

Calidad de Vida y Salud Mental en Adultos Adoptados

Yolanda Sánchez-Sandoval^{a, b}, Natalia Jiménez-Luque^{a, b} y Sandra Melero^{a, b}

^aUniversidad de Cádiz, España; ^bInstituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INIBICA), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 3 de junio de 2020
Aceptado el 1 de junio de 2021
Online el 2 de julio de 2021

Palabras clave:
Calidad de vida
Adopción
Autoestima
Resiliencia
Psicopatología
Salud mental

Keywords:
Quality of life
Adoption
Self-esteem
Resilience
Psychopathology
Mental health

RESUMEN

Este trabajo analiza el ajuste psicológico y se comprueba un modelo teórico propuesto que relaciona la presencia de síntomas psicopatológicos con una peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de adultos adoptados. Participaron 177 adultos jóvenes adoptados (media 27.67 años). Se tomaron medidas de síntomas psicopatológicos (SCL-90), calidad de vida (SF-12), autoestima (RSES) y resiliencia (BRS). El modelo de mediación múltiple resultante indica que además de la relación directa entre psicopatología y CVRS, la resiliencia y la autoestima tienen un efecto amortiguador en esta relación. Como conclusiones, se evidencia el impacto de las dificultades en salud mental en la CVRS de personas adoptadas. La presencia de recursos psicológicos positivos, como resiliencia y autoestima, hace que dimensiones psicopatológicas como ansiedad, depresión, fobias o psicoticismo pierdan valor. Se sugiere incluir programas que potencien la resiliencia como estrategia para mejorar la salud y en los servicios de postadopción.

Quality of life and mental health in adopted adults

ABSTRACT

This paper analyses psychological adjustment and checks a suggested theoretical model that relates the presence of psychopathological symptoms to a worse health-related quality of life (HRQOL) in adult adoptees. The sample consisted of 177 young adopted adults (mean age 27.67). Measures of psychopathological symptoms (SCL-90), quality of life (SF-12), self-esteem (RSES), and resilience (BRS) were taken. The multiple mediation model shows that, in addition to the direct association between psychopathological symptomatology and a poorer HRQOL, resilience, and self-esteem have a buffering effect on this relationship. As a conclusion, empirical evidence of the impact of mental health difficulties on the HRQOL of adopted people is shown. The presence of positive psychological resources, such as resilience and self-esteem, causes psychopathological dimensions, such as anxiety, depression, phobias, or psychoticism to decrease. This paper supports the inclusion of resilience-building programs as a health promotion strategy, especially in the case of psychopathology, and among post-adoption services.

Este trabajo pretende aportar evidencia empírica al estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de personas adultas adoptadas. Las personas adoptadas tienen cierto riesgo de manifestar dificultades en su ajuste psicológico y salud mental (Barroso et al., 2017; Melero y Sánchez-Sandoval, 2017). Sin embargo, lejos de poder generalizar, el grupo de jóvenes adultos adoptados es un grupo heterogéneo. Estudios recientes indican que dos terceras partes se encuentran en el rango normal respecto a la presencia de sintomatología psicopatológica, encontrándose en el rango clínico en torno a un 10% (Sánchez-Sandoval y Melero, 2019). El ajuste psicológico de las personas adoptadas se ha estudiado sobre todo cuando eran niños y adolescentes, disponiendo de menos información sobre esta dimensión una vez que son jóvenes adultos. Entre los factores que predicen la variabilidad en el ajuste psicológico de las personas adoptadas

destaca una mayor adversidad previa a la adopción (Balenzano et al., 2018; Jones et al., 2018; Merrick et al., 2017). Estudios longitudinales muestran que las personas adoptadas expuestas a experiencias más adversas durante la niñez presentan problemas de ajuste psicológico cuando son adultos (van der Vegt et al., 2009), así como un menor bienestar psicológico y social (Mosley-Johnson et al., 2019). También van identificándose algunos factores protectores de su bienestar y ajuste psicológico durante la edad adulta, como haber contado con fuentes de apoyo saludables tras la adopción (Paniagua et al., 2019; Sánchez-Sandoval, Melero, et al., 2020).

Mientras que hay cierta tendencia a tratar de identificar dificultades en el ajuste de estas personas, apenas hay estudios centrados en el estudio de la CVRS de personas adultas que fueron adoptadas cuando niños (salvo excepciones, como Oke et al., 2015). En

Para citar este artículo: Sánchez-Sandoval, Y., Jiménez-Luque, N. y Melero, S. (2021). Calidad de vida y salud mental en adultos adoptados. *Clínica y Salud*, 32(3), 139-146. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a20>

Financiación. Este proyecto ha sido financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad. PSI2014-52336-R. Ajuste psicológico y tareas evolutivas de los jóvenes adultos adoptados: un estudio longitudinal de 20 años con claves para la intervención. Correspondencia: yolanda.sanchez@uca.es (Y. Sánchez-Sandoval).

ISSN: 1130-5274/© 2021 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

este trabajo se analiza cómo repercute la presencia de sintomatología psicopatológica en la CVRS de jóvenes adultos adoptados, así como el papel protector de algunas variables personales.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que se ve afectada por numerosas variables, entre ellas la salud física, el estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales y su relación con las características significativas del entorno (World Health Organization 1999). En cuanto a estos factores que inciden en la CVRS, la investigación reciente ha ido acumulando clara evidencia sobre el impacto negativo de la presencia de enfermedades crónicas en la CVRS (Sánchez-Sandoval et al., 2019), como diabetes (Khunkaew et al., 2019) o enfermedades pulmonares (Mewes et al., 2016). Con menor frecuencia se ha analizado de manera aislada el papel de síntomas psicopatológicos sobre la CVRS. Algunos trabajos indican que la presencia de síntomas psicopatológicos predice una menor CVRS, tanto en su componente físico como mental. Se ha analizado en casos de ansiedad y depresión (Lim y Lee, 2018; Meijer et al., 2009), así como con esquizofrenia y trastorno bipolar (Hofer et al. 2017; Lim y Lee 2018). Sin embargo, en la mayoría de trabajos la relación de la CVRS con la presencia de síntomas psicopatológicos se ha estudiado en personas que también presentaban algún tipo de enfermedad física, como SIDA (Hidru et al., 2016), intolerancia ambiental idiopática (Kjellqvist et al., 2016), extrofia vesical o espispiadias (Taskinen et al., 2015).

