



Trabajo Fin de GRADO

Título:

*Determinar la prevalencia de los trastornos conductuales,
emocionales y de apego en niños/as adoptados/as de entre
4 - 8 años.*

Alumna: Raquel de la Peña del Rey

Director: Raquel Rebollo Berlana

Madrid, abril de 2024

Índice de contenidos.

1. Resumen:	4
2. Abstract	5
3. Presentación.....	6
4. Estado de la cuestión.	7
4.1. Introducción	8
4.2. Epidemiología.....	9
4.3. Preadopción.....	11
4.3.1. Factores de riesgo preadoptivos	12
4.4. El entorno de cuidado temprano y el desarrollo socioemocional.	13
4.5. Facilitar el apego después de la adopción nacional e internacional.	13
4.6. Experiencias de cuidado y problemas de conducta de niños adoptados internacionalmente.	14
4.7. La transición a la familia.....	15
4.8. Trastornos.....	16
4.9. Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de AI desde la perspectiva enfermera.....	21
4.10. Justificación.	25
5. Objetivos.	27
5.1. Objetivos generales.	27
5.2. Objetivos específicos.	27
6. Metodología.....	28
6.1. Sujetos de estudio	28
6.2. Variables.....	29
6.3. Procedimiento de recogida de datos.	33
6.4. Fase del estudio, cronograma.....	35
6.5. Análisis de los datos.	36
7. Aspectos éticos.	37
8. Limitaciones del estudio.	38
BIBLIOGRAFIA	39
ANEXOS	42
Anexo I. Trastorno de apego reactivo. (TAR).....	43
Anexo II. Trastorno de relación social desinhibida. (TRSD)	44

Anexo III. Child Behavoir Checklist (CBCL)	45
Anexo IV. Pediatric Symptom Checklist (PSC)	49
Anexo V. Revised Rutter Parent Scales (RRPS)	52
ANEXO VI. Consentimiento informado.	54
Hoja de información al paciente.....	54
ANEXO VII. Solicitud para la evaluación del estudio por parte del Comité de Ética Asistencial (CEA).....	58

Ilustraciones.

Ilustración 1. Evolución de los menores de edad adoptados de adopción nacional	9
Ilustración 2. Adopciones nacionales.....	10
Ilustración 3. Adopciones internacionales por continente y rango de edad	10
Ilustración 4. Distribución de adopciones internacionales por continente.	11
Ilustración 5. Teoría Ecológica del Desarrollo Humano. Elaboración propia a partir de	23

Tablas.

Tabla 1: Descriptores MeSH y DeCS. Elaboración propia a partir de	7
Tabla 2: Combinación de descriptores y resultados. Elaboración propia a partir de	7
Tabla 3. Hipótesis de la formación de apego en los 3 primeros años de vida. Elaboración propia a partir de	14
Tabla 4. Estudio de niños rumanos adoptados en Reino Unido. Elaboración propia a partir de	16
Tabla 5: Porcentajes de factores de riesgo y trastornos. Elaboración propia a partir de	17
Tabla 6. Variables. Elaboración propia	32
Tabla 7. Puntuación cuestionario PSC. Elaboración propia a partir de	34
Tabla 8. Cronograma. Elaboración propia.	35
Tabla 9. Criterios diagnósticos del TAR. Elaboración propia a partir de	43
Tabla 10. Criterios diagnósticos del TRSD. Elaboración propia a partir de	44

1. Resumen:

❖ Antecedentes.

La adopción de un menor supone un momento crítico en su desarrollo que puede desencadenar diversas patologías físicas y psicológicas, así como afectar el desarrollo del vínculo con su familia adoptiva. Aunque se percibe como una etapa de celebración, este proceso conlleva pérdidas y desafíos que distan de la visión idealizada. Tanto las familias como los niños adoptados enfrentan situaciones complejas que requieren un enfoque integral que considere sus necesidades emocionales y cognitivas. Es crucial establecer entornos de cuidado estables y de apoyo, e implementar intervenciones específicas para abordar el impacto del trauma y promover el bienestar y el desarrollo positivo de los niños adoptados.

❖ Objetivo.

El objetivo principal es investigar la prevalencia de los trastornos conductuales, emocionales y de apego en niños adoptados de entre 4 y 8 años. A través de este estudio se busca comprender mejor la salud mental de esta población vulnerable. Al determinar la frecuencia de estos trastornos en niños adoptados, se puede identificar la magnitud del problema y desarrollar estrategias de intervención y apoyo más efectivas. Esta información puede proporcionar información importante a los profesionales, cuidadores y familias adoptivas ayudándoles a comprender y abordar mejor las necesidades emocionales de los niños adoptados.

❖ Metodología.

Esta investigación se llevará a cabo a través de un estudio observacional descriptivo transversal con 306 participantes que cumplan los criterios descritos. Se utilizarán cuestionarios y escalas para obtener la información necesaria sobre las conductas del niño adoptado y se realizará un análisis de datos con técnicas estadísticas para resumir las respuestas y explorar las posibles asociaciones entre las variables elegidas.

❖ Palabras clave.

Salud mental, adopción, desarrollo, apego, niño, cuidados de enfermería, orfanatos.

2. Abstract

❖ Background.

The adoption of a child is a critical moment in his or her development that can trigger various physical and psychological pathologies, as well as affect the development of the bond with the adoptive family. Although it is perceived as a time of celebration, this process involves losses and challenges that are far from the idealized vision. Both families and adopted children face complex situations that require a comprehensive approach that addresses their emotional and cognitive needs. It is essential to provide a stable and supportive care environment and to implement specific interventions to address the effects of trauma and to promote the well-being and positive development of adopted children.

❖ Objective.

The main objective is to investigate the prevalence of behavioral, emotional, and attachment disorders in adopted children between the ages of 4 and 8. Through this study, we seek to better understand the mental health of this vulnerable population. By determining the prevalence of these disorders in adopted children, the extent of the problem can be identified and more effective intervention and support strategies can be developed. This information can provide important information to professionals, caregivers, and adoptive families to help them better understand and address the emotional needs of adopted children.

❖ Methodology.

This research will be conducted through a cross-sectional descriptive observational study with 306 participants who meet the described criteria. Questionnaires and scales will be used to obtain the necessary information about the adopted child's behavior, and data analysis will be performed using statistical techniques to summarize the responses and explore possible associations between the selected variables.

❖ Key words.

Mental health, adoption, development, attachment, child, nursing care, orphanages.

3. Presentación.

Elegir realizar mi TFG acerca de la salud mental en niños adoptados aparece de una mezcla de interés personal sobre este tipo de temas, de alguna experiencia personal y de la carrera y de la gran necesidad de seguir investigando sobre este campo.

En primer lugar, la salud mental ha sido un tema que, desde la adolescencia, me ha llamado la atención. Reconozco su importancia fundamental para el bienestar general de las personas, ya que no solo afecta a la mente, sino también al cuerpo y al entorno social. A medida que he aprendido más sobre las complicaciones y desafíos relacionados con las enfermedades mentales, mi interés y compromiso con este campo han crecido de manera significativa. Considero que el entendimiento de estas patologías, sus causas y sus efectos en la vida diaria de las personas es necesaria en la sociedad. Por lo tanto, mi deseo de investigar, profundizar y dedicarme a este campo surge del interés por contribuir a la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales, con la esperanza de mejorar la calidad de vida de las personas que las padecen.

Algunas experiencias personales y de las prácticas me hicieron reflexionar acerca de las adversidades tan extremas que viven los niños adoptados. En mi caso, tuve en la planta de pediatría una niña adoptaba que mostraba graves trastornos conductuales, lo cual me llamó mucho la atención y fue realmente impactante. Esto me llevó a pensar cómo las vivencias de estos niños pueden influir en su salud mental y querer conocer cuántos de ellos llegan a sufrir de algún trastorno emocional, conductual y/o de apego.

