
- A veces
- Observaciones/aclaraciones: *Es muy pequeño todavía.*

33. El menor se frustra fácilmente

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Observaciones:

Anexo 6. Evaluación de factores externos del menor, de carácter social y escolar.
(Elaboración propia).

Evaluación de factores externos del menor
CARÁCTER SOCIAL
1. País y cultura de la que proviene el menor. Explica brevemente:
2. Atención óptima del orfanato a los menores. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces Observaciones:
3. Condiciones sanitarias óptimas en la actualidad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
4. Estabilidad familiar. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
5. Su hijo tiene establecido un esquema mental de la composición familiar nuclear: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En proceso
6. Los padres son capaces de calmar y relajar a su hijo cuando se altera <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

<p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>7. Los padres fomentan los puntos fuertes del menor</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>8. Los padres trabajan las dificultades que tiene el menor, reconociendo sus esfuerzos.</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>9. La familia fomenta su seguridad y autoestima, aceptando a su hijo/a tal y como es.</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>10. El menor mantiene con facilidad la comunicación activa con su madre</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>11. El menor mantiene con facilidad la comunicación activa con su padre</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>12. Presencia de enfermedades mentales de los padres o cuidadores:</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>					
<p>13. Ambiente seguro en la familia extensa:</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> A veces</p>					
<p>14. En caso de tener hermanos, juegan juntos</p>					

<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> A veces					
15. Los hermanos acogen a su nuevo hermano <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> A veces					
16. Los hermanos procuran que esté bien atendido <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> A veces					
17. Presencia de rivalidad entre hermanos <i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
18. El menor se siente respetado y aceptado por su familia: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> A veces					
19. El menor es capaz de compartir sus juguetes con sus hermanos <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> A veces					
20. El círculo social cercano de la familia contribuye a la adaptación del menor: <i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
21. El menor interactúa con el círculo social de la familia <i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i>					

<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>22. El menor establece vínculos seguros con los integrantes del círculo social de la familia.</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <p style="text-align: center;"><table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table></p>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>23. Establecimiento de relaciones positivas con el círculo social cercano a la familia.</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <p style="text-align: center;"><table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table></p>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>24. Presencia de maltrato y abuso físico o verbal familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No					
<p>25. Castigos oportunos</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No (excesivos)<input type="radio"/> A veces					
<p>26. Circunstancias especiales actuales (separaciones, divorcio, pérdida, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No					
<p>27. Si menciona su vida pasada, lo hace:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Con tristeza<input type="radio"/> Con alegría<input type="radio"/> Con miedo<input type="radio"/> Con naturalidad<input type="radio"/> Con rabia<input type="radio"/> Con desprecio<input type="radio"/> Con orgullo<input type="radio"/> No lo recuerda debido a poca edad					

Observaciones/aclaraciones:					
28. Aceptación de la violencia como una forma de resolución de conflictos. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
29. El orfanato fue negligente en el cuidado de los niños. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido					
30. Capacidad de la internalización de las normas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces					
31. Aceptación de la violencia como una forma de resolución de conflictos. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
32. Acepta los límites de la dinámica familia (se va a una hora prudente a dormir, se come la comida que se le da, se lava los dientes después de la comida, etc. Depende de cada familia). <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces Observaciones/aclaraciones:					
33. Es capaz de establecer lazos afectivos (capaz de establecer lazos afectivos con otras personas). <i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
34. Es empático.					

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

35. Colabora con los demás.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

36. Se expresa y practica la escucha activa.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

37. Comprende las situaciones en las que se encuentra o las intuye.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

38. Se muestra solidario con otras personas y sus necesidades.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

39. Procura resolver problemas que se le plantean mediante la comunicación.

Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.

<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>40. Asume y reconoce sus errores</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>41. El menor es capaz de pedir perdón a sus iguales</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>42. Uso de la violencia para conseguir un objetivo</p> <p><i>Rodee el número teniendo tomando el 1 con el valor mínimo y el 5 como máximo.</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
<p>43. Habilidades paternales generales (vínculo, estimulación, afecto...)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> En proceso					
<p>44. Buena comunicación y clima familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> En proceso					
<p>45. Estilo educativo de los padres</p>					

<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Permisivo (sin horarios ni rutinas, baja exigencia y supervisión, falta de autoridad, Etc.).<input type="radio"/> Negligente (desatención a los hijos, falta de apoyo, relación fría).<input type="radio"/> Autoritario (Mucha exigencia, no brinda apoyo emocional, normas rígidas).<input type="radio"/> Asertivo (expresa afecto, usa el refuerzo positivo y brinda apoyo y ayuda, exige en medida adecuada, etc.).
46. Los padres permiten y respetan los errores del menor, explicando pacientemente y sin violencia lo correcto. <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Si<input type="radio"/> No<input type="radio"/> A veces
CARÁCTER ESCOLAR
1. ¿Estaba escolarizado en el país de origen? <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Si<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
2. Lengua materna del menor
3. Absentismo <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Si<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
4. Influencia negativa de los compañeros <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Si<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Desconocido
5. Disfruta del ambiente académico <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Se desconoce
6. Influencia positiva de los compañeros sobre el menor

- Sí
- No
- Se desconoce

7. Atención a las necesidades curriculares del menor.

- Sí
- No
- Se desconoce