Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

An Pediatr (Barc). 2012;**76(5)**:268–278

ANALES DE PEDIATRÍA

www.elsevier.es/anpediatr

ORIGINAL

Adaptación psicosocial en niños adoptados internacionalmente: percepción personal y parental

M. Reinoso* y M. Forns

Department de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona. Barcelona. España

Recibido el 30 de mayo de 2011; aceptado el 2 de agosto de 2011
Disponible en Internet el 12 de octubre de 2011

PALABRAS CLAVE
Adaptación psicosocial;
Adopción internacional;
Evaluación conductual;
Mediana infancia;
Post-adopción

Resumen
Objetivo: Evaluar el nivel de adaptación psicosocial en la mediana infancia en niños adoptados internacionalmente en España.
Material y métodos: Ciento un menores adoptados internacionalmente (67% niñas), de entre 8 y 12 años, y sus respectivos padres adoptivos (97 madres y 67 padres) completaron el *Behavior Assessment System for Children* (BASC). Se realizaron análisis descriptivos y de comparación de medias (t de Student y Anova) para examinar el efecto de las variables sexo, edad de adopción, edad actual y área de origen en las escalas y dimensiones globales del BASC para cada informante, y se efectuaron análisis de regresión lineal múltiple para conocer su valor predictivo. El acuerdo entre madres y padres se calculó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Los porcentajes de menores en el rango normal y con sintomatología en las dimensiones globales se contrastaron con los teóricos mediante la prueba de la chi al cuadrado.
Resultados: Se constata que los niños están en general bien adaptados, independientemente del informante. Existen diferencias adaptativas dentro de la normalidad según el área de origen, sexo y edad actual del los niños. El CCI presenta un intervalo entre 0,46 (satisfactorio) y 0,84 (excelente). En comparación con el grupo normativo, un mayor porcentaje de niños presenta desajuste escolar (24,8%; informado por los niños), problemas externalizados (el 27,8 y el 28,3%, informados por las madres y los padres, respectivamente) y dificultades comportamentales y adaptativas (el 28,4 y el 29,9%, respectivamente; informadas por los padres).
Conclusiones: Entorno a un 25% de menores adoptados internacionalmente presenta dificultades en áreas adaptativas básicas, identificadas con claridad mediante el uso del BASC, que deben ser atendidas desde un enfoque psicológico y paidológico.
© 2011 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mreinoso@ub.edu (M. Reinoso).

1695-4033/$ – see front matter © 2011 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.anpedi.2011.08.001

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

KEYWORDS
Behavioural assessment;
International adoption;
Middle childhood;
Post-adoption;
Psychosocial adjustment

Internationally adopted children's psychosocial adjustment in internationally adopted children: personal and parental perceptions

Abstract
Objective: To assess psychosocial adjustment in middle childhood in internationally adopted children in Spain.
Material and methods: One hundred and one internationally adopted children (67% girls), aged 8 to 12, and their adoptive parents (97 mothers and 67 fathers) completed the Behaviour Assessment System for Children (BASC). Descriptive analyses and mean comparisons (Student's t test and ANOVA) were conducted to test for gender, age at adoption, current age and area of origin differences for each informant on the scales and composite-scales of the BASC. Multiple linear regression analyses were then performed. Agreement between mothers and fathers was calculated using intra-class correlation coefficients (ICC). Percentages of children in the normal and symptomatic range in composite-scales were compared to the theoretical ones using chi square tests.
Results: The results showed that children were generally well-adjusted, regardless of the informant. Differences were found in children's adjustment by area of origin, gender and current age, although values remained within the normal range. The ICC ranged from 0.46 (satisfactory) to 0.84 (excellent). Compared to the normal-group, more children showed difficulties in adapting to school (24.8%; as reported by children), externalising problems, (27.8% and 28.3%; as reported by mothers and fathers, respectively), and behavioural and adaptive difficulties (28.4% and 29.9%, respectively; as reported by fathers).
Conclusions: About 25% of the internationally adopted children showed adaptive difficulties in basic areas, clearly identified using the BASC, which need psychological and paedological support.
© 2011 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La adopción internacional se ha convertido en los últimos años en un fenómeno social de gran magnitud. España alcanzó en 2004 su tasa máxima, con 12,4 adopciones internacionales por cada 1.000 nacimientos, situándose en segunda posición a nivel mundial[1]. Según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, durante el periodo 1998-2009 un total de 42.805 menores han sido adoptados en el extranjero por familias españolas, siendo China (32%), Rusia (24%), Colombia (8%), Ucrania (7%) y Etiopía (6%) los principales países de procedencia.

Los niños adoptados internacionalmente, por estar y/o haber estado expuestos a múltiples factores de riesgo, constituyen un grupo especialmente vulnerable o en riesgo de presentar problemas de salud física, del desarrollo psicomotor y neuromadurativo, socioemocionales y conductuales, lingüísticos, escolares y en la formación de la propia identidad, entre otros[2–9]. No obstante, recientes estudios metaanalíticos sobre el ajuste psicológico de los menores adoptados internacionalmente concluyen que, a pesar de presentar más problemas de conducta y ser remitidos a los servicios de salud mental con mayor frecuencia que sus iguales no adoptados, la mayoría están bien adaptados y presentan niveles normativos de autoestima[10–12]. Estos resultados evidencian la necesidad de profundizar no solo en la problemática de estos niños, como se ha venido haciendo tradicionalmente, sino también en sus capacidades adaptativas.

En nuestro país, la investigación sobre el desarrollo y el ajuste psicológico de niños procedentes de adopción internacional es reciente y está principalmente circunscrita a los primeros años de la experiencia adoptiva[13–18]. Pero a medida que los niños crecen, incorporan experiencias y surgen nuevas demandas normativas y específicas de la adopción que pueden interferir en su desarrollo y bienestar[19]. Solo 3 estudios en nuestro país han analizado su ajuste emocional y conductual al alcanzar la mediana infancia, en todos los casos según la percepción de sus padres[20–22]. Esta información es de suma relevancia, pero en psicopatología del desarrollo se ha insistido en la necesidad de emplear una perspectiva evaluativa multiinformante[23]. La visión del propio adoptado resulta fundamental para la mejor comprensión de su experiencia. No nos consta ninguna publicación española que integre la información proporcionada por niños adoptados y sus madres y padres adoptivos.