Por último, creo que este trabajo puede ayudar a la comprensión de los factores de riesgo relacionados con la adopción que pueden derivar en graves problemas del desarrollo y graves trastornos de salud mental. Y a su vez, ayudar a desarrollar nuevas estrategias enfermeras de intervención y apoyo no solo al niño adoptado si no a la familia adoptiva, ayudando a mejorar la adaptación de la vida familiar y social de cada uno de ellos e intentando reducir al máximo la probabilidad de desarrollar trastornos conductuales, emocionales y/o de apego en estos niños.

4. Estado de la cuestión.

El trabajo se fundamenta en un estudio observacional centrado en determinar la prevalencia de los trastornos conductuales, emocionales y de apego en niños adoptados, el papel que desempeña la enfermería y las herramientas para prevenir en la medida de lo posible, el impacto psicológico que esto conlleva.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pumbed, SciElo, MEDLINE, así como en TFGs de antiguos alumnos.

El operador booleano utilizado ha sido “AND” junto con los siguientes términos DeCS y MeSH (Tabla 1):

MeSH	DeCS
Child	Niño
Mental health	Salud mental
Nursing care	Cuidados de enfermería
Foster home care	Cuidados en el hogar de adopción
Orphanages	Orfanatos
Adopted/adoption	Adoptado/adopción
Development	Desarrollo
Attachment	Aapego

Tabla 1: Descriptores MeSH y DeCS. Elaboración propia a partir de (1) (2)

Las combinaciones y resultados obtenidos son (Tabla 2):

COMBINACIONES	RESULTADOS
Nursing + Foster home care	179
Nursing + Mental Health + child	5.028
Mental health + Child + Family	156
Child adopted	161
Child + Growth + Development + Child adopted + Family	6

Tabla 2: Combinación de descriptores y resultados. Elaboración propia a partir de (1) (2)

Los filtros de fecha utilizados han sido a partir del año 2019, aunque debido a la dificultad a la hora de encontrar información relacionada con este tema, en algunos casos se han utilizado artículos con fechas anteriores. La búsqueda se ha llevado a cabo en inglés y español.

4.1. Introducción.

La adopción comenzó como una intervención social para mejorar el bienestar infantil debido a las diversas circunstancias que rodean a las familias, las cuales no les permite ofrecer los cuidados necesarios a sus hijos. Independientemente de la edad de adopción, el objetivo es proporcionar los cuidados básicos para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, relacionales y educativas del niño. (3) Hay dos conceptos generales que se relacionan con la adopción: la adversidad y el trauma. El primero enfoca la adopción como una intervención social que busca dar estabilidad a los niños y como un medio por el cual algunos pueden recuperarse de las dificultades vividas en el pasado, mientras que el segundo, considera la adopción como un elemento de riesgo en el desarrollo de la persona. (3)

A lo largo de los años, y a raíz de varias investigaciones, se ha comprobado que los niños adoptados presentan en un alto porcentaje de alteraciones de la salud mental y altos niveles de problemas para adaptarse socialmente en comparación con los niños que no han pasado por ese proceso. (3) En la primera infancia son muy importantes para el desarrollo biológico, cognitivo y conductual, las experiencias tempranas, el entorno de cuidado y las influencias ambientales. (4)

La mayoría de los niños adoptados viven situaciones muy complejas en las que se pueden incluir vivencias tempranas de negligencia, maltrato o privación psicosocial. (5) Se ha demostrado que estas experiencias influyen tanto en el desarrollo cerebral como en la evolución social y cognitiva a lo largo de toda la vida del niño, por lo que esto aumenta el riesgo de sufrir problemas cognitivos, sociales y conductuales (5) Algunos de ellos pueden haber estado expuestos a sustancias como las drogas o alcohol en el útero. (6)

La edad y el tiempo que han pasado o pasan en la institucionalización son factores de riesgo que se relacionan directamente con los efectos perjudiciales en el desarrollo de los niños. La atención en estos centros y la falta de estímulos afectan al desarrollo de la corteza prefrontal, la cual tiene un papel importante en el desarrollo y regulación de los procesos cognitivos como por ejemplo la planificación y ejecución de pensamientos, emociones y conductas, así como el almacenamiento de información en la memoria. (4)

Al final, el objetivo de la familia adoptiva es ofrecer a los niños protección, estabilidad, cariño, estimulación cognitiva, aunque las vivencias adversas tempranas pueden tener consecuencias graves para su desarrollo. (6)

4.2. Epidemiología.

Los datos encontrados se basan en el año 2022 recogidos en el “Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia” y emitidos por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (7)

En España, tanto las adopciones nacionales como las internacionales tienen un papel fundamental en la construcción de familias y en la protección de los derechos de la infancia.

Los siguientes datos hacen referencia a la tendencia y a la procedencia de los niños que han sido adoptados nacional e internacionalmente en España en los últimos años.

❖ Adopción nacional. (AN)

A lo largo del 2022 ha habido un aumento de adopciones nacionales con respecto a años anteriores, siendo 681 menores adoptados en España. (Ilustración 1) (7)

Tabla 29. Evolución de los menores de edad adoptados de adopción nacional					
		2018	2019	2020	2021
Menores de edad adoptados ⁽¹⁾	Abs.	639	626	537	675
	Tasa	7,7	7,5	6,5	8,3
Tasa 1/100.000 personas menores de edad de 18 años					

Ilustración 1. Evolución de los menores de edad adoptados de adopción nacional. (7)

Según el estudio, las comunidades autónomas que tienen un registro más alto de adopciones a nivel nacional son las Comunidades autónoma de Andalucía y Valencia. Aunque Asturias, Madrid, Murcia, País Vasco, Ceuta y Melilla presentan un aumento en la adopción nacional con respecto a años anteriores. (Ilustración 2) (5)

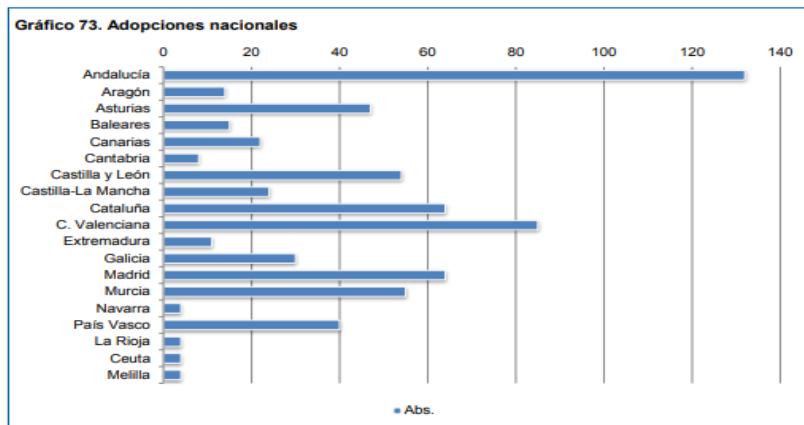


Ilustración 2. Adopciones nacionales. (7)

❖ Adopción internacional (AI).