Además de estudiar el impacto de las dificultades en salud mental sobre la calidad de vida, urge identificar algunas variables que pudieran mediar esta relación que orienten la intervención para la mejora de la calidad de vida en casos de psicopatología. En este trabajo profundizaremos en cómo dos características o recursos personales, como la resiliencia y la autoestima, pueden ser potenciales fuentes de mejora de la CVRS.

La resiliencia hace referencia a la capacidad de recuperarse de experiencias adversas, pero también a la capacidad de crecer o desarrollarse en contextos difíciles (Cabanyes-Truffino, 2010). Como se ha indicado anteriormente, las posibles dificultades en la salud mental de personas adoptadas son en parte explicadas por el grado de adversidad de sus experiencias tempranas. Como indican Luthar y Cicchetti (2000), sin intervención los jóvenes que enfrentan adversidades significativas tienen mayor probabilidad de encontrar problemas a medida que avanzan en su desarrollo. Aunque no se haya estudiado lo suficiente la relación entre resiliencia y calidad de vida en personas adoptadas, sí hay algunos avances en otros colectivos. Algunos estudios muestran que esta variable predice una mayor calidad de vida (Hofer et al. 2017; Rainone et al. 2017). Otros trabajos analizan la resiliencia como variable mediadora que influye en CVRS. Así, Wu et al. (2018) encontraron que la resiliencia actuaba como variable mediadora entre el apoyo social y CVRS en una muestra de ancianos. También, Sánchez et al. (2019) identifican la resiliencia como un factor mediador entre discapacidad y calidad de vida. Por último, Rainone et al. (2017) en su estudio con pacientes de esclerosis múltiple muestran un papel moderador de la resiliencia en la relación entre los trastornos afectivos, como depresión y ansiedad, y la CVRS.

Por otro lado, alguna investigación ha mostrado el papel amortiguador de la autoestima en los síntomas negativos (Freire y Ferreira, 2018). La presencia de recursos positivos como la autoestima hace que pierdan valor algunas dimensiones psicológicas negativas, tales como la ansiedad, la depresión o el estrés. Algunos apuntan hacia la autoestima como una posible variable predictora de mejor CVRS (Freire y Ferreira, 2018; Jafflin et al., 2018; Young et al., 2017).

El presente estudio analiza la relación entre los síntomas psicopatológicos de personas adultas adoptadas y su percepción de la calidad de vida relacionada con la salud mental. El primer objetivo es analizar el ajuste psicológico de estas personas en comparación con los baremos nacionales. El segundo objetivo es analizar el modelo que se propone en la Figura 1, en el que hay un efecto directo de los síntomas psicopatológicos en la percepción de la calidad de vida relacionada

con la salud mental, estando esta relación mediada por los efectos de la resiliencia y la autoestima. Nuestras hipótesis son las siguientes: (1) el grupo de adoptados presentará más desajuste psicológico en la vida adulta que los no adoptados, (2) la presencia de sintomatología psicopatológica se relacionará de manera directa con un deterioro de la CVRS y (3) la resiliencia y la autoestima, aunque también se vean afectados por los efectos negativos de la sintomatología psicopatológica, ejercerán un efecto amortiguador sobre la CVRS.

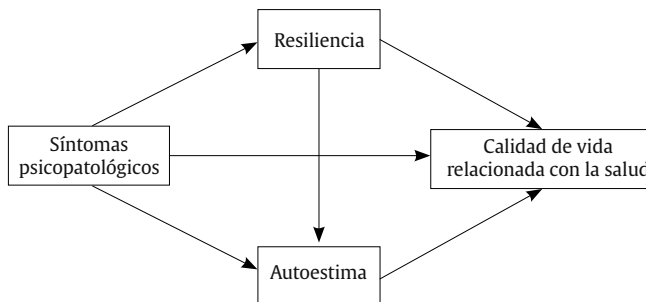


Figura 1. Modelo hipotético.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 177 adultos jóvenes adoptados nacionalmente (54.2% mujeres y 45.8% hombres). La media de edad fue de 27.67 años, con un rango de edad de 18-44 años ($DT = 5.39$). El 11.7% presenta discapacidad (15.8% discapacidad física, 21.1% discapacidad sensorial y el 63.2% discapacidad psíquica). En relación al número de enfermedades crónicas, el 19% no presenta ninguna, el 40.2% presenta una o dos y el 40.8% presenta tres o más. En el momento del estudio, el 37.3% estaba estudiando. Respecto al nivel educativo más alto alcanzado, el 8.5% había terminado estudios primarios, el 65.3% estudios secundarios y el 26.1% la universidad. Respecto a su situación laboral, el 49.7% de la muestra estaba trabajando. En relación a su situación personal y familiar, el 62.7% tenía pareja estable y el 24.9% tenían hijos. En cuanto a la edad de adopción, la media era de 2.26 años ($DT = 3.05$). El 48.3% habían sido adoptados antes de su primer año de vida, el 35.2% entre 1 y 5 años y el 16.5% después de los 6 años.

Instrumentos

Entrevista sobre trayectoria vital y adopción. Se diseñó una entrevista semiestructurada para obtener información acerca de las siguientes áreas de la vida de los participantes: trayectoria académica, profesional y física y mental, situación sentimental y familiar, experiencias relativas al proceso de adopción y preocupaciones sobre la adopción, sucesos vitales estresantes, trayectoria social y recursos personales.

Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Es una de las escalas más usadas para la medición de autoestima. Consta de diez ítems con una escala tipo Likert de 1-4, donde 1 = *muy de acuerdo*, 2 = *de acuerdo*, 3 = *en desacuerdo* y 4 = *totalmente en desacuerdo*. Cinco ítems se presentan con enunciados positivos y otros cinco con enunciados negativos, teniendo que calcular su puntuación inversa. La puntuación final de la escala es la suma de todos sus ítems, que oscila entre 10 y 40 puntos.

Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R (versión española de González de Rivera et al., 1989). Se utilizó para medir los síntomas psicopatológicos. El cuestionario tiene 90 ítems con una escala de puntuación de 0 a 4 (0 = *nada*, 1 = *muy poco*, 2 = *poco*, 3 = *bastante* y 4 = *mucho*). Presenta nueve dimensiones primarias (somatizaciones,

Tabla 1. Correlaciones entre las puntuaciones de las escalas

	Autoestima	Resiliencia	PCS	MCS	GSI	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
Resiliencia	.535**													
PCS	-.016	-.046												
MCS	.325**	.423**	-.029											
GSI	-.630**	-.497**	-.010	-.470**										
SOM	-.408**	-.302**	-.079	-.351**	.793**									
OBS	-.540**	-.409**	-.026	-.315**	.876**	.643**								
INT	-.621**	-.524**	.038	-.414**	.875**	.601**	.777**							
DEP	-.669**	-.507**	.071	-.509**	.912**	.655**	.744**	.796**						
ANS	-.528**	-.389**	.011	-.451**	.911**	.746**	.752**	.728**	.823**					
HOS	-.450**	-.363**	-.008	-.315**	.724**	.515**	.597**	.547**	.627**	.651**				
FOB	-.465**	-.413**	-.071	-.423**	.777**	.670**	.608**	.636**	.639**	.725**	.519**			
PAR	-.477**	-.405**	-.036	-.355**	.791**	.516**	.729**	.747**	.731**	.644**	.572**	.481**		
PSIC	-.564**	-.445**	-.044	-.407**	.879**	.607**	.761**	.785**	.768**	.779**	.604**	.721**	.675**	
Media	32.68	3.41	53.46	47.94	.82	.69	1.06	.85	.97	.80	.71	.43	1.05	.52
DT	4.92	.86	7.47	11.03	.65	.64	.81	.78	.84	.78	.77	.75	.83	.68

Nota. ANS = ansiedad; DEP = depresión; DT = desviación típica; FOB = ansiedad fóbica; GSI = índice de severidad global; HOS = hostilidad; INT = sensibilidad interpersonal; MCS = componente de salud mental; OBS = obsesiones y compulsiones; PAR = ideación paranoide; PCS = componente de salud física; PSIC = psicoticismo; SOM = somatización.

** $p < .01$.

obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices globales (índice global de severidad, índice positivo de malestar y total de síntomas positivos). Para este estudio se ha utilizado el índice global de severidad (GSI), referida a una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicopatológico global.

Escala Breve de Resiliencia (Smith et al., 2008). Consta de 9 ítems, con una escala Likert de 1 a 5 y una sola dimensión. La puntuación total de la escala es la media de sus ítems. Una puntuación media inferior a 3 se considera baja resiliencia y una puntuación por encima de 4 se considera elevada.

SF-12 (Ware et al., 1996). Se utilizó para medir la CVRS. Se ha utilizado la versión corta, que incluye 12 ítems. Esta escala incluye cuestiones relacionadas con la percepción de salud en dos escalas diferentes: componente de salud física (PCS por sus siglas en inglés) y componente de salud mental (MCS por sus siglas en inglés). Las puntuaciones del cuestionario se calculan mediante una media ponderada, con media de 50 y desviación estándar de 10. Una puntuación más alta en ambas subescalas indica mejor CVRS. Esta medida tiene un nivel aceptable de fiabilidad en los dos componentes, $\alpha = .71$ y $\alpha = .74$, para PCS y MCS respectivamente.

Procedimiento

Los participantes formaban parte de un estudio longitudinal sobre adopción que se había iniciado hace más de dos décadas, incluyendo en su inicio a todos los menores adoptados de la región en un determinado periodo de tiempo. A pesar de que ha habido mortandad experimental durante las etapas del estudio, no ha sido sistemática, como ha podido comprobarse en otros trabajos con esta misma muestra (Sánchez-Sandoval y Melero, 2019).

Con el consentimiento de la administración pública, se enviaron cartas informativas acerca de la investigación a todos los participantes. Seguidamente, un miembro del equipo de investigación realizó llamadas telefónicas explicando claramente los detalles sobre la participación. Si las personas aceptaban la participación se las citaba para realizar la entrevista y cumplimentar los cuestionarios en el lugar que ellos eligieran. En el caso de que no fuera posible una cita presencial, se concertaba un contacto por videoconferencia o teléfono. Todas las personas encargadas de realizar las entrevistas tenían la titulación de psicología y habían sido entrenadas específicamente para llevar a cabo esta evaluación. Antes de comenzar la entrevista,

cada participante firmó el consentimiento informado. El proyecto está aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Cádiz.

Análisis de Datos

Se codificaron y se analizaron los datos obtenidos con el programa estadístico SPSS versión 21. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de cada variable (media, desviación típica y porcentaje). En segundo lugar, se realizó un análisis de correlación lineal, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson para averiguar el grado de relación lineal existente entre las puntuaciones de las escalas. Por último, se analizó un modelo sobre los efectos directos e indirectos de los síntomas psicopatológicos en la calidad de vida relacionada con la salud mental. Además, se analizó el papel mediador de la resiliencia y la autoestima en esta relación. Para ello, se llevó a cabo un análisis de mediación múltiple mediante la macro PROCESS para SPSS desarrollada por Hayes (2018). El procedimiento de muestras de *bootstrapping* fue utilizado 10,000 veces para probar la significación del efecto indirecto, con un nivel de confianza del 95% (Hayes, 2018).

Resultados

Análisis Preliminares sobre Calidad de Vida y Salud Mental

La **Tabla 1** muestra las medias, desviaciones típicas y correlaciones de las puntuaciones de las variables utilizadas en el estudio. MCS presenta una correlación positiva y significativa con las variables de autoestima y resiliencia. Además, la resiliencia también correlaciona de forma positiva con la autoestima. Por otro lado, la variable de síntomas psicopatológicos (GSI) y todas sus subescalas (somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo) correlacionan de forma significativa y negativa con las variables de autoestima, resiliencia y MCS. Por último, la variable PCS no correlaciona con ninguna de las demás variables.

A continuación, en la **Tabla 2**, se muestra la puntuación media en MCS según la distribución de participantes en los rangos "normal", "en riesgo" y "clínico" en cada una de las subescalas de sintomatología psicopatológica. Asimismo, se muestran los resultados de la comparación de dichas puntuaciones entre sí. Los resultados muestran que los participantes que se encuentran en el rango normal, tanto en

la puntuación total como en las subescalas, presentan una calidad de vida superior y estadísticamente diferente a los del rango clínico y en ciertas subescalas también diferente a los del rango en riesgo. Los del rango clínico muestran una CVRS significativamente inferior.

La **Tabla 2** también muestra la distribución de participantes en los rangos normal, en riesgo y clínico en cada una de las subescalas de sintomatología psicopatológica. Se muestran, además, los resultados de la comparación de dichas distribuciones con lo esperado en población general (normal 85%, riesgo 13% y clínico 2%). Los resultados muestran que en todos los casos excepto en la subescala de somatización la muestra de este estudio se distribuye de forma diferente a la población general. El porcentaje de personas en el rango normal es inferior al esperado.

Tabla 2. Comparación de puntuaciones en MCS por rangos en cada síntoma del SCL-90-R y su distribución en rangos en comparación con población general

	Normal (1) (85%)	En riesgo (2) (13%)	Clínico (3) (2%)	$\chi^2(gf = 2)$	$F(gf = 2, 174)$
SOM	49.45 _(2,3) [79.7]	44.57 _(1,3) [18.1]	21.73 _(1,2) [2.2]	4.16 ns	16.60**
OBS	49.69 ₍₃₎ [63.3]	46.86 ₍₃₎ [28.8]	37.90 _(1,2) [7.9]	74.78**	8.03**
INT	50.19 ₍₃₎ [67.2]	48.05 ₍₃₎ [16.9]	38.27 _(1,2) [15.8]	177.70**	15.39**
DEP	50.09 ₍₃₎ [75.7]	45.89 ₍₃₎ [14.7]	34.09 _(1,2) [9.6]	53.36**	19.92**
ANS	50.79 _(2,3) [71.2]	43.54 _(1,3) [22.6]	31.36 _(1,2) [6.2]	32.24**	25.23**
HOS	49.23 ₍₃₎ [79.1]	45.68 ₍₃₎ [16.4]	33.50 _(1,2) [4.5]	7.90*	9.21**
FOB	49.38 ₍₃₎ [79.1]	48.76 ₍₃₎ [14.1]	29.48 _(1,2) [6.8]	21.12**	22.43**
PAR	49.42 ₍₃₎ [61.0]	49.49 ₍₃₎ [27.1]	36.75 _(1,2) [11.9]	125.23**	14.06**
PSIC	50.24 _(2,3) [70.6]	43.98 ₍₁₎ [15.8]	40.58 ₍₁₎ [13.6]	123.64**	10.98**
GSI	50.64 _(2,3) [67.2]	46.12 _(1,3) [22.6]	34.12 _(1,2) [10.2]	78.19**	22.71**

Nota. n = porcentaje de muestra en rango normal, en riesgo o clínico; _(n) = diferencia significativa según contraste *post hoc* Bonferroni; ANS = ansiedad; DEP = depresión; FOB = ansiedad fóbica; GSI = índice de severidad global; HOS = hostilidad; INT = sensibilidad interpersonal; ns = no significativo; OBS = obsesiones y compulsiones; PAR = ideación paranoide; PSIC = psicoticismo; PSDI = índice de distrés de síntomas positivos; PST = total síntomas positivos; SOM = somatización.
* $p < .05$, ** $p < .01$.

Por otro lado, se ha comparado la puntuación media en las variables autoestima, resiliencia y MCS en los grupos-rango obtenidos en el GSI. Los resultados de los análisis ANOVA muestran que las comparaciones son significativas en los tres casos (ver **Tabla 3**). Los contrastes *post hoc* (Bonferroni) muestran que los tres grupos son significativamente diferentes entre ellos en resiliencia y MCS. No obstante, en lo que respecta a la autoestima, las diferencias entre los rangos en riesgo y clínico no alcanzan la significación, aunque el rango normal sí que se diferencia significativamente del resto.

Tabla 3. ANOVA en autoestima, resiliencia y MCS según rangos GSI del SCL90

	Normal (1)	En riesgo (2)	Clínico (3)	$F(gf = 2, 174)$
Autoestima	34.52 _(2,3)	29.75 ₍₁₎	27.05 ₍₁₎	38.78**
Resiliencia	3.62 _(2,3)	3.16 _(1,3)	2.55 _(1,2)	16.83**
PCS	53.33	54.26	52.46	0.41 ns
MCS	50.64 _(2,3)	46.12 _(1,3)	34.12 _(1,2)	22.71**

Nota. _(n) = diferencia significativa según contraste *post hoc* Bonferroni; MCS = componente de salud mental; ns = no significativo; PCS = componente de salud física.
** $p < .01$.

Análisis de los Efectos Mediadores de Autoestima y Resiliencia

El modelo de mediación múltiple se presenta en la **Figura 2**. Los resultados muestran que existe una influencia significativa de los síntomas psicopatológicos y resiliencia ($a_1 = -0.66, p < .001$). Las puntuaciones en autoestima pueden ser explicadas tanto por los síntomas psicopatológicos ($a_2 = -3.70, p < .001$), como por la resiliencia ($d = 0.168, p < .001$). Además, los resultados muestran que los síntomas psicopatológicos ($c' = -8.44, p < .001$) y la autoestima ($b_2 = .51, p = .001$) ejercen una influencia estadísticamente significativa en la variable dependiente de nuestro modelo (MCS); sin embargo, este resultado no es significativo para la variable resiliencia ($b_1 = 1.43, p = .080$). Por último, respecto al efecto total del modelo, hay una influencia significativa de los síntomas psicopatológicos sobre MCS ($c = -11.85, p < .001$).

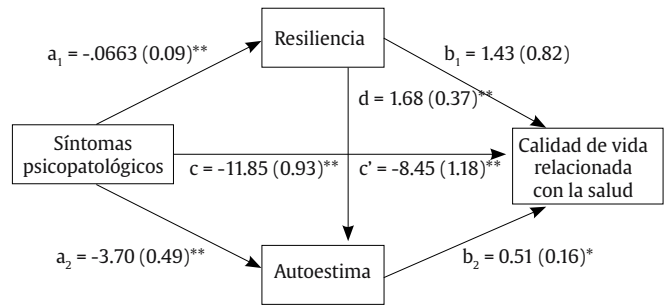


Figura 2. Efectos mediadores de la resiliencia y la autoestima en la relación entre los síntomas psicopatológicos y la calidad de vida relacionada con la salud mental (MCS). Los coeficientes presentados son no estandarizados; a_n es el efecto de los síntomas psicopatológicos en la resiliencia y en la autoestima; b_n es el efecto de las variables mediadoras (resiliencia y autoestima) en MCS; c' es el efecto directo de los síntomas psicopatológicos en MCS; c es el efecto total de los síntomas psicopatológicos en MCS; d es el efecto de la resiliencia sobre la autoestima.
* $p < .05$, ** $p < .01$.

En este modelo se establecen tres efectos indirectos que se consideran significativos cuando el intervalo de confianza de *bootstrapping* no incluye el cero. En el primer efecto indirecto no se explica la relación entre síntomas psicopatológicos y MCS a través de la resiliencia. Los resultados del segundo efecto indirecto son significativos, por lo que los síntomas psicopatológicos ejercen un efecto en el MCS a través de la variable autoestima. Por último, también resulta significativo el tercer efecto indirecto, en el que los síntomas psicopatológicos ejercen relación sobre MCS a través de los efectos indirectos de las dos variables mediadoras, resiliencia y autoestima (ver **Tabla 4**).

Como puede verse en la **Tabla 4**, este modelo establece dos efectos indirectos significativos, por lo que llevamos a cabo un análisis de contraste para determinar cuál de los dos efectos es superior en términos estadísticos. Los resultados indican que la influencia de los síntomas psicopatológicos sobre el MCS mediada por las variables resiliencia y autoestima (efecto indirecto 3) es estadísticamente superior que cuando se utiliza como único mediador la autoestima (efecto indirecto 2) ($B = -1.32, SE = 0.69, 95\% IC [-2.87, -0.18]$).

Discusión

Este trabajo trata de aportar evidencia empírica al estudio de la CVRS de adultos que fueron adoptados en su infancia. Su primer objetivo ha sido analizar el ajuste psicológico de un grupo de personas adultas adoptadas. En un esfuerzo por profundizar en el tema, con su segundo objetivo se trata de comprobar un modelo teórico propuesto que relaciona la presencia de síntomas psicopatológicos con la CVRS,

Tabla 4. Mediación del efecto de los síntomas psicopatológicos sobre MCS a través de resiliencia y autoestima

		B	DT	Bootstrapping IC 95%	
				LI	LS
Efectos Indirectos	Ind1: S. psicopatológicos → Resiliencia → MCS	-0.95	0.86	-2.43	0.27
	Ind2: S. psicopatológicos → Autoestima → MCS	-1.88	0.81	-3.52	-0.36
	Ind3: S. psicopatológicos → Resiliencia → Autoestima → MCS	-0.57	0.29	-1.23	-0.09
Contraste	C1: Ind1 – Ind2	0.93	1.27	-1.60	3.40
	C2: Ind1 – Ind3	-0.38	0.81	-2.06	1.20
	C3: Ind2 – Ind3	-1.32	0.70	-2.87	-0.18

Nota. C = contraste; DT = desviación típica; IC = intervalo de confianza; Ind = efecto indirecto; LI = límite inferior; LS = límite superior.

así como el posible efecto mediador de la resiliencia y la autoestima en esta relación.

Investigaciones previas apuntan a una mayor tendencia de las personas adoptadas a presentar problemas de salud mental en la edad adulta (Melero y Sánchez-Sandoval, 2017; Oke et al., 2015). Nuestros datos corroboran parcialmente esta primera hipótesis. Ciertamente es que en todas las dimensiones analizadas el porcentaje de población en el rango clínico supera al esperado, en comparación con población normativa. Sin embargo, nuestros datos también evidencian una gran heterogeneidad en el grupo, ya que aproximadamente las dos terceras partes de la muestra no presentan sintomatología psicopatológica. Los estudios que han analizado los predictores de tales diferencias apuntan a gran cantidad de variables, como la mayor adversidad de las experiencias tempranas o la edad de adopción, como factores de riesgo (Jones et al., 2018; Merrick et al., 2017) y a variables personales o a la calidad del contexto adoptivo (Balenzano et al., 2018; Melero y Sánchez-Sandoval, 2017) como factores protectores para la salud mental. Intentando explicar esta ausencia de dificultades psicopatológicas de gran parte de la muestra podemos decir que la adversidad temprana no ha sido la misma en todos los adoptados: muchos de los jóvenes de nuestro estudio fueron adoptados siendo bebés, habiendo sido expuestos de este modo a una menor adversidad. Por otro lado, si como indicaban Luthar y Cicchetti (2000) los jóvenes con experiencia de adversidad que no hayan recibido intervención se encuentran con dificultades a lo largo de su desarrollo, puede que este hecho puede no sea extensible a los adoptados, ya que la adopción de estos niños y niñas por parte de unas familias protectoras ha supuesto en sí misma la mayor intervención psicosocial que pueda haber en la vida de una persona en riesgo, compensando o aportando recursos a esta vulnerabilidad inicial. Por último, aunque este nuevo contexto protector, como es la familia adoptiva, monitorice las posibilidades de crear activos y recursos para el bienestar de estos niños, en algunos casos no ha sido suficiente como para impedir el desarrollo de dificultades en salud mental, dándose un porcentaje superior al esperado de psicopatología en el rango clínico.

En relación a nuestra segunda hipótesis, los resultados muestran una conexión significativa entre la presencia de sintomatología psicopatológica y una peor CVRS entre los participantes en este estudio. Esta relación es evidente con la calidad de vida relacionada con la salud mental, no así con la calidad de vida relacionada con la salud física. Los análisis preliminares informan que no sólo en la puntuación total, sino que en todas las dimensiones analizadas (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo), una mayor presencia de sintomatología psicopatológica se asocia a peor CVRS. Estos datos corroboran la hipótesis de partida y son consistentes con otros estudios en poblaciones no adoptivas (Hofer et al. 2017; Lim y Lee 2018).

Aunque otros trabajos han mostrado que la CVRS de las personas adoptadas no difiere de la de las no adoptadas (Sánchez-Sandoval et al., 2019), los datos de este artículo indican que esta calidad de vida sí

se ve perjudicada en caso de psicopatología. Este trabajo ha tratado de identificar factores sobre los que se pueda intervenir de manera que se reduzca este efecto directo y negativo de la psicopatología sobre la CVRS. El modelo resultante muestra que el efecto indirecto de la resiliencia y de la autoestima era significativo en la relación entre estas dos variables. Estilos más resilientes y niveles de autoestima más positivos amortiguan el impacto negativo de los síntomas psicopatológicos, corroborándose de esta forma la tercera hipótesis.

Confirmando los resultados de otros trabajos (p. ej., Freire y Ferreira, 2018; Rainone et al., 2017), la presencia de recursos psicológicos positivos, como la resiliencia y la autoestima, hace que las dimensiones psicopatológicas, y por ende negativas como ansiedad, depresión, fobias, psicoticismo, pierdan valor. Como indica Cabanyes-Truffino (2010), la resiliencia no es equivalente a salud mental, no exime de la necesidad de recibir apoyo terapéutico; sin embargo, como nuestros datos indican, la capacidad resiliente ayuda a percibir un mayor bienestar y calidad de vida a pesar de la psicopatología. Un componente central en la vida de los niños resilientes es tener sentimientos de confianza en que las cosas saldrán bien (Werner, 1984).

Los resultados de este trabajo pueden tener algunas implicaciones prácticas. El papel amortiguador de la resiliencia y la autoestima sugiere que la intervención psicoterapéutica podría realizarse potenciando recursos psicológicos positivos como éstos. Esta relación entre resiliencia y CVRS hace que una intervención centrada en la mejora de la resiliencia ayude a incentivar una mejora en la calidad de vida del individuo (Hofer et al. 2017). Esta hipótesis, también sugerida por Freire y Ferreira (2018) respecto a autoestima y población adolescente, podría ser evaluada en futuros trabajos con adultos adoptados y no adoptados, en el marco del bienestar, la salud y el funcionamiento psicológico óptimo.

Este trabajo es partidario de la inclusión de programas de fomento de la resiliencia como estrategia de promoción de la salud, especialmente en caso de psicopatología. Una revisión sistemática y meta-análisis sobre la eficacia de programas en entrenamiento de la resiliencia (Leppin et al., 2014) demuestra que estos programas tienen efectos significativos en la mejora de la resiliencia, calidad de vida y bienestar y en otras variables de salud mental como ansiedad, depresión y estrés. Una de las principales demandas de las personas adultas adoptadas a los servicios postadopción se refiere precisamente a dificultades relacionadas con su salud mental (Sánchez-Sandoval, Jiménez-Luque et al., 2020); incorporar este tipo de programa entre los recursos ofrecidos a estas personas mejorará la atención ofrecida.

Por último, contemplando los resultados de este estudio desde la psicopatología del desarrollo, más centrada en los procesos evolutivos que llevan a la inadaptación, subrayamos la importancia de intervenciones preventivas desde la infancia, especialmente en la infancia en riesgo. Las intervenciones basadas en la resiliencia impulsan un trabajo en los planos individual (desarrollar activos internos como las habilidades sociales, la autoeficacia, las habilidades académicas y participación comunitaria; Fergus y Zimmerman, 2005), familiar (apego positivo entre padres e hijos, cohesión y cuidado dentro de la

familia, relación estrecha con un adulto) y social (apoyo de compañeros y profesores, oportunidades de éxito, rendimiento académico; Zolkoski y Bullock, 2012). Trabajos longitudinales permitirán conocer la eficacia de estas intervenciones en la infancia sobre la salud mental y la calidad de vida adultas en poblaciones vulnerables.

Este trabajo presenta algunas limitaciones. Hubiera sido deseable contar con un mayor tamaño de la muestra. El acceso a los participantes ha sido difícil debido a su amplia dispersión geográfica y a la falta de información para localizarlos. Sería recomendable contar con una muestra más amplia para futuras investigaciones y con un grupo de comparación de personas no adoptadas. Por último, se han utilizado medidas de autoinforme, por lo que sería interesante poder contrastar la información con la aportada por otros informantes.

A pesar de estas limitaciones, este es un trabajo innovador, orientado a la prevención de las dificultades que las personas que fueron adoptadas en su infancia puedan tener en etapas posteriores de su vida. No solo se centra en la posible presencia de psicopatología, sino que tiene en cuenta fortalezas personales que favorezcan un buen ajuste y calidad de vida. Se aportan algunas contribuciones para la prevención e intervención en CVRS. Tanto los síntomas psicopatológicos como variables psicológicas positivas, autoestima y resiliencia deben ser evaluadas, pero también seleccionadas como objetivo de intervención para conseguir una mejor percepción en estas personas acerca de su calidad de vida y bienestar.

Extended Summary

This paper aims to provide evidence about the study of health-related quality of life (HRQOL) in adult adoptees. Adopted people are at certain risk to show psychological adjustment and mental health difficulties (Barroso et al., 2017; Melero & Sánchez-Sandoval, 2017). However, far from being able to generalize, young adult adoptees are a heterogeneous group. Recent studies show that two out of three are at normal range concerning the presence of psychopathological symptoms and around 10% are at clinical range (Sánchez-Sandoval & Melero, 2018). Although there is a trend about trying to identify adjustment difficulties among these people, there is little evidence focused on the study of HRQOL in adults who were adopted during their childhood (except studies such as Oke et al., 2015).

Quality of life is a multidimensional concept, which is also affected by a wide range of variables, including physical health, psychological conditions, personal beliefs, social relationships, and the relationship to significant environmental characteristics (World Health Organization 1999). In relation to influencing factors, previous research evidenced the impact of chronic medical conditions on HRQOL (Khunkaew et al., 2018; Mewes et al., 2016; Sánchez-Sandoval et al., 2019). The role of psychopathological symptoms in relation to HRQOL has been less studied. Some studies showed that the presence of psychopathological symptoms predicts a lower HRQOL, both in its physical and mental components.

This study analyzes the relationship between adult adoptees' psychopathological symptoms and their perceived mental related HRQOL. The first aim is to analyze the psychological adjustment of a group of adult adoptees. The second aim is to test the proposed model (Figure 1). Our hypotheses are three: (1) adoptees will show worse adjustment in adulthood in comparison to non-adoptees, (2) the presence of psychopathological symptoms will be directly related to an HRQOL impairment, and (3) though resilience and self-esteem, also receive negative effects of psychopathological symptoms, they will offer a buffering effect on HRQOL.

Method

The sample consisted of 177 young adults domestic adoptees. Mean age was 27.76 years, and mean age at adoption was 2.26 years.

The measures were an interview about adoption and life trajectories, the Rosenberg self-esteem scale (Rosenberg, 1965), the Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) (Spanish version by González de Rivera et al., 1989), the Brief Resilience Scale (Smith et al., 2008), and the SF-12 (Ware et al., 1996).

This project has the approval of the bioethics committee of the University of Cádiz, and has the public administration in charge and participants' permission. Participants were face to face interviewed in their homes.

Results

Preliminary analyses about quality of life and mental health.

The Mental Component Score (MCS) shows a positive significant correlation with self-esteem and resilience (Table 1). Resilience also correlates positively with self-esteem. Psychopathological symptoms (GSI) and all its subscales (somatization, obsession, and compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism) have a significant and negative correlation with self-esteem, resilience and MCS. The Physical Component Score (PCS) has no significant correlations.

Table 2 show mean scores on MCS according to participants' distribution in "normal", "at risk", and "clinical" ranges on each symptom subscale. Participants in normal range, both in the global score and subscales, show a higher quality of life and statistically different from the clinical range and the at risk range in some subscales. Participants at clinical range show a significantly lower HRQOL.

Table 2 also shows the distribution of participants in normal, at risk, and clinical ranges in the subscales of psychopathological symptoms. In addition, there is also a comparison of distributions to what is expected in general population (85% normal, 13% at risk, and 2% clinical). In all cases, except for the somatization subscale, the percentage of people in normal range is lower than in the general population.

We also compared mean scores in self-esteem, resilience, and MCS between the range-groups in GSI (Table 3). ANOVA results indicate significant differences in all cases.

Mediation effects of self-esteem and resilience. Figure 2 represents the multiple mediation model. Psychopathological symptoms have a significant influence on resilience ($a_1 = -0.66, p < .001$). Self-esteem scores might be explained by psychopathological symptoms ($a_2 = -3.70, p < .001$), and resilience ($d = 0.168, p < .001$). Furthermore, findings show that psychopathological symptoms ($c' = -8.44, p < .001$) and self-esteem ($b_2 = 0.51, p = .001$) significantly influence the dependent variable in the model (MCS). However, this result is not significant for resilience ($b_1 = 1.43, p = .080$). Finally, considering the total effect of the model, there is a significant influence of psychopathological symptoms on MCS ($c = -11.85, p < .001$).

The model establishes three indirect effects, considered significant when the confidence interval does not include zero. The first indirect effect does not explain the relationship between psychopathological symptoms through resilience. Findings from the second indirect effect are significant, so psychopathological symptoms have an influence on MCS through self-esteem. Finally, the third indirect effect is also significant and shows a relationship between psychopathological symptoms and MCS through the indirect effects of two mediating variables: resilience and self-esteem (see Table 4).

As shown in Table 4, two of the indirect effects are significant, so we performed a contrast analysis to determine which one is more statistically powerful. Findings show that the influence of psychopathological symptoms on MCS mediated by resilience and self-esteem (indirect effect number 3) is statically more powerful than when self-esteem is considered as the sole mediator (indirect effect number 2) ($B = -1.32, SE = 0.69, 95\% \text{ IC } [-2.87, -18]$).

Discussion

The aims of this work were to study psychological adjustment in young adult domestic adoptees, and to test a theoretical model that relates the presence of psychopathological symptoms to HRQOL, and the possible mediating effect of resilience and self-esteem in that relationship.

Previous research points out a trend in adopted people to have higher mental health difficulties (Melero y Sánchez-Sandoval, 2017; Oke et al., 2015). Our data partially corroborate this first hypothesis, since approximately two thirds of the sample does not show psychopathological symptoms. Among the reasons why the group is heterogeneous are early adversity or age at adoption as risk factors (Jones et al., 2018; Merrick et al., 2017), and personal variables or the quality of the adoptive context (Balenzano et al., 2018; Melero y Sánchez-Sandoval, 2017) as protective factors for mental health.

In relation to our second hypothesis, findings also show a significant connection between the presence of psychopathological symptoms and a lower mental-health-related quality of life. There is an association between psychopathological symptoms, both in the global score and the analyzed dimensions (somatization, obsession, and compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism), and a worse HRQOL. These data corroborate the initial hypothesis and are consistent with other studies in non-adoptive populations (Hofer et al. 2017; Lim y Lee 2018).

Although other studies have shown that adoptees are not different from non-adoptees in terms of HRQOL (Sánchez-Sandoval et al., 2019), findings from this research indicate that psychopathology damages quality of life. The aim of this research was to identify factors in which an intervention might reduce direct and negative effects of psychopathology on HRQOL. The final model shows that the indirect effect of resilience and self-esteem is significant in the relationship between those variables. More resilient styles and higher self-esteem levels buffer the negative impact of psychopathological symptoms, confirming our third hypothesis.

Confirming previous results, the presence of positive psychological resources, such as resilience and self-esteem, reduces the value of psychopathological and negative dimensions like anxiety, depression, phobias, or psychoticism. According to Cabanyes-Truffino (2010), resilience is not an equivalent of mental health as it does not exclude the need for therapeutical support. However, as our data show, the resilience capacity helps to perceive a higher well-being and quality of life despite psychopathology.

This buffering role of resilience and self-esteem suggests that psycho-therapeutical intervention should promote positive psychological resources like these. An intervention focused on the improvement of resilience might promote an improvement on an individual's quality of life (Hofer et al. 2017). This hypothesis, also suggested by Freire and Ferreira (2018) concerning self-esteem in adolescent population, may be assessed in future studies with adult adoptees and non-adoptees promoting a well-being, health and, optimal psychological functioning frame.

This research supports the inclusion of resilience promotion programs as a strategy to improve health, especially concerning psychopathology. One of the main adult adoptees' demands to post-adoption services is related to mental health issues (Sánchez-Sandoval et al., 2019), so the addition of this type of programs among the offered resources will improve the attention they receive.

This study has some limitations, such as sample size or the use of self-reported measures as the only way to gather information.

Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Balenzano, C., Coppola, G., Cassibba, R. y Moro, G. (2018). Pre-adoption adversities and adoptees' outcomes: The protective role of post-adoption variables in an Italian experience of domestic open adoption. *Children and Youth Services Review*, 85, 307-318. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.01.012>
- Barroso, R., Barbosa-Ducharne, M., Coelho, V., Costa, I. S. y Silva, A. (2017). Psychological adjustment in intercountry and domestic adopted adolescents: A systematic review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34(5), 399-418. <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0485-x>
- Cabanyes-Truffino, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003>
- Fergus, S. y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Freire, T. y Ferreira, G. (2018). Health-related quality of life of adolescents: Relations with positive and negative psychological dimensions. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 11-24. <https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1262268>
- González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., De las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A. L. (1989). *The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Clinical Psychometric Research.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach*. Guilford Press.
- Hidru, T. H., Wang, F., Lolokote, S., Jia, Y., Chen, M., Tong, W. y Li, X. F. (2016). Associated factors of self-reported psychopathology and health related quality of life among men who have sex with men (MSM) with HIV/AIDS in Dalian, China: A pilot study. *Infectious Diseases of Poverty*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40249-016-0204-z>
- Hofer, A., Mizuno, Y., Wartelsteiner, F., Wolfgang Fleischhacker, W., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Mimura, M., Pardeller, S., Sondermann, C., Suzuki, T., Welte, A. y Uchida, H. (2017). Quality of life in schizophrenia and bipolar disorder: The impact of symptomatic remission and resilience. *European Psychiatry*, 46, 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.08.005>
- Jafflin, K., Pfeiffer, C. y Bergman, M. M. (2018). Effects of self-esteem and stress on self-assessed health: A Swiss study from adolescence to early adulthood. *Quality of Life Research*, 28(4), 915-924. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2059-1>
- Jones, T. M., Nurius, P., Song, C. y Fleming, C. M. (2018). Modeling life course pathways from adverse childhood experiences to adult mental health. *Child Abuse and Neglect*, 80, 32-40. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.005>
- Khunkaew, S., Fernandez, R. y Sim, J. (2019). Health-related quality of life among adults living with diabetic foot ulcers: A meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28(6), 1413-1427. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2082-2>
- Kjellqvist, A., Palmquist, E. y Nordin, S. (2016). Psychological symptoms and health-related quality of life in idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields. *Journal of Psychosomatic Research*, 84, 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.03.006>
- Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Duloherly, M. M., Sood, A., Erwin, P. J., Brito, J. P., Boehmer, K. R. y Montori, V. M. (2014). The efficacy of resiliency training programs: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS ONE*, 9(10), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111420>
- Lim, M. W. Z. y Lee, J. (2018). Determinants of health-related quality of life in schizophrenia: Beyond the medical model. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 712. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00712>
- Luthar, S. S. y Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>
- Meijer, C. J., Koeter, M. W. J., Sprangers, M. A. G. y Schene, A. H. (2009). Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(5), 361-368. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0448-4>
- Melero, S. y Sánchez-Sandoval, Y. (2017). Mental health and psychological adjustment in adults who were adopted during their childhood: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 77, 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.05.006>
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T. y Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse and Neglect*, 69, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Mewes, R., Rief, W., Kenn, K., Ried, J. y Stenzel, N. (2016). Psychological predictors for health-related quality of life and disability in persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Psychology y Health*, 31(4), 470-486. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1111369>
- Mosley-Johnson, E., Garacci, E., Wagner, N., Mendez, C., Williams, J. S. y Egede, L. E. (2019). Assessing the relationship between adverse childhood experiences and life satisfaction, psychological well-being,

- and social well-being: United States longitudinal cohort 1995-2014. *Quality of Life Research*, 28(4), 907-914. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2054-6>
- Oke, M., Groza, V., Park, H., Kalyanvala, R. y Shetty, M. (2015). The perceptions of young adult adoptees in India on their emotional well-being. *Adoption and Fostering*, 39(4), 343-355. <https://doi.org/10.1177/0308575915611776>
- Paniagua, C., Moreno, C., Rivera, F. y Ramos, P. (2019). The sources of support and their relation on the global health of adopted and non-adopted adolescents. *Children and Youth Services Review*, 98, 228-237. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.01.010>
- Rainone, N., Chiodi, A., Lanzillo, R., Magri, V., Napolitano, A., Morra, V. B., Valerio, P. y Freda, M. F. (2017). Affective disorders and health-related quality of life (HRQoL) in adolescents and young adults with multiple sclerosis (MS): The moderating role of resilience. *Quality of Life Research*, 26(3), 727-736. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1466-4>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Sánchez, J., Muller, V., Chan, F., Brooks, J. M., Iwanaga, K., Tu, W. M., Umucu, E. y Crespo-Jones, M. (2019). Personal and environmental contextual factors as mediators between functional disability and quality of life in adults with serious mental illness: A cross-sectional analysis. *Quality of Life Research*, 28(2), 441-450. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2006-1>
- Sánchez-Sandoval, Y., Jiménez-Luque, N., Melero, S., Luque, V. y Verdugo, L. (2020). Support needs and post-adoption resources for adopted adults: A systematic review. *The British Journal Of Social Work*, 50(6), 1775-1795. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz109>
- Sánchez-Sandoval, Y. y Melero, S. (2019). Psychological adjustment in Spanish young adult domestic adoptees: Mental health and licit substance consumption. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(6), 640-653. <https://doi.org/10.1037/ort0000324>
- Sánchez-Sandoval, Y., Melero, S. y Jiménez-Luque, N. (2019). Exploring health-related quality of life of Spanish domestic adult adoptees: Sociodemographic characteristics, chronic medical conditions, and gender differences. *Quality of Life Research*, 28(12), 3281-3291. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02262-1>
- Sánchez-Sandoval, Y., Melero, S. y López-Jiménez, A. M. (2020). Mediating effects of social support in the association between problems in childhood and adolescence and well-being in adult domestic adoptees. *Journal of Happiness Studies*, 21, 1183-1198. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00124-8>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/1070550080222972>
- Taskinen, S., Suominen, J. S. y Mattila, A. K. (2015). Health-related quality of life and mental health in adolescents and adults operated for bladder exstrophy and epispadias. *Urology*, 85(6), 1515-1519. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2015.02.020>
- van der Vegt, E. J. M., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C. y Tiemeier, H. (2009). Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: Evidence for long lasting effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(2), 239-249. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9272-2>
- Ware, J. E., Kosinski, M. y Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Werner, E. E. (1984). Resilient children. *Young Children*, 40(1), 68-72.
- World Health Organization. (1999, octubre). *Annotated bibliography of the WHO quality of life assessment instrument - WHOQOL*. <http://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL-BIBLIOGRAPHY.pdf?ua=1>
- Wu, M., Yang, Y., Zhang, D., Zhao, X., Sun, Y., Xie, H., Jia, J., Su, Y. y Li, Y. (2018). Association between social support and health-related quality of life among Chinese rural elders in nursing homes: The mediating role of resilience. *Quality of Life Research*, 27(3), 783-792. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1730-2>
- Young, D. K. wan, Ng, P. Y. nam y Kwok, T. (2017). Predictors of the health-related quality of life of Chinese people with major neurocognitive disorders and their caregivers: The roles of self-esteem and caregiver's burden. *Geriatrics and Gerontology International*, 17(12), 2319-2328. <https://doi.org/10.1111/ggi.13065>
- Zolkoski, S. M. y Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295-2303. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009>