Las evaluaciones médicas y el seguimiento psicológico post-adoptivo son fundamentales para que la adopción tenga éxito[24–26]. El desarrollo de intervenciones ajustadas a las necesidades de los menores adoptados y sus familias, que garanticen su salud física y mental, exige sólidos conocimientos acerca de su desarrollo y ajuste personal y social en cada etapa evolutiva. El objetivo principal de este estudio es, en primer lugar, evaluar la adaptación psicosocial en la mediana infancia de los menores procedentes de adopción internacional según las valoraciones de los niños y sus madres y padres adoptivos y, en segundo lugar, analizar la influencia de determinadas características del menor (sexo, edad de adopción, edad actual y área de origen) sobre sus resultados adaptativos.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Material y métodos

Participantes

Un total de 101 menores adoptados internacionalmente en España (68 niñas y 33 niños) y sus respectivos padres adoptivos (97 madres y 67 padres) participaron en el estudio. Los menores, procedentes de 14 países diferentes, tenían edades comprendidas entre los 8 y 12 años y residían actualmente en las comunidades autónomas de Cataluña (80%) y Castilla y León (20%). En la tabla 1 se describen las principales características sociodemográficas de la familia adoptiva y la historia del menor.

Procedimiento

Los participantes se reclutaron a través de asociaciones de familias adoptivas, escuelas y profesionales de la salud mediante una carta de presentación que explicaba la investigación y facilitaba los datos de contacto (ratio de respuesta: 42,3%; n = 79); también se empleó la técnica de «bola de nieve» (n = 22). Para cada familia, se requirió la presencia del menor y el padre y/o la madre. Se administró una batería de pruebas al niño, entre ellas el cuestionario de este estudio, mientras los padres completaban independientemente su versión del cuestionario en una sala contigua. Las exploraciones psicológicas se realizaron en las instalaciones de la universidad (40,8%), centros especializados (28,1%) o el domicilio de las propias familias (31,1%), según conveniencia en cada caso. La primera autora de este estudio llevó a cabo todas las evaluaciones. El comité de bioética de la Universitat de Barcelona aprobó el protocolo del estudio y se obtuvo el consentimiento informado para cada uno de los participantes, proporcionando los padres y madres el suyo propio y el de su hijo.

Instrumentos

El análisis de la conducta se ha realizado con la adaptación española[27] del *Behavior Assessment System for Children* (BASC)[28]. Esta prueba analiza una amplia gama de atributos positivos y negativos bajo una perspectiva multimétodo y multiinformante, y para este estudio se empleó el autoinforme del niño y el cuestionario para padres del nivel 2 (6-12 años).

El autoinforme comprende 146 ítems con un formato de respuesta verdadero-falso. Consta de 8 escalas clínicas y 4 escalas adaptativas organizadas en 4 dimensiones globales (véase tabla 2). El cuestionario para padres consta de 134 ítems presentados en un formato de elección múltiple con cuatro alternativas de respuesta (de 1 = nunca a 4 = casi siempre). Cuenta con 9 escalas clínicas y 3 escalas adaptativas que se agrupan en 4 dimensiones globales (véase la tabla 3). Ambas versiones incluyen escalas de validez y control.

Con el fin de facilitar la interpretación, las puntuaciones directas de las escalas y dimensiones globales se transformaron en puntuaciones T, con una media de 50 y desviación estándar (DE) de 10, según la baremación de referencia para población española. En las escalas clínicas las puntuaciones $T \geq 70$ indican sintomatología clínicamente significativa, los valores T entre 60 y 69 indican situación de riesgo. Para las escalas adaptativas los valores $T \leq 30$ indican desadaptación clínicamente significativa y los valores T entre 31 y 40 indican situación de riesgo.

La adaptación española de la prueba presenta elevada consistencia interna (entre 0,70 y 0,80 para el conjunto de escalas) y una fiabilidad test-retest de 0,78 y 0,69 (en el nivel 2) para el cuestionario de padres y el autoinforme, respectivamente.

Análisis estadístico

Se realizaron análisis descriptivos para cada una de las escalas y dimensiones globales del BASC en su versión de autoinforme y heteroinforme. Se utilizó la prueba de la t de Student y el análisis de varianza (Anova) para determinar el efecto de las variables sexo, edad de la adopción (0-2, 3-5, 6 años o más), edad actual (8-9, 10-12 años) y área de origen (Asia, Centro-Sudamérica, Europa del Este, África) en las distintas escalas y dimensiones globales para cada informante. Se empleó el contraste de Tukey para comparaciones post hoc. Se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple con el fin de conocer el valor predictivo de las variables sexo, edad actual, edad de la adopción y área de origen sobre cada una de las escalas y dimensiones globales del BASC para cada informante. Asimismo, la concordancia entre madres y padres se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI). El grado de acuerdo se consideró bajo (inferior a 0,2); regular (de 0,21 a 0,40); moderado (de 0,41 a 0,60); sustancial (de 0,61 a 0,80) y excelente (superior a 0,80)[29]. Se obtuvieron los porcentajes de menores situados en los intervalos de normalidad y de sintomatología (en riesgo y clínico) en las dimensiones globales, de acuerdo con los puntos de corte anteriormente indicados. El contraste entre la distribución obtenida y la teórica (normalidad: 84%, sintomatología: 16%) se realizó mediante la prueba de la chi al cuadrado. Se consideró un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Los análisis se realizaron con el programa SPSS, versión 16.0.

Resultados

La tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos (M y DE) en las escalas y dimensiones globales del autoinforme, según sexo y área de origen del menor. Las medias de las puntuaciones totales obtenidas se hallan dentro del rango de la normalidad (con valores T entre 45,68 y 56,24) en todas las escalas y dimensiones globales. Los contrastes, en función del área de origen, revelan que los niños procedentes de Asia puntúan más bajo en «sentido de incapacidad» que los procedentes de Centro-Sudamérica ($p < 0,01$). Asimismo, los menores de 8 y 9 años de edad puntúan más alto en «relaciones con los padres» (M = 54,39; DE = 4,73) que aquellos sujetos de entre 10 y 12 años (M = 51,13; DE = 9,61) ($t = 2,18$; $p < 0,05$) (datos no expuestos en la tabla). No se observan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en función del sexo y la edad de adopción.

La tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos (M y DE) en las escalas y dimensiones globales del cuestionario para padres, según sexo y área de origen del menor. Las medias de las puntuaciones dadas por las madres y los padres a las

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 1 Características sociodemográficas de la familia adoptiva y la historia del menor

	Media	DE	Rango
Edad actual (años)	9,73	1,36	8-12
Edad de adopción (meses)	37,03	25,10	0-108
Tiempo de convivencia con la familia adoptiva (meses)	79,76	27,08	12-139
Edad actual de la madre (años)	48,24	5,07	35-57
Edad actual del padre (años)	49,07	5,98	39-67
	N		%
Sexo			
Niña	68		67
Niño	33		33
Área de origen[a]			
Asia	41		40
Europa del Este	25		25
Centro y Sudamérica	23		23
África	12		12

DE: desviación estándar.
[a] Asia (China, India y Nepal); Europa del Este (Bulgaria, Rusia y Ucrania); África (Burkina Faso, Camerún y Etiopía); Centro y Sudamérica (Brasil, Haití, México, Panamá y República Dominicana).

conductas de sus hijos se hallan dentro del rango de la normalidad (con valores T entre 45,97 y 56,69) en todas las escalas y dimensiones globales.

El área de origen ejerce una influencia estadísticamente significativa en las valoraciones de las madres en las escalas de problemas de conducta ($p < 0,05$), problemas de atención ($p < 0,01$), atipicidad ($p < 0,05$), depresión ($p < 0,05$), retraimiento ($p < 0,01$), habilidades sociales ($p < 0,05$), liderazgo ($p < 0,01$), habilidades adaptativas ($p < 0,01$) e índice de síntomas conductuales (ISC) ($p < 0,01$), obteniéndose en todas las escalas y dimensiones globales unos resultados adaptativos más favorables para los menores procedentes de Asia y África que para los procedentes de Europa del Este y Centro-Sudamérica. Las madres informan de mayor somatización en las niñas ($p < 0,05$), y de mayor hiperactividad ($M_{8\text{-}9} = 53,49$, DE = 12, 20; $M_{10\text{-}12} = 47$, 20; DE = 11, 93) ($t = 2,57$; $p < 0,01$) y menor retraimiento ($M_{8\text{-}9} = 48,55$; DE = 10,72; $M_{10\text{-}12} = 54,54$; DE = 9,79 ($t = -2,87$; $p < 0,01$) (datos no expuestos en la tabla) en los menores de 8 y 9 años en relación con los de 10-12 años de edad. No se observan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las madres en función de la edad de adopción.

Por otra parte, el área de origen ejerce una influencia estadísticamente significativa en las valoraciones de los padres en las escalas de problemas de conducta ($p < 0,01$), problemas de atención ($p < 0,01$), liderazgo ($p < 0,01$), exteriorizar problemas ($p < 0,01$), habilidades adaptativas ($p < 0,05$) e ISC ($p < 0,05$), observándose la misma tendencia expresada por las madres. Los padres informan de menor ansiedad en las niñas ($p = 0,04$), mientras que la edad actual o la edad de adopción no determinan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones.

Los resultados de los análisis de regresión lineal múltiple se muestran en la tabla 4. Se obtuvieron 13 modelos estadísticamente significativos para las puntuaciones en el BASC, explicando entre el 13 y el 28% de su varianza. El área de origen resultó ser un importante predictor de las puntuaciones en las distintas escalas y dimensiones globales de la prueba.

La concordancia entre madres y padres en la valoración de las conductas de sus hijos es sustancial o excelente en todas las escalas y dimensiones globales, excepto en atipicidad, ansiedad, retraimiento, somatización y adaptabilidad, donde es moderada (tabla 5).

El porcentaje de niños que se sitúa en los intervalos de normalidad y de sintomatología (en riesgo y clínico) en las dimensiones globales del BASC, según informante, se presenta en la tabla 6. Entre un 75,2 y un 90,0% de niños adoptados informa valores normales en las cuatro dimensiones globales. Se observan diferencias significativas entre las distribuciones observadas y las teóricas en desajuste escolar. En este dominio se detecta una sobrerrepresentación de niños adoptados en rango de riesgo y clínico.

Por su parte, entre un 70,1 y un 82,1% de madres y padres informan valores normales en sus hijos en las cuatro dimensiones globales. Las distribuciones observadas y las teóricas difieren significativamente entre sí en exteriorizar problemas, según madres y padres, y en habilidades adaptativas e ISC, según padres. En estos dominios, y según los informantes indicados, se detecta una sobrerrepresentación de niños adoptados en rango de riesgo y clínico.

Discusión

El presente estudio es el primero en analizar la conducta adaptativa y desadaptativa en la mediana infancia, desde la triple perspectiva de niños y madres y padres adoptivos, en menores adoptados internacionalmente en nuestro país. La disponibilidad de valores de referencia poblacionales para el instrumento empleado en el estudio (BASC) permitió comparar las puntuaciones de los distintos informantes con la población normativa general.

Los resultados de ese estudio constatan que el conjunto de niños adoptados internacionalmente presenta valores

Tabla 2 Medias ± DE de las puntuaciones T en el autoinforme del BASC

	Total	Sexo			Área de origen					
		Niñas	Niños	t	Asia	Europa del Este	Centro-Sudamérica	África	F	Análisis post hoc
Escalas clínicas										
Actitud negativa hacia el colegio	56,24 ± 12,44	56,24 ± 12,91	56,24 ± 11,61	0,00	55,15 ± 12,98	55,36 ± 10,54	59,22 ± 13,26	56,08 ± 13,26	0,58	
Actitud negativa hacia los profesores	51,44 ± 9,90	51,82 ± 10,55	50,64 ± 8,52	0,56	50,76 ± 9,60	50,92 ± 8,07	53,96 ± 12,75	50,00 ± 8,42	0,66	
Atipicidad	51,91 ± 10,17	52,72 ± 10,78	50,24 ± 8,70	1,15	50,71 ± 8,22	52,52 ± 10,85	53,35 ± 13,15	52,00 ± 9,06	0,37	
Locus de control	50,65 ± 10,42	51,18 ± 10,96	49,58 ± 9,26	0,72	49,29 ± 9,60	50,88 ± 9,33	52,96 ± 13,79	50,42 ± 7,94	0,61	
Estrés social	48,88 ± 10,46	49,32 ± 11,54	47,97 ± 7,85	0,69	46,90 ± 7,93	51,16 ± 12,11	50,39 ± 13,22	48,00 ± 7,95	1,08	
Ansiedad	45,68 ± 10,55	46,07 ± 10,90	44,88 ± 9,90	0,53	44,76 ± 9,81	44,92 ± 12,45	47,91 ± 10,69	46,17 ± 8,91	0,49	
Depresión	48,20 ± 8,36	48,75 ± 8,90	47,06 ± 7,09	0,95	46,76 ± 7,35	49,76 ± 10,11	50,91 ± 9,13	44,67 ± 2,67	2,31	
Sentido de incapacidad	51,35 ± 11,39	51,15 ± 11,83	51,76 ± 10,57	−0,25	47,44 ± 8,90	51,64 ± 12,00	57,00 ± 13,66	53,25 ± 8,72	3,93*	3 > 1
Escalas adaptativas										
Relaciones interpersonales	51,88 ± 6,97	51,46 ± 7,70	52,76 ± 5,14	−0,88	52,44 ± 5,58	51,52 ± 8,46	50,43 ± 8,65	53,50 ± 3,73	0,65	
Relaciones con los padres	52,71 ± 7,78	52,75 ± 8,20	52,64 ± 6,95	0,07	54,24 ± 8,26	52,52 ± 6,96	50,39 ± 8,23	52,33 ± 6,34	1,24	
Autoestima	50,53 ± 10,86	49,65 ± 11,72	52,36 ± 8,71	−1,18	51,51 ± 9,19	51,84 ± 9,88	47,43 ± 14,11	50,42 ± 11,27	0,85	
Confianza en sí mismo	48,32 ± 10,22	48,53 ± 10,45	47,88 ± 9,86	0,30	49,80 ± 9,54	48,36 ± 9,19	44,22 ± 12,41	51,00 ± 8,64	1,85	
Dimensiones globales										
Desajuste clínico	49,97 ± 10,94	51,03 ± 11,34	47,79 ± 9,88	1,40	48,71 ± 9,08	50,20 ± 11,95	52,09 ± 13,64	49,75 ± 9,48	0,47	
Desajuste escolar	54,18 ± 10,64	53,84 ± 10,83	54,88 ± 10,35	−0,46	52,80 ± 10,57	53,48 ± 8,55	57,57 ± 12,72	53,83 ± 10,36	1,05	
Ajuste personal	51,03 ± 8,20	50,69 ± 8,65	51,73 ± 7,25	−0,59	52,61 ± 6,70	51,28 ± 8,73	47,26 ± 10,31	52,33 ± 5,30	2,33	
ISE	48,56 ± 10,80	49,26 ± 11,71	47,12 ± 8,61	0,94	46,93 ± 8,72	48,36 ± 13,09	52,22 ± 12,76	47,58 ± 6,78	1,24	

BASC: Behavior Assessment System for Children (Inventario básico de conducta para niños y adolescentes); DE: desviación estándar; ISE: índice de síntomas emocionales. 1: Asia; 2: Europa del Este; 3: Centro y Sudamérica; 4: África.

* $p < 0,05$.

Tabla 3 Medias ± DE de las puntuaciones T en el cuestionario para padres del BASC

	Madres									
	Total	Sexo			Área de origen					
		Niñas	Niños	t	Asia	Europa del Este	Centro-Sudamérica	África	F	Análisis post hoc
Escalas clínicas										
Agresividad	52,49 ± 12,10	53,14 ± 12,21	51,24 ± 11,97	0,73	49,05 ± 10,27	55,00 ± 13,37	54,09 ± 10,57	54,83 ± 15,90	1,67	
Hiperactividad	50,25 ± 12,41	49,56 ± 11,63	51,58 ± 13,89	−0,76	48,03 ± 11,87	53,96 ± 11,45	49,52 ± 13,00	50,75 ± 14,49	1,18	
Problemas de conducta	55,90 ± 14,07	55,45 ± 14,99	56,76 ± 12,26	−0,43	50,76 ± 9,86	62,04 ± 18,18	58,65 ± 12,36	53,67 ± 13,64	3,97*	2 > 1
Problemas de atención	56,39 ± 12,51	54,80 ± 10,69	59,48 ± 15,15	−1,59	50,57 ± 10,51	62,56 ± 12,77	60,43 ± 11,43	53,75 ± 12,05	6,68**	2, 3 > 1
Atipicidad	50,34 ± 9,94	50,38 ± 9,98	50,27 ± 10,01	0,05	49,00 ± 8,34	54,56 ± 13,55	50,96 ± 6,98	44,50 ± 7,18	3,37*	2 > 4
Depresión	50,98 ± 11,72	50,41 ± 10,98	52,09 ± 13,15	−0,67	46,95 ± 8,72	54,28 ± 11,50	54,61 ± 14,47	49,58 ± 11,56	3,11*	NS
Ansiedad	48,78 ± 11,14	47,50 ± 9,90	51,27 ± 13,01	−1,59	46,97 ± 9,00	52,56 ± 15,17	49,09 ± 8,32	45,92 ± 11,15	1,58	
Retraimiento	51,64 ± 10,63	52,06 ± 10,12	50,82 ± 11,69	0,54	48,89 ± 7,36	55,12 ± 12,38	57,39 ± 10,67	41,83 ± 4,51	9,26**	3 > 1; 2, 3 > 4
Somatización	48,93 ± 11,10	50,73 ± 10,89	45,42 ± 10,82	2,28*	49,84 ± 11,34	51,88 ± 12,37	47,87 ± 8,05	42,00 ± 10,65	2,40	
Escalas adaptativas										
Adaptabilidad	45,97 ± 12,46	46,16 ± 11,84	45,61 ± 13,77	0,21	50,03 ± 10,38	42,96 ± 14,53	43,26 ± 10,98	44,92 ± 14,44	2,27	
Habilidades sociales	49,43 ± 10,38	49,36 ± 10,38	49,58 ± 10,56	−0,10	52,03 ± 9,96	46,00 ± 11,09	46,26 ± 8,57	54,67 ± 10,08	3,70*	NS
Liderazgo	51,03 ± 10,86	52,30 ± 9,72	48,58 ± 12,57	1,61	54,41 ± 8,70	45,84 ± 10,83	47,17 ± 10,48	58,83 ± 10,43	7,34**	1 > 2, 3; 4 > 2, 3
Dimensiones globales										
Exteriorizar problemas	53,89 ± 13,24	53,83 ± 13,30	54,00 ± 13,34	−0,06	49,76 ± 11,67	58,64 ± 14,75	55,43 ± 11,44	53,75 ± 15,30	2,49	
Interiorizar problemas	49,66 ± 11,25	49,70 ± 11,13	49,58 ± 11,67	0,53	47,57 ± 9,98	54,00 ± 12,57	50,74 ± 10,01	45,00 ± 12,26	2,54	
Habilidades adaptativas	48,15 ± 10,67	48,88 ± 10,06	46,76 ± 11,81	0,93	52,22 ± 9,11	44,00 ± 11,11	44,43 ± 9,45	51,42 ± 11,79	4,88**	1 > 2, 3
ISC	51,82 ± 11,52	50,59 ± 10,23	54,21 ± 13,53	−1,48	47,62 ± 9,89	56,44 ± 12,66	54,48 ± 9,40	50,08 ± 13,65	3,78**	2 > 1

Tabla 3 (*Continuación*)

	Padres									
	Total	Sexo			Área de origen					
		Niñas	Niños	t	Asia	Europa del Este	Centro- Sudamérica	África	F	Análisis post hoc
Escalas clínicas										
Agresividad	52,58 ± 11,25	52,44 ± 10,86	52,83 ± 12,16	−0,14	49,76 ± 8,93	54,63 ± 11,97	56,88 ± 9,01	47,29 ± 17,65	2,13	
Hiperactividad	50,28 ± 11,75	49,44 ± 10,60	51,79 ± 13,68	−0,78	48,08 ± 8,03	53,79 ± 10,94	51,56 ± 15,59	45,71 ± 14,34	1,29	
Problemas de conducta	55,72 ± 14,49	53,72 ± 14,86	59,29 ± 13,37	−1,52	47,88 ± 9,51	58,79 ± 17,63	64,38 ± 10,83	55,57 ± 15,43	5,59**	2, 3 > 1
Problemas de atención	56,69 ± 12,74	54,58 ± 12,09	60,46 ± 13,26	−1,84	50,24 ± 11,76	61,89 ± 10,74	60,69 ± 11,29	56,43 ± 16,30	4,27**	2,3 > 1
Atipicidad	50,34 ± 9,68	49,70 ± 10,20	51,50 ± 8,74	−0,73	48,40 ± 8,70	52,63 ± 11,03	52,94 ± 9,60	45,14 ± 7,08	1,81	
Depresión	50,75 ± 12,45	49,88 ± 11,39	52,29 ± 14,29	−0,76	47,32 ± 5,76	52,58 ± 12,26	56,50 ± 18,17	44,86 ± 10,42	2,61	
Ansiedad	47,28 ± 10,94	45,23 ± 10,54	50,96 ± 10,91	−2,11*	43,88 ± 10,85	50,37 ± 10,50	50,06 ± 10,14	44,71 ± 12,34	1,85	
Retraimiento	52,36 ± 11,44	53,35 ± 12,32	50,58 ± 9,65	0,95	52,20 ± 9,08	51,42 ± 9,37	57,00 ± 16,53	44,86 ± 6,04	2,02	
Somatización	46,21 ± 10,47	45,23 ± 10,68	47,96 ± 10,07	−1,02	46,44 ± 11,05	45,63 ± 10,37	47,00 ± 10,28	45,14 ± 11,28	0,08	
Escalas adaptativas										
Adaptabilidad	46,54 ± 11,61	47,79 ± 11,12	44,29 ± 12,37	1,19	49,16 ± 8,94	41,00 ± 12,93	46,37 ± 11,20	50,29 ± 15,55	1,97	
Habilidades sociales	48,34 ± 11,02	48,44 ± 11,48	48,17 ± 10,39	0,10	51,52 ± 8,95	44,81 ± 10,80	45,79 ± 10,23	52,00 ± 17,30	1,91	
Liderazgo	48,79 ± 10,65	50,33 ± 11,45	46,04 ± 8,61	1,60	53,88 ± 8,47	42,00 ± 7,63	47,32 ± 9,48	50,14 ± 17,51	5,00**	1 > 2
Dimensiones globales										
Exteriorizar problemas	53,90 ± 12,26	52,86 ± 11,47	55,75 ± 13,61	−0,92	48,92 ± 8,04	57,32 ± 13,56	59,44 ± 11,11	49,71 ± 17,09	3,61*	3 > 1
Interiorizar problemas	47,84 ± 11,51	46,21 ± 11,12	50,75 ± 11,84	−1,57	44,88 ± 9,36	49,89 ± 11,37	51,69 ± 13,66	44,00 ± 12,07	1,66	
Habilidades adaptativas	47,36 ± 11,06	48,47 ± 11,38	45,38 ± 10,40	1,10	51,64 ± 8,52	45,74 ± 9,74	40,94 ± 8,95	51,14 ± 18,96	3,91*	1 > 3
ISC	51,85 ± 11,55	49,98 ± 10,60	55,21 ± 12,62	−1,81	47,00 ± 8,40	56,81 ± 13,59	56,00 ± 9,09	46,57 ± 15,01	4,33**	2,3 > 1

BASC: Behavior Assessment System for Children (Inventario básico de conducta para niños y adolescentes); DE: desviación estándar; ISC: índice de síntomas conductuales. 1: Asia; 2: Europa del Este; 3: Centro y Sudamérica; 4: África; NS: no significativo.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 4 Análisis de regresión lineal múltiple: predicción de las puntuaciones T en el autoinforme y el cuestionario para padres del BASC según sexo, área de origen, edad actual y edad en el momento de adopción

	Sexo[a]	Área de origen[b]			Edad de la adopción[c]	Edad actual[d]	R^2
		Europa del Este	Centro-Sudamérica	África			
Menor							
Escalas clínicas							
Sentido de incapacidad	−1,72	5,54	9,55**	8,27*	−0,05	0,90	0,13
Escalas adaptativas							
Relaciones con los padres	−0,09	−2,35	−2,14	−3,66	−0,06	−1,18**	0,14
Madres							
Escalas clínicas							
Problemas de atención	1,74	11,79**	10,51**	2,18	−0,01	−0,98	0,19
Depresión	0,39	8,92**	7,94*	5,22	−0,10	0,50	0,13
Retraimiento	−1,39	5,60*	7,04*	−7,22*	0,05	1,28	0,28
Escalas adaptativas							
Liderazgo	−4,01	−6,76*	−5,09	7,42*	−0,02	−0,50	0,22
Dimensiones globales							
Habilidades adaptativas	0,12	−7,72**	−7,83*	0,07	−0,03	0,29	0,14
ISC	1,79	9,57**	8,18*	2,81	−0,07	−1,14	0,16
Padres							
Escalas clínicas							
Problemas de conducta	0,53	10,21*	16,63**	6,08	0,04	−0,58	0,22
Problemas de atención	3,90	11,93**	10,34*	5,99	−0,07	−0,79	0,21
Escalas adaptativas							
Liderazgo	−2,09	−7,35*	−12,78**	−4,40	−0,08	−0,97	0,26
Dimensiones globales							
Habilidades adaptativas	−1,26	−6,80*	−12,03**	−1,32	0,08	1,09	0,21
ISC	4,92	9,41**	8,33*	0,18	−0,10	0,21	0,23

Se muestran sólo aquellos modelos de regresión que predicen significativamente ($p < 0,05$) las puntuaciones T en el autoinforme y el cuestionario para padres del BASC. Los valores de la tabla son coeficientes de regresión (β) e indican el incremento o decremento de una unidad en las escalas y dimensiones globales del BASC predicho por las variables de las columnas, ajustadas todas las demás. R^2= ajuste de las ecuaciones predictoras.

[a] Variable categórica, las niñas se tomaron como grupo de referencia.
[b] Variable categórica, los menores procedentes de Asia se tomaron como grupo de referencia.
[c] Edad de la adopción en meses.
[d] Edad actual en años.
* $p < 0,05$.
** $p < 0,01$.

medios normativos en el BASC, independientemente del informante. Este dato positivo, de suma relevancia, es coherente con estudios previos[10,11,21,22] y pone de manifiesto las capacidades adaptativas de estos menores quienes, a pesar de haber vivido experiencias tempranas adversas, logran en general un adecuado ajuste psicológico. Con la adopción, parecen ponerse en funcionamiento una serie de mecanismos de protección capaces de amortiguar el impacto del riesgo inicial y redirigir la trayectoria evolutiva del sujeto hacia la adecuación[7,12,30].

Se ha podido apreciar también que existen diferencias adaptativas dentro de la normalidad en función de las características sociodemográficas y de la historia del menor. De entre éstas, el área de origen adquiere una especial relevancia. Los adoptados en Asia informan de un menor sentido de incapacidad que aquellos sujetos adoptados en Centro-Sudamérica. Es posible que los niños de origen asiático hayan interiorizado una serie de normas y valores propios de su país de origen, como la tendencia a ser perseverante y a confiar en sí mismos, o que las percepciones y atribuciones del entorno acerca sus países de origen influyan en su conducta[20]. Existen asimismo factores de riesgo y problemas de salud específicos derivados del contexto sociopolítico y sanitario particular de cada país de origen que pueden aumentar la propensión a desarrollar ciertas patologías[6,24,26]. En este sentido, los menores niveles de ajuste psicosocial informados por padres y madres en niños procedentes de Europa del Este y Centro-Sudamérica observados por Barni et al[20] y Loizaga et al[21], y también hallados en este estudio, podrían estar relacionados con el elevado riesgo en estas regiones de experimentar situaciones preadoptivas adversas tales como exposición prenatal a alcohol, deprivación afectiva, institucionalización prolongada y maltrato, entre otras.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 5 Concordancia entre madres y padres (n = 61) en las puntuaciones del cuestionario para padres del BASC

	CCI
Escalas clínicas	
Agresividad	0,72
Hiperactividad	0,73
Problemas de conducta	0,71
Problemas de atención	0,84
Atipicidad	0,46
Depresión	0,73
Ansiedad	0,53
Retraimiento	0,59
Somatización	0,51
Escalas adaptativas	
Adaptabilidad	0,60
Habilidades sociales	0,67
Liderazgo	0,69
Dimensiones globales	
Exteriorizar problemas	0,76
Interiorizar problemas	0,63
Habilidades adaptativas	0,62
ISC	0,66

BASC: *Behavior Assessment System for Children* (Inventario básico de conducta para niños y adolescentes); CCI: coeficiente de correlación intraclase; ISC: índice de síntomas conductuales.

Las niñas se diferencian de los niños en presentar más quejas somáticas y menos manifestaciones de nerviosismo, preocupación y miedo según las valoraciones de madres y padres, respectivamente. Estos datos son parcialmente consistentes con los hallazgos en psicopatología infantil[31], donde se señala una mayor tendencia en las niñas, en comparación con los niños, a desarrollar sintomatología de tipo internalizante. La edad actual influye en la apreciación de las relaciones con los padres, de modo que los niños de 8 y 9 años informan de menor conflictividad en las mismas que los de 10 y 12 años. Grotevant[32] indica que, coincidiendo con la pubertad, aumentan los conflictos familiares y se produce un distanciamiento de los chicos respecto a sus figuras parentales. Al mismo tiempo, en consonancia con los patrones evolutivamente esperables de disminución de la actividad motora e incremento de la capacidad de autocontrol[33], los niños de 8 y 9 años son vistos por sus madres como más hiperactivos y menos retraídos que aquellos niños de mayor edad. Cabe destacar que no existen grandes diferencias adaptativas en función de la edad de adopción, en línea con los recientes metaanálisis[10,11]. Estos datos sustentan el hecho de que la edad del menor al incorporarse a la familia adoptiva no es un factor de riesgo determinante *per se*, siendo necesario considerar las experiencias específicas que configuran su historia preadoptiva así como la vivencia de estas.

Se ha obtenido un alto nivel de acuerdo en la percepción que padres y madres tienen sobre el funcionamiento psicológico de sus hijos, especialmente para las conductas de tipo externalizante. Generalmente, estos síntomas son más fácilmente observables que los de tipo internalizante, hecho que probablemente explique el mayor nivel de acuerdo interevaluadores en esta dimensión.

Un hallazgo relevante de este estudio es que si bien las puntuaciones medias en el BASC quedan situadas dentro del rango de la normalidad, un importante grupo de adoptados presenta puntuaciones en rango de riesgo o clínico en algunas áreas. Se observa que cerca de una cuarta parte de niños informa de niveles elevados de desajuste escolar. Este resultado debe ser destacado, puesto que el colegio y las relaciones que en él se establecen configuran un ámbito de desarrollo extremadamente importante en la vida del menor, y la existencia de problemas generalizados en este

Tabla 6 Porcentajes de niños en rango normal y con sintomatología en las dimensiones globales del BASC según informante y contraste con la distribución teórica

Dimensiones globales	Normal	Con sintomatología			χ^2	p
		Total	En riesgo	Clínico		
Menor						
Desajuste clínico	82,2	17,8	10,9	6,9	0,90	0,59
Desajuste escolar	75,2	24,8	11,9	12,9	6,02	0,01
Ajuste personal	90,0	10,0	5,0	5,0	2,67	0,10
ISE	88,1	11,9	5,0	6,9	1,19	0,28
Madres						
Exteriorizar problemas	72,2	27,8	16,5	11,3	9,06	< 0,01
Interiorizar problemas	81,4	18,6	13,4	5,2	0,30	0,58
Habilidades adaptativas	76,3	23,7	20,6	3,1	3,67	0,06
ISC	76,3	23,7	16,5	7,2	3,67	0,06
Padres						
Exteriorizar problemas	71,7	28,3	14,9	13,4	6,96	< 0,01
Interiorizar problemas	82,1	17,9	13,4	4,5	0,11	0,74
Habilidades adaptativas	70,1	29,9	23,9	6,0	8,81	< 0,01
ISC	71,6	28,4	20,9	7,5	6,96	< 0,01

Contrastes chi al cuadrado sobre los niveles de funcionamiento normal vs con sintomatología (total).
ISC: índice de síntomas conductuales; ISE: índice de síntomas emocionales.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

ámbito puede comportar conflictos en otras áreas adaptativas. Por su parte, madres y padres valoran que alrededor de más de una cuarta parte de los niños presentan niveles elevados de problemas externalizados, a los que los padres añaden un nivel elevado en el global de síntomas comportamentales y bajos niveles de habilidades adaptativas. Estos resultados son coherentes con estudios anteriores[10,21,22]. Tal y como Brodzinsky et al[19] y Juffer[34] señalan, en la mediana infancia se produce una mayor comprensión del significado y las implicaciones que tiene el ser adoptado y pueden activarse algunos núcleos de desajuste. Por ello, el conjunto de dificultades expresadas por niños, madres y padres deben ser especialmente estudiadas y atendidas.

Algunas limitaciones del trabajo deben ser consideradas. En primer lugar, la muestra es diversa y el método de reclutamiento no garantiza su representatividad. Sin embargo, se trata de una población de difícil acceso y el número de participantes puede considerarse amplio en el contexto de investigación sobre adopción. Asimismo, la heterogeneidad en su composición refleja la realidad y gran variabilidad existente en esta población. En segundo lugar, la prueba utilizada cuenta con escalas no paralelas en su versión de autoinforme y para padres. Esto limita su comparación, aspecto que deberá ser abordado en el futuro con distinta metodología. Otra cuestión que se debe considerar es la franja de edad analizada, acotada a la mediana infancia, lo cual restringe el análisis evolutivo de los datos aunque les confiere homogeneidad.

En conclusión, los niños adoptados internacionalmente están en general bien adaptados en la mediana infancia. No obstante, la presencia de importantes desajustes en una cuarta parte de ellos destaca el importante papel de pediatras, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud y la educación, por su relación con los menores y sus familias, en su detección y abordaje temprano. La prueba BASC es un instrumento útil en la identificación de estas dificultades.

Financiación

Parcialmente financiado por el Comissionat per a Universitats i Recerca del DIUE de la Generalitat de Catalunya y los Fondos Sociales Europeos (2010FI_B2 00014), y el Ministerio de Ciencia e Innovación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (PSI 2009-11542).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración a todas las familias adoptivas que participaron en el estudio y a todas aquellas personas que facilitaron el contacto con estas.

Bibliografía

1. Selman P. The rise and fall of intercountry adoption in the 21st century. Int Soc Work. 2009;52:575–94.
2. Borders L, Black L, Pasley B. Are adopted children and their parents at greater risk for negative outcomes? Fam Relat. 1998;47:237–41.
3. Brodzinsky DM. A stress and coping model of adoption adjustment. En: Brodzinsky DM, Schechter MD, editores. The psychology of adoption. New York: Oxford University Press; 1990. p. 3–24.
4. Gunnar MR, Kertes DA. Prenatal and postnatal risks to neurobiological development in internationally adopted children. En: Brodzinsky DM, Palacios J, editores. Psychological issues in adoption: Research and practice. London: Praeger Publishers; 2005. p. 47–65.
5. Johnson DE. Adoption and the effect on children's development. Early Hum Dev. 2002;68:39–54.
6. Miller LC. The handbook of international adoption medicine. A guide for physicians, parents, and providers. New York: Oxford University Press; 2005.
7. Rutter M. Adverse preadoption experiences and psychological outcomes. En: Brodzinsky DM, Palacios J, editores. Psychological issues in adoption: Research and practice. London: Praeger Publishers; 2005. p. 67–92.
8. Verhulst FC, Versluis-den Bieman H, Van der Ende J, Berden GF, Sanders-Woudstra JA. Problem behavior in international adoptees: III. Diagnosis of child psychiatric disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990;29:420–88.
9. Wierzbicki M. Psychological adjustment of adoptees: A meta-analysis. J Clin Child Psychol. 1993;22:447–54.
10. Juffer F, Van Ijzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. JAMA. 2005;293:2501–15.
11. Juffer F, Van Ijzendoorn MH. Adoptees do not lack self-esteem: A metaanalysis of studies on self-esteem of transracial, international and domestic adoptees. Psychol Bull. 2007;133:1067–83.
12. Juffer F, Van Ijzendoorn MH. International adoption comes of age: Development of international adoptees from a longitudinal and meta-analytical perspective. En: Wrobel GM, Neil E, editores. International advances in adoption research for practice. Chichester: Wiley-Blackwell; 2009. p. 169–92.
13. Berástegui A. La adaptación familiar en adopción internacional: Un proceso de estrés y afrontamiento. Anuario de Psicología. 2007;38:209–24.
14. Fuentes-Peláez N. Adoption internationale en Catalogne (Espagne). Adaptation et processus d'intégration familiale. La revue internationale de l'éducation familiale. La Revue Internationale de l'Éducation Familiale. 2009;25:37–62.
15. Olivan Gonzalvo G. Estudio auxológico de niñas adoptadas en China. An Pediatr (Barc). 2006;65:88–90.
16. Palacios J, Sánchez-Sandoval Y, León E. Adopción internacional en España: un nuevo país, una nueva vida. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
17. Palacios J, Sánchez-Sandoval Y, León E. Adopción y problemas de conducta. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. 2005;19:171–90.
18. Palacios J, Román M, Moreno C, León E. Family context for emotional recovery in internationally adopted children. Int Soc Work. 2009;52:609–20.
19. Brodzinsky DM, Schechter MD, Heing RM. Being adopted: The lifelong search for self. New York: Anchor Books; 1992.
20. Barni D, León E, Rosnati R, Palacios J. Behavioral and socioemotional adjustment in international adoptees: A comparison between Italian and Spanish adoptive parents' reports. Adopt Q. 2008;11:235–54.
21. Loizaga F, Louzao I, Aranzabal M, Labayru M. Adopción internacional. ¿Cómo evolucionan los niños, niñas y sus familias? Bilbao: Editorial Mensajero; 2009.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

22. Reinoso M, Forns M. Stress, coping and personal strengths and difficulties in internationally adopted children in Spain. Child Youth Serv Rev. 2010;32:1807–13.
23. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. Psychol Bull. 1987;101:213–32.
24. Allué X. Transnational adoptions. Medical and ethical issues. An Esp Pediatr. 2000;53:21–4.
25. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. An Pediatr (Barc). 2001;55:135–40.
26. De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez A, García López-Hortelano M, Hernández Merino A, Lirio Casado J, et al. Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA; 2005.
27. González J, Fernández S, Pérez E, Santamaría P. Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (BASC). Madrid: TEA Ediciones; 2004.
28. Reynolds CR, Kamphaus RW. Behavior assessment system for children (BASC). Circle Pines: American Guidance Services; 1992.
29. Szklo M, Nieto FJ. Epidemiology: Beyond the basics. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc; 2000.
30. Werner E. Protective factors and individual resilience. En: Shonkoff JP, Meisels SJ, editores. Handbook of early childhood intervention. New York: Cambridge University Press; 2000. p. 115–32.
31. Leve LD, Kim HK, Pears KC. Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. J Abnorm Child Psychol. 2005;33:505–20.
32. Grotevant HD. Adolescent development in family contexts. En: Damond W, Eisenberg N, editors. Handbook of child psychology, 4. New York: Wiley; 1998. p. 1097–149.
33. Barkley R. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press; 1997.
34. Juffer F. Children's awareness of adoption and their problem behavior in Families with 7-year-old internationally adopted children. Adopt Q. 2006;9:1–22.