Observamos que la mayoría de los niños adoptados de entre 0 – 3 años son procedentes de Asia, seguido de América, África, Europa. (Ilustración 3) (7)

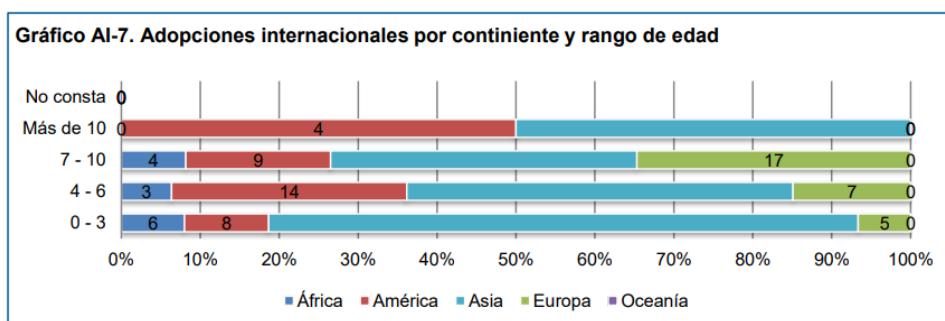


Ilustración 3. Adopciones internacionales por continente y rango de edad. (7)

Según el estudio realizado por el Ministerio de Derechos Sociales, consumo y Agenda 2030, acorde con los datos anteriores, se observa que la mayoría de los niños adoptados en España provienen de países asiáticos. En Comunidades Autónomas como Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castillas y León, Navarra y País Vasco encontramos un 100% de niños adoptados procedentes de Asia. En cambio, en Madrid y Melilla vemos que los porcentajes presentan más variedad en la procedencia de estos niños. (Ilustración 4) (7)

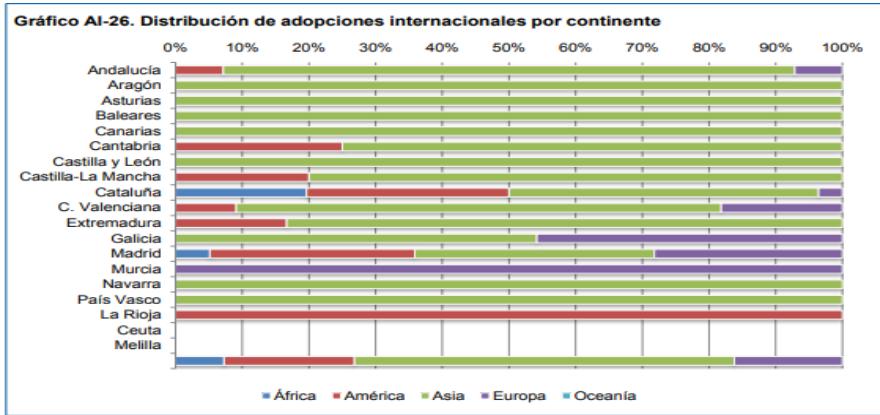


Ilustración 4. Distribución de adopciones internacionales por continente. (7)

4.3. Preadopción.

Este período se puede considerar como una preparación para los futuros padres.

Es importante que los padres adoptivos conozcan que los niños que han pasado grandes períodos de tiempo en instituciones presentan mayor riesgo de manifestar retrasos en el desarrollo, dificultades en el aprendizaje y trastornos de conducta. Incluso, se ha visto que por cada 3 meses que el niño convive en una institución durante el primer año de vida, se retrasa un mes el desarrollo tanto del lenguaje y como del desarrollo psicomotor. Por esto, es muy importante que haya profesionales cualificados que realicen una evaluación del desarrollo de estos niños. (8)

Las familias que deciden adoptar a niños más mayores precisan de más formación preadoptiva y respaldo postadoptivo ya que al ser niños que han permanecido más tiempo en el orfanato tienen mayor riesgo de manifestar trastornos y dificultades. Es muy importante y necesaria la preparación de estos padres ante la adopción ya que es un proceso complejo. (8) Además, en caso de considerar la adopción de más de un niño, es importante espaciar al menos 1 año este proceso para poder dar a cada niño la atención necesaria y la oportunidad de que se integren en la familia. (8)

Por último, la AI puede presentar un desafío considerable en la construcción de una familia debido a que se desenvuelven en un contexto de pérdida y marginalidad. Los niños han experimentado la perdida de sus padres biológicos y cuidadores previos, de su cultura y lengua. Los padres adoptivos deben aprender a abordar el proceso del duelo transicional del niño. (9)

4.3.1. Factores de riesgo preadoptivos.

Los factores de riesgo son aquellas circunstancias que vive una persona o grupo de personas que aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad.

En niños adoptados encontramos dos factores de riesgo preadoptivos que pueden tener gran impacto en su desarrollo y en la adaptación en la familia adoptiva: el maltrato infantil y la multitud de cambios de hogares.

❖ Maltrato infantil.

En la mayoría de los casos, el motivo por el que el niño es separado de sus padres biológicos es el maltrato infantil, esto está altamente relacionado con resultados negativos en el desarrollo. (10) El tiempo de exposición a eventos traumáticos o estresantes se relaciona directamente con problemas de internalización (comportamientos ansiosos, depresivos y somáticos) y de externalización (comportamientos agresivos, falta de atención, desobediencia y conductas delictivas) de la infancia. (11)

Se ha visto que el maltrato provoca efectos estables a largo plazo en los síntomas psicopatológicos en estos niños, también que las conductas de externalización suelen disminuir en mayor porcentaje a diferencia de las de internalización. (11)

❖ Hogares de acogida.

Experimentar varios cambios de residencia en hogares de acogida antes de la adopción se relaciona con elevados problemas de conducta infantil. Investigaciones previas a la adopción han encontrado una relación directa entre la inestabilidad de la colocación y síntomas de trauma, esto podría considerarse indicador significativo del riesgo preadoptivo. Hay estudios que encontraron efectos estables provocados por el gran número de colocaciones en hogares de acogida sobre la externalización e internalización de síntomas en edad adulta. (11)

4.4. El entorno de cuidado temprano y el desarrollo socioemocional.

La calidad de los cuidados que reciben los niños durante la primera etapa de su vida desempeña un papel fundamental en la formación de habilidades para la gestión emocional y conductual. Durante los primeros años de vida también desarrollan habilidades y estrategias de autorregulación gracias a las relaciones entre padre e hijos. (12)

Por contrario, cuando hay una crianza negligente, sitúa a los niños en riesgo de enfrentar dificultades en la autorregulación efectiva lo que puede derivar en problemas de comportamiento. Estos problemas de conducta que se generan en la infancia pueden extenderse hasta la adolescencia e incluso la edad adulta, lo que demuestra la importancia de realizar una intervención temprana para evitar estas trayectorias problemáticas en el desarrollo. (12)

Los 2 primeros años de vida son un periodo importante para el desarrollo del apego. Los niños que establecen vínculos seguros con sus cuidadores presentan menos probabilidad de desarrollar problemas de conducta de internalización (comportamientos ansiosos, depresivos y somáticos) y de externalización (comportamientos agresivos, falta de atención, desobediencia y conductas delictivas) en comparación con niños que han establecido vínculos inseguros. (12)

4.5. Facilitar el apego después de la adopción nacional e internacional.

El **apego** abarca dos dimensiones. En primer lugar, hace referencia al lazo afectivo, recíproco y emocional que une a dos personas; en segundo lugar, alude al proceso de desarrollo necesario para lograr dicho vínculo. (9)

Los teóricos del apego (Bowlby, 1969; Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978) plantearon la hipótesis de que los niños formaban apego con su cuidador durante los 3 primeros años de vida. (Tabla 3)

EDAD	VÍNCULOS
Primer año	Vínculo sólido con la madre. La prefiere por encima de cualquier otro cuidador.
Segundo y tercer año	La madre guía al niño para que desarrolle conexiones con otros miembros de la familia.

Tabla 3. Hipótesis de la formación de apego en los 3 primeros años de vida. Elaboración propia a partir de (9)

En el contexto de una familia normativa y saludable, las experiencias naturales de desarrollo del niño facilitan el apego. Cuando los padres responden a las necesidades del bebé, él aprende a confiar. (9)

Según la Teoría del Desarrollo de Erikson (1959) los niños deben cumplir de manera progresiva, con una serie de tareas de desarrollo. Estas actividades se llevan a cabo con la ayuda y el apoyo de sus cuidadores, principalmente de los padres. Estos niños, es posible que hayan experimentado o experimenten situaciones de pobreza extrema, abandono, abuso, enfermedades recurrentes, desnutrición y presencia de múltiples cuidadores. (9)

Las vivencias que atraviesan ponen en peligro la posibilidad de que alcancen los hitos del desarrollo de la confianza y autonomía. En lugar de ello, aprenden a desconfiar, experimentan duda y vergüenza. Cuando esto ocurre, se complica la formación de vínculos con los cuidadores y el niño se distancia emocionalmente. Se cree que cuanto más persisten estas condiciones, mayor será la retracción emocional del niño. (9)

Por ello, el **trastorno de apego** puede llegar a ser una de las preocupaciones más importantes y significativas de los padres adoptivos. (9)

4.6. Experiencias de cuidado y problemas de conducta de niños adoptados internacionalmente.

Dependiendo del país de procedencia, los niños sin familias permanentes reciben cuidado institucional y/o abundantes cambios entre familias de acogida antes de la adopción. Los niños que residen en instituciones a menudo se encuentran en condiciones que no coinciden con sus necesidades para desarrollar vínculos afectivos debido a la presencia de un elevado número de cuidadores y al cambio frecuente de los mismos. Estos entornos adversos en el cuidado temprano de los niños derivan en un mayor riesgo de sufrir problemas de conducta. (12) (13)

En la adopción, la gran mayoría de ellos presentan mejoras en el desarrollo, incluido una reducción en los problemas de comportamiento, en especial antes de la edad preescolar (1 – 2 años). Pero los resultados de varios estudios demuestran que los niños que han sido adoptados internacionalmente presentan niveles más altos de problemas socioemocionales, incluso problemas de internalización y externalización frente a los niños no adoptados. (12)

Estos niños son derivados a servicios de salud mental con más frecuencia que los niños que no son adoptados y que son criados en su familia biológica. Esto indica la necesidad de realizar intervenciones necesarias para reducir los problemas de conducta que presentan. La manera en la que son atendidos y cuidados después de su adopción, influye significativamente en su comportamiento a lo largo de todas las etapas del desarrollo.

En conclusión, varios estudios demuestran el impacto que tiene la calidad de la crianza y las relaciones de apego entre padres e hijos en el ajuste de la conducta a corto y largo plazo.

4.7. La transición a la familia.

La vida del niño se modifica por completo en cuanto llega a la familia adoptiva y pierden todo aquello que les resultaba familiar. La mayoría de estos niños han nacido en circunstancias complicadas, y esto hace que el cambio en las nuevas familias se convierta en un proceso complicado. (8)

Es habitual que el niño experimente sentimientos de frustración y de temor hacia los padres adoptivos ya que piensan que estos pueden actuar de la misma manera que los biológicos ante ciertas situaciones. Esto es más habitual en niños mayores ya que los recuerdos de esas experiencias están más presentes. (8) Para poder facilitar la transición se pueden llevar a cabo determinadas medidas como mostrarles fotos de su nueva familia, barrio, habitación, que la familia pase tiempo con el niño antes de que comiencen su vida con ellos para entablar vínculos afectivos tempranos, etc. (8)

4.8. Trastornos.

❖ **Trastornos de conducta, desarrollo y vínculo a largo plazo.**

Todos los niños adoptados presentan un riesgo elevado de manifestar trastornos de conducta, desarrollo y del vínculo. Por lo tanto, es importante supervisar las relaciones hijos – padres durante los primeros años de adopción. (8)

En un estudio llevado a cabo con niños procedentes de “Instituciones de Rumania” que fueron adoptados por familias del Reino Unido y que permanecieron institucionalizados por menos de 42 meses en comparación con niños adoptados a nivel nacional que estuvieron en instituciones menos de 6 meses se vio que los niños que han permanecido por más tiempo en una institución presentan con mayor frecuencia problemas cognitivos, trastornos de conducta y del vínculo y conductas quasi – autísticas. (Tabla 4) (8)

	<6 m orfanato	6-24m orfanato	24-42 m orfanato	Adopción nacional <6m
Problemas cognitivos	2,3%	12%	32,6%	2%
Trastorno del vínculo	8,95%	24,5%	33,3%	3,8%
Trastornos de la conducta (TDAH)	13,6%	32,1%	38,6%	9,6%

Tabla 4. Estudio de niños rumanos adoptados en Reino Unido. Elaboración propia a partir de (8).

Por otro lado, se hizo un estudio donde encontraron que los niños adoptados que han pasado más de 24 meses en una institución presentaron mayor número de problemas de conducta (valorado a través de la escala “Child Behavoir Checklist (CBCL) y “Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos (PSC)”, siendo los niños procedentes de Rusia o países de Europa del Este los que mostraban más riesgo de desarrollar trastornos de conducta a diferencia de los que han sido adoptados de otras regiones del mundo. (Tabla 5) (8)

Adopción nacional	61%
Adopción internacional	39%
Circunstancias desfavorables preadoptivas	Porcentaje de niños afectados
Maltrato, abuso sexual, negligencia, consumos tóxicos.	44%
Estancia en instituciones.	50%
Aparición de trastornos con mayor frecuencia en la preadolescencia (inicio a los 9 años)	94%
No hay diferencia entre sexos	
Psicopatologías más frecuentes:	
Trastornos de conducta	50%
TDAH	16,6%
Trastornos cognitivos y del lenguaje, problemas de alimentación, trastorno de conversión y somatizaciones.	11%
Psicosis infantil	22%
Comorbilidad: trastorno conducta – hiperactividad – trastornos del vínculo y adaptativos	95%

Tabla 5: Porcentajes de factores de riesgo y trastornos. Elaboración propia a partir de (8)

El 100% de estos niños recibieron tratamiento psicoterapéutico y un poco más de la mitad de ellos (55,5%) necesitó de tratamiento farmacológico. (8)

Estos niños tienden a cuestionar con más relevancia su identidad en la adolescencia en comparación con los no adoptados. Este proceso puede incluso anticiparse en el caso de niños adoptados internacionalmente, debido a las diferencias raciales y culturales entre los padres adoptivos y los propios niños (8) además presentan más trastornos de conducta que los niños no adoptados y requieren en mayor medida seguimiento en unidades de Salud Mental, aunque estos se encuentren bien adaptados. (8)

❖ **Trastornos más frecuentes en niños adoptados.**

La respuesta psicológica después de vivir un evento traumático o estresante es bastante variable. En algunas situaciones, los síntomas se interpretan desde una perspectiva basada en el miedo y la ansiedad. Se ha demostrado también que muchas personas que han experimentado este tipo de eventos presentan síntomas anhedónicos y disfóricos expresados en forma de enfado y hostilidad, irritabilidad, así como síntomas disociativos. (14)

La falta de cuidado adecuado durante la etapa de la infancia (negligencia social) es un requisito para el diagnóstico de Trastorno de Apego Reactivo y Trastorno de Relación Social Desinhibida. Aunque comparten una causa común, el primero se manifiesta con la internalización de síntomas depresivos y comportamientos de retraimiento, mientras que el segundo se caracteriza por la desinhibición y comportamientos externalizados. (14)

Los trastornos más frecuentes que se han encontrado en estos niños son: el trastorno de apego reactivo y el trastorno de relación social desinhibida. Estos se encuentran en el DSM – V – TR dentro del grupo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. (14)

❖ **Trastorno de apego reactivo. (TAR)**

Este trastorno se caracteriza por un comportamiento de apego notablemente alterado e inapropiado para el desarrollo, en el que el niño rara vez busca a una figura de apego para obtener consuelo, respaldo, protección y crianza. La característica principal es la falta de apego o un apego muy limitado entre el niño y los cuidadores. (Tabla 9) (Anexo I) (14) (15)

Estos niños muestran una disminución en la expresión de las emociones positivas durante las interacciones con sus cuidadores y muestran una presencia emocional limitada. Además, experimentan episodios emocionales negativos de miedo, tristeza o irritabilidad. (14)

Debido a su relación etiológica compartida con el abandono social, el Trastorno de Apego Reactivo frecuentemente está asociado con retrasos en el desarrollo, especialmente en áreas cognitivas y del lenguaje. Otros rasgos vinculados incluyen estereotipias y otros signos de negligencia grave, como la desnutrición o signos de déficit de atención. (14) (15)

La incidencia exacta de este trastorno es desconocida, pero no se observa con frecuencia significativa. Se presenta en niños pequeños que han experimentado negligencia grave antes de ser acogidos en hogares de acogida o instituciones. Sin embargo, incluso entre los niños que han sufrido negligencia severa, el trastorno es poco común, afectando a menos del 10% de estos niños. (14) (16)

Al parecer, en ausencia de tratamiento y sin experimentar mejorías en entornos de cuidados convencionales, los signos y síntoma del trastorno podrían perdurar, al menos, durante varios años. No se tiene claridad sobre la posibilidad de que el trastorno de apego reactivo se pueda desarrollar en los niños de mayor edad y, de ser así, tampoco se sabe cómo se podría diferenciar su presentación de la de los niños pequeños. (14) (16)

El mayor factor de riesgo en este trastorno es ambiental. En este caso es la negligencia social grave siendo el único factor de riesgo que se conoce para este trastorno. El pronóstico parece estar vinculado a la calidad del entorno de cuidado posterior a la negligencia grave. (15)

Este trastorno compromete de manera significativa la capacidad de los niños pequeños para establecer relaciones interpersonales tanto con los adultos como con los compañeros y está vinculado a un deterioro funcional en diversas áreas cognitivas durante la primera infancia. (14) (16)

Es importante tener en cuenta los posibles diagnósticos diferenciales ya que pueden presentar síntomas muy similares y el diagnóstico puede ser confuso. Por lo que se debe evaluar minuciosamente. En este caso, los diagnósticos diferenciales son:

- El trastorno del espectro autista.
- Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual).
- Trastornos depresivos.

❖ **Trastorno de relación social desinhibida. (TRSD)**

La característica fundamental de este trastorno es un patrón de conducta que implica una excesiva familiaridad con individuos desconocidos (Criterio A). (Tabla 10) (Anexo II).

El trastorno de apego puede coexistir con retrasos en el desarrollo, especialmente en áreas cognitivas y lingüísticas, así como con manifestaciones de negligencia grave como malnutrición o cuidado deficiente. Aunque estos signos de abandono pueden desaparecer, los indicios del trastorno de apego suelen persistir. (17)

Este trastorno puede manifestarse en niños que han experimentado abandono y no han desarrollado un vínculo de apego normal, o han establecido un vínculo con sus cuidadores que varía entre seguro y alterado. (14) (16)

La prevalencia es desconocida. Este trastorno es poco frecuente y suceden en un porcentaje muy bajo de niños. En poblaciones de riesgo se ha registrado esta afectación en el 20% de los niños. (14) (16)

Si se produce un abandono temprano y aparecen signos del trastorno, es probable que la presentación clínica se mantenga estable en el tiempo, especialmente si continúan las condiciones de abandono. Cuando el trastorno persiste durante infancia media, los síntomas pueden incluir excesiva familiaridad verbal y física y así como una expresión emocional no auténtica, especialmente durante las interacciones con adultos. (17) La relación con los compañeros puede verse afectada cuando son adolescentes ya que se hace más evidente el comportamiento desinhibido y los conflictos. (16)

Este trastorno puede aparecer desde el segundo año de vida hasta la adolescencia. (14)

Generalmente la calidad del cuidado influye en el desarrollo del trastorno, aunque incluso después de ser ubicados en un buen entorno de cuidado, algunos niños continúan mostrando signos y síntomas persistentes de la enfermedad, al menos hasta la adolescencia. Este trastorno tiene un impacto significativo en la capacidad para relacionarse con adultos y compañeros. (14) (16)

Al evaluar un paciente, es importante considerar el diagnóstico diferencial, es decir, la distinción entre diferentes condiciones que pueden presentar síntomas similares. Uno de los trastornos a tener en cuenta es el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH). Este trastorno se caracteriza por dificultades en mantener la atención, hiperactividad e impulsividad. Por lo tanto, es esencial realizar una evaluación exhaustiva que incluya la historia clínica completa, la observación del comportamiento y, en algunos casos, pruebas psicológicas específicas para llegar a un diagnóstico preciso y ofrecer el tratamiento más adecuado para el paciente. (14) (17)

4.9. Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de AI desde la perspectiva enfermera.

El punto principal del proceso de adopción es cubrir las necesidades básicas de estos niños. Por parte de la enfermería hay muy pocas investigaciones acerca de la AI. Tras hacer una amplia revisión bibliográfica, una de las teorías que hace referencia a la ayuda que prestan las enfermeras a las familias después de la AI es la "Teoría de Cuidado de Swanson" (1991). (18) (19)

En 1991, Kristen Swanson propuso la "Teoría de los Cuidados", en la cual entendió el cuidado como una manera educativa de interactuar con un ser querido, hacia el que se experimenta un compromiso y una responsabilidad personal. Plantea cinco procesos fundamentales: "*conocimiento, estar con (acompañamiento), hacer por, posibilitar y mantener las creencias*." Estos conceptos posibilitan la reflexión sobre la perspectiva integral del cuidado enfermero, fusionando dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas en el ámbito de la ciencia de enfermería. (20)

Esta teoría respalda la afirmación de que el cuidado constituye un elemento central de la enfermería. (20)

Desde la enfermería se proporcionan los cuidados necesarios al niño adoptado, su familia y comunidad, teniendo en cuenta todos los aspectos biopsicosociales y espirituales que caracteriza el enfoque holístico de la disciplina enfermera, la salud es “*el estado de bienestar o enfermedad que experimenta la persona o el grupo y es la meta de los cuidados de enfermería*”, esto se analiza a través de la *Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner*. Para finalizar, el **cuidado** es el conjunto de actividades, características y atributos del profesional que proporciona dichos cuidados, en este caso la enfermería y se plantea desde la *Teoría de las Necesidades Humadas de Virginia Henderson*. (18) (19)

❖ **Teoría de las necesidades infantiles.**

La teoría de Maslow plantea una jerarquía de necesidades humanas universales, mientras que Doyal y Gough introducen el concepto de "necesidades universales", destacando la importancia de la salud física y la autonomía. Estas son esenciales para todos los niños, independientemente de su contexto cultural o etapa de desarrollo. Además, identifican un conjunto de necesidades secundarias o elementos específicos que deben satisfacerse universalmente para permitir un desarrollo saludable, autonomía y adaptación activa a la sociedad. (18)

Después del nacimiento, los niños dependen de adultos para satisfacer sus necesidades básicas y sentirse emocionalmente seguros. El vínculo con estos adultos les permite explorar el mundo y desarrollar autonomía. (19) Sin embargo, los niños que han vivido desigualdades, como aquellos que se han criado en orfanatos precarios, carecen de estímulos, cuidado y afecto necesarios. Sus relaciones suelen estar marcadas por experiencias negativas que obstaculizan la satisfacción de sus necesidades. Por tanto, estos niños requieren condiciones específicas para abordar sus necesidades de la misma manera que los demás niños. (18)

Es crucial proporcionar a los niños adoptados un entorno protector en todos los aspectos de sus vidas, incluyendo la familia, la escuela y las relaciones con sus iguales para potenciar sus competencias y habilidades. Después de la adopción, es esencial abordar de manera especializada las carencias que el niño pudo experimentar durante su desarrollo, garantizando así la satisfacción integral de sus necesidades. (18)

La "Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner" ayuda a evaluar si se han satisfecho las necesidades del niño adoptado, ya que es importante considerar el contexto y las relaciones en las que se ha desarrollado.

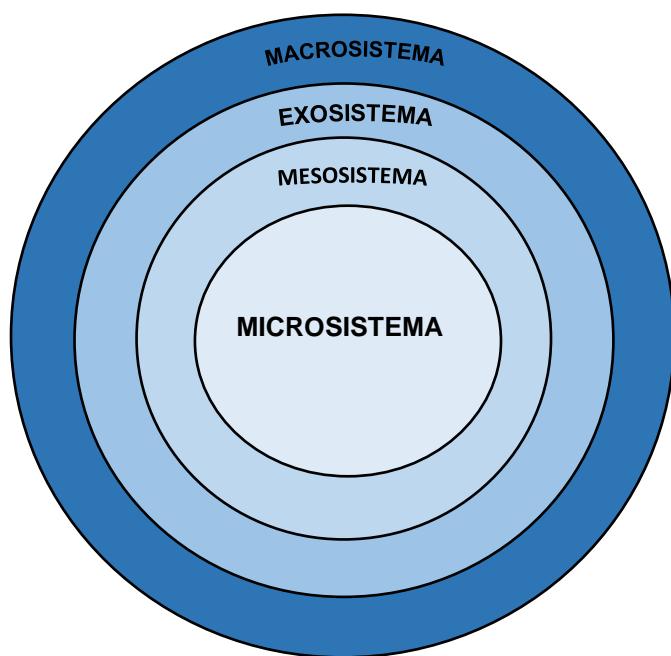
Esta teoría puede servir de guía para la comprensión de cómo el niño se adapta a nuevos niveles de interacción después de la adopción. La enfermería, en colaboración con otros profesionales, puede diseñar programas de orientación y apoyo para las familias, facilitando así el proceso de adaptación del niño al entorno adoptivo. (18)

❖ La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano.

Esta teoría está basada en las relaciones que el individuo establece en los diferentes niveles y sistemas o contextos, los cuales están interrelacionados e influyen en su adaptación a lo largo de las etapas de la vida. (18)

El enfoque que da esta teoría ha mostrado ser un marco valioso para la creación de intervenciones en situaciones problemáticas complejas como en el caso de los niños con trastornos emocionales o adolescentes violentos. (18)

Se plantean cuatro niveles de interacción que influyen en el desarrollo de los niños adoptados, y, por consiguiente, en la satisfacción de sus necesidades (Ilustración 5):



- **El microsistema** hace referencia a la familia adoptiva, donde las influencias mutuas entre padres e hijos impactan en ambos, y el vínculo se entiende como un proceso bidireccional. Se sugiere que los profesionales involucrados en el proceso de adopción intenten encajar las fortalezas de la familia con las necesidades específicas del niño. (18)

Ilustración 5. Teoría Ecológica del Desarrollo Humano. Elaboración propia a partir de (18)

- **El mesosistema** representa los vínculos entre los entornos en los que el niño está involucrado. El ingreso en el colegio, el desempeño académico y las interacciones con sus compañeros. Desde la visión ecológica se prevé que la calidad de las relaciones entre padres e hijos tiene un gran impacto en la integración escolar del niño y en las relaciones con sus compañeros. Es importante que los docentes tengan formación e información acerca de los niños adoptados y sus necesidades. (18)
- **El exosistema**, está formado por los servicios sociales. (18)
- **El macrosistema**, la sociedad y la cultura. Recalca el efecto que la sociedad tiene sobre el funcionamiento y percepción que las familias adoptivas tienen de sí mismas. (18)

Esta teoría podría ser la más apropiada para comprender las relaciones entre los diversos entornos en los que el niño está involucrado, cómo influyen en su desarrollo y en la satisfacción de sus necesidades a corto y largo plazo. (18)

❖ **Modelo de Virginia Henderson.**

Este modelo es el que debe orientar a la enfermería para poder atender las necesidades de los niños adoptados basado en la comprensión empática y en el cuidado integral de la persona. (18)

Reconoce que cada niño adoptado ha vivido experiencias únicas que pueden dejar huellas emocionales y físicas. La enfermera debe ser capaz de percibir las cargas emocionales que el niño lleva consigo y ayudarlo a liberarse de ellas. Esto implica abordar necesidades físicas, emocionales y psicológicas, como dolor, falta de cuidado, estimulación, afecto y vínculos. El enfoque es holístico, considerando el cuerpo, la mente y el alma del niño afectados por sus experiencias pasadas. (18)

Virginia Henderson concibe a la persona como una entidad única y compleja, compuesta por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, destacando la importancia de la relación entre la persona y su familia como una unidad inseparable. Su modelo enfatiza el papel activo de la persona y su familia en el autocuidado, buscando alcanzar la independencia en la satisfacción de sus necesidades de salud.

Este enfoque implica involucrar y responsabilizar a la persona y su familia en la gestión de su propia salud. Henderson considera que su modelo proporciona un marco teórico integral para todas las etapas del proceso enfermero, siendo especialmente útil en la valoración de niños adoptados, donde se busca determinar su nivel de dependencia e independencia en el cumplimiento de necesidades básicas e identificar posibles dificultades para satisfacerlas. La enfermera se encarga de recoger y organiza información relevante sobre estas necesidades durante la valoración. (18)

De acuerdo con este modelo las intervenciones de enfermería están dirigidas hacia la restauración y conservación de la independencia del niño y la familia en el cumplimiento de las necesidades básicas. Esto implica establecer una relación de apoyo, asistencia o compañía dependiendo del grado de dependencia y siempre evaluando la consecución de los resultados a través de la prestación de cuidados enfermeros. (18)

4.10. Justificación.

Este estudio se centra en determinar y conocer la prevalencia de trastornos conductuales, emocionales y/o del apego en niños adoptados de entre 4 - 8 años que han sufrido vivencias adversas y extremas.

La adopción es un proceso complicado, que requiere de adaptación tanto del niño adoptado como de la familia adoptiva. Estos niños presentan un alto riesgo de sufrir algún trastorno del desarrollo, de la conducta y del vínculo. El período de preadopción es una etapa dedicada y centrada en los futuros padres, en la que se resuelven dudas y donde se les explica los posibles riesgos que presentan estos niños. (8)

Los niños pequeños dependen en su totalidad de las relaciones tempranas de cuidado, no solo para sus necesidades básicas como la alimentación y refugio, sino también para recibir apoyo en el desarrollo de la regulación emocional, construir una identidad propia y explorar el entorno que les rodea.

Cuando experimentan situaciones adversas como la falta de atención, la crianza en centros institucionalizados (orfanatos) o múltiples cambios entre cuidadores y hogares de acogida, experiencias de maltrato y negligencia, estos niños pueden desarrollar trastornos de internalización y externalización y trastornos de apego como el Trastorno de Apego Reactivo

(TAR) o Trastorno de Relación Social Desinhibido (TRSD), siendo los más frecuentes en estos casos. (16)

Por lo que, para poder identificar la prevalencia de trastornos conductuales, emocionales y/o de apego en niños adoptados de entre 4 – 8 años lo mejor es realizar un estudio observacional descriptivo transversal. Este estudio va a proporcionar información importante para mejorar la atención y la intervención en esta población.

5. Objetivos.

5.1. Objetivos generales.

Investigar y describir la prevalencia de problemas conductuales, emocionales y de apego en niños/as adoptados de entre 4 – 8 años desde su llegada a la familia adoptiva, así como identificar los posibles factores asociados que pueden influir en el desarrollo de estos trastornos.

5.2. Objetivos específicos.

- Verificación de síntomas pediátricos: se realizará a través de la lista PSC, “Pediatric Symptom Checklist”. (padres)
- Identificación de los problemas comportamentales y emocionales de los niños desde una perspectiva psicopatológica mediante la escala CBCL, “Child Behavoir Checklist”.
- Identificar la aparición de problemas de conducta de niños adoptados a través de la escala RRPS, “Revised Rutter Parent Scales”. (Realizada por los padres).
- Determinar la prevalencia de trastornos conductuales, emocionales y/o del apego en niños adoptados de entre 4 – 8 años.

6. Metodología.

El presente trabajo es un estudio observacional descriptivo transversal donde se va a identificar la prevalencia de problemas conductuales, emocionales y de apego en niños adoptados.

Este tipo de estudio se basa en observar a una población determinada sin intervenir en ella. El objetivo es que sea un estudio centrado en describir las características de dicha población, en lugar de buscar una relación causal. Y, por último, se van a recopilar los datos necesarios en un momento específico, no se va a llevar a cabo seguimiento en el tiempo.

El estudio tendrá una duración total de 24 meses y se va a realizar en la Fundación Diagrama, la cual trabaja con niños/as adoptados y sus familias adoptivas.

6.1. Sujetos de estudio

La población diana la conforman los niños adoptados que acuden a la Fundación Diagrama de la Comunidad Valenciana para recibir intervención socioeducativa y psicológica.

En cuanto los criterios de inclusión y exclusión de la población diana en este estudio serán los siguientes:

Criterios de inclusión.

- Niños adoptados.
- Ambos性.
- Edad comprendida entre 4 – 8 años en el momento del estudio.
- Edad comprendida entre 2 – 5 años en el momento de la adopción.
- Procedencia nacional e internacional.
- Estancia en el orfanato mínima de 6 meses antes de la adopción.
- Niños que hayan experimentado multitud de cambios de residencia en hogares de acogida antes de la adopción.
- Padres, tutores legales y niños/as adoptados con buen nivel de español para la comprensión del estudio y los cuestionario y escalas que se les va a facilitar.
- Consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Niños no adoptados.
- Menores de 4 años y mayores de 8 años en el momento del estudio.
- Trastornos mentales y/o patologías graves que interfieran en la capacidad para comprender y participar en el estudio.
- Problemas con el idioma o comunicación que dificulten una evaluación adecuada.
- Niños mayores a 5 años en el momento de la adopción.
- Niños diagnosticados con cualquier tipo de discapacidad física o mental.
- Consentimiento informado no firmado ni presentado.

Aquellos niños que cumplan con los criterios de inclusión formarán parte de este estudio hasta haber incluido un total de 306 participantes.

Para ello, se ha tenido en cuenta un intervalo de confianza del 95% con el objetivo de buscar y garantizar un alto nivel de confianza en los resultados del estudio. Esto proporciona precisión y fiabilidad en los resultados obtenidos.

6.2. Variables.

Teniendo en cuenta los sujetos a estudio y su relación con ambas familias (biológica y adoptiva) influyen las siguientes variables (Tabla 6):

- Como variable dependiente: “*tipo de trastorno*”.
- Como variables independientes: “*sexo, número de cambios de residencia de hogares de acogida antes de la adopción, duración de la estancia del niño en el orfanato, edad en el momento de adopción, edad del niño en el momento del estudio, tiempo que lleva con su familia adoptiva, estado civil de padres biológicos, nivel de educación tanto de padres biológicos como de padres adoptivos, nivel socioeconómico de padres adoptados y biológicos*

VARIABLE DEPENDIENTE:

- **Tipo de trastorno:** en este caso se tendrá en cuenta los trastornos internalizantes (comportamientos ansiosos, depresivos y somáticos), externalizantes (comportamientos agresivos, falta de atención, desobediencia y conductas delictivas), es decir, trastornos relacionados con la conducta y las emociones, y de apego (TAR y TRSD), ya que son patrones que pueden afectar a la salud mental de una persona. Es una variable cuantitativa y para ello se utilizarán las siguientes escalas que ayudarán a identificar la presencia de trastornos conductuales, emocionales o de apego:
 - PSC las variables serán de 33-63 puntos: riesgo bajo/Entre 64 – 69 puntos: riesgo medio/70 o más puntos: riesgo alto.
 - CBCL las variables serán las siguientes: no lo describe/no es cierto (0), lo describe en cierta manera o algunas veces (1), lo describe muy a menudo (2).
 - RRPS las variables serán: (0) el problema no está presente, (1) el problema está ocasionalmente y (2) el problema está habitualmente.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- **Sexo:** atributos biológicos y físicos que definen a mujeres y hombres. Es una variable cualitativa dicotómica que será recogido a través de un cuestionario. Los valores serán hombre o mujer.
- **Número de cambios de residencia de hogares de acogida antes de la adopción:** Es una variable cuantitativa que será recogida a través de un cuestionario. Los valores serán superiores a 0.
- **Duración de la estancia del niño en el orfanato:** tiempo que ha pasado el niño en un centro de acogida. Es una variable cuantitativa que será recogida a través de un cuestionario. Las variables serán igual o superior a 2 meses.
- **Edad en el momento de la adopción:** años en los que se encuentra el niño cuando es adoptado. Es una variable cuantitativa discreta que será recogida a través de un cuestionario. Las variables serán igual o superior a 0.

- **Edad del niño adoptado en el momento del estudio:** años que tiene el niño en el momento exacto en el que se lleva a cabo el estudio. Es una variable cuantitativa discreta que se recogerá a través de un cuestionario. Las variables serán igual o superior a 0.
- **Tiempo que lleva con la familia adoptiva:** tiempo que a transcurrido desde que esta con la familia adoptiva hasta la realización del estudio. Es una variable cuantitativa. Las variables serán igual o superior a 0 meses.
- **Estado civil de padres biológicos:** situación matrimonial en la que se encontraban dichos padres cuando convivían con el niño. Es una variable cualitativa. La variable será soltero, casado, separado, divorciado y viudo.
- **Nivel de educación de padres biológicos y adoptivos:** nivel de formación alcanzado por los padres. Se tiene en cuenta el máximo nivel superado. Es una variable polítómica ordinal que se recogerá a través de un cuestionario. Las variables serán la etapa infantil (0-6años), educación primaria (6-12años), educación secundaria obligatoria (12-16años), bachillerato (16-18años), formación profesional (>15años), grado universitario (>18 años).
- **Nivel socioeconómico de padres biológicos y adoptivos:** hace referencia a la situación en la que se encuentran los padres según los ingresos, educación y el tipo de trabajo que tienen. Es una variable cualitativa ordinal. Las variables serán bajo, medio y alto.

VARIABLES	TIPO	HERRAMIENTA DE MEDICIÓN	POSIBLES VARIABLES
Sexo	Variable cualitativa dicotómica	Cuestionario	Hombre // Mujer
Número cambio de residencias antes de la adopción	Variable cuantitativa discreta	Cuestionario	Superior a 0
Duración de la estancia del niño en el centro de acogida	Variable cuantitativa	Cuestionario	Igual o superior a 2 meses
Edad en el momento de la adopción	Variable cuantitativa discreta	Cuestionario	Igual o superior a 0.
Edad del niño adoptado en el momento del estudio	Variable cuantitativa discreta	Cuestionario	Igual o superior a 0
Tiempo que lleva con la familia adoptiva	Variable cuantitativa	Cuestionario	Igual o superior a 0 meses
Estado civil de padres biológicos	Variable cualitativa	Cuestionario	Soltero // Casado // Separado // Divorciado // Viudo
Duración de la estancia en el orfanato	Variable cuantitativa discreta	Cuestionario	Igual o superior a 2 meses.
Nivel de educación de padres biológicos y adoptivos	Variable politómica ordinal	Cuestionario	Etapa infantil (0-6años) // Educación primaria (6-12años) // Educación secundaria obligatoria (12-16años) // Bachillerato (16-18años) // Formación profesional (>15años) // Grado universitario (>18 años).
Nivel socioeconómico de padres biológicos y adoptivos	Variable cualitativa ordinal	Cuestionario	Alto // Medio // Bajo
Tipo de trastorno	Variable cuantitativa	Escalas y cuestionario	Cuestionario PSC: Entre 33-63 puntos: riesgo bajo/Entre 64 – 69 puntos: riesgo medio/70 o más puntos: riesgo alto. // Escala CBCL: no lo describe/no es cierto (0), lo describe en cierta manera o algunas veces (1), lo describe muy a menudo (2) // Escala RRPS: (0) el problema no está presente, (1) el problema está ocasionalmente y (2) el problema está habitualmente

Tabla 6. Variables. Elaboración propia

6.3. Procedimiento de recogida de datos.

Para poder llevar a cabo el estudio e incluir a los pacientes en él, se les va a proporcionar un documento informativo (anexo VI) y un formulario de Consentimiento Informado (anexo VI). Estos documentos contendrán información detallada sobre el estudio, permitiendo a los pacientes tomar una decisión independiente sobre su participación, de acuerdo con la “*Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*”. El documento informativo contendrá un código alfanumérico único asignado exclusivamente a cada paciente, asegurando así el anonimato de los datos y el respeto a la privacidad de los participantes, conforme a la “*Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*”. Además, se garantiza el derecho del paciente a retirar su consentimiento en cualquier momento.

Una vez han sido definidas las variables, es necesario identificar las herramientas que se van a utilizar para realizar la recogida de datos. Para ello, se van a especificar dichas herramientas de recogida de datos de cada variable.

Todas las variables van a ser recogidas a través de cuestionarios o escalas. La variable “Nivel de alteración conductual y emocional” va a ser recogida por escalas y cuestionarios específicos. La verificación de síntomas pediátricos que evalúa los riesgos para el funcionamiento psicosocial del niño se realizará a través del cuestionario PSC, para la identificación de los problemas comportamentales y emocionales de los niños desde una perspectiva psicopatológica se realizará mediante la escala CBCL, y, por último, para identificar la aparición de problemas de conducta de niños adoptados necesitaremos la escala RRPS.

Las escalas recogidas en el anterior párrafo se han adquirido de diversos artículos de investigación. Dichas escalas y cuestionarios se encuentran en los anexos III, IV, V.

El **cuestionario PSC** (Anexo IV) es un instrumento preparado para ser contestado por los padres adoptivos de los niños/as con el objetivo de evaluar los factores de riesgo para el funcionamiento psicosocial del niño/a. Este está dividido en dos apartados: datos sobre la familia y cuestionario de conductas. Este último se centra en aspectos de la vida cotidiana de los niños/as (relación con amistades, familia, escuela, juegos y estado de ánimo). Una puntuación de 64 o más indica Riesgo y el niño o niña evaluado deberá ser derivado a salud mental para evaluar en más profundidad. (Tabla 7) (21)

BAJO	Puntuación entre 33 – 63 puntos.
MEDIO (Riesgo)	Puntuación entre 64 – 69 puntos.
ALTO (Riesgo crítico)	Puntuación de 70 o más puntos.

Tabla 7. Puntuación cuestionario PSC. Elaboración propia a partir de (21)

La **escala CBCL** (Anexo III) es un instrumento creado para evaluar cómo los padres adoptivos perciben un grupo de problemas emocionales, conductuales y sociales del niño/a que consta de 100 preguntas que indican si hay algún tipo de dificultad en los ámbitos mencionados durante los últimos 2 meses: *no lo describe/no es cierto (0), lo describe en cierta manera o algunas veces (1), lo describe muy a menudo (2)*. Esta escala abarca, también, la evaluación de 8 “síndromes”: (22) (23) (24) (25) (26) (27)

- Síndrome 1: Retraimiento.
- Síndrome 2: Quejas somáticas.
- Síndrome 3: Ansiedad/depresión.
- Síndrome 4: Problemas sociales.
- Síndrome 5: Alteraciones del pensamiento.
- Síndrome 6: Problemas de atención.
- Síndrome 7: Conducta infractora.
- Síndrome 8: Conducta agresiva.

Se obtiene una puntuación global de dos grandes grupos (problemas internalizantes y problemas externalizantes). Para los problemas internalizantes se utilizan las escalas de retraimiento, quejas somáticas, ansiedad y depresión. Para los externalizantes, se utilizan la conducta infractora y conducta agresiva. (23)(24)(25)(26)(27)

El puntuaje total se calcula con la suma de los ítems del formulario, excepto si faltan por contestar 8 de los ítems, en ese caso no se podría obtener la puntuación total. (24) (25)

La **escala RRPS** (*Revised Rutter Parent Scales, Rutter y Richman, 1997*) se utiliza para identificar los problemas de conducta en preescolares y escolares adoptados. Los padres son los que dan la información para llenar dicha escala. Está compuesta por 50 ítems a responder por los padres. Da lugar a una puntuación general e incluye 4 subescalas a tener en cuenta: hiperactividad, emociones, conducta y relaciones prosociales. “0 el problema no está presente, 1 el problema está ocasionalmente y 2 el problema está habitualmente” (26) (28)

6.4. Fase del estudio, cronograma.

CRONOGRAMA	
FASES	TIEMPO
Elaboración y redacción del proyecto	Septiembre 2023 – abril 2024
Presentación al Comité de Ética	Mayo 2024 – junio 2024
Reunión con servicios sociales, psicólogos, psiquiatras y supervisores de enfermería	Julio 2024
Reclutamiento y selección de participantes	Agosto 2024 – septiembre 2024
Recopilación de datos	Octubre 2024 – febrero 2025
Análisis de datos	Marzo 2025 – Julio 2025
Interpretación de los resultados	Agosto 2025 – septiembre 2025

Tabla 8. Cronograma. Elaboración propia.

Este estudio tendrá una duración de 24 meses, durante las cuales se llevarán a cabo todas las etapas necesarias para investigar, determinar e identificar la prevalencia de problemas conductuales, emocionales y de apego en niños adoptados de entre 4 - 8 años. El cumplimiento de este cronograma garantizará la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos (Tabla 8).

6.5. Análisis de los datos.

Todos los datos que se recogen en el estudio se van a trasladar a un documento Excel para que puedan ser tratados y analizados mediante el programa estadístico *IBM SPSS Statistics 29.0* el cual nos proporcionará los datos y resultados necesarios para poder redactar las conclusiones del estudio.

Para determinar el grado de asociación entre variables cualitativas la prueba estadística Chi – cuadrado permitirá identificar posibles relaciones significativas entre las variables. También se realizarán tablas de contingencia para examinar la relación entre las variables. Y, por último, se realizarán tablas de frecuencias para calcular la frecuencia absoluta y relativa de cada variable como por ejemplo el tipo de trastorno.

En cuanto a las variables cuantitativas se realizará un análisis descriptivo en el que se analizará tanto el grado de dispersión como de centralización y dispersión calculando la media, mediana, moda y desviación estándar. También se realizará comparaciones entre diferentes grupos de variables para determinar si existen diferencias significativas con la prueba T de Student o ANOVA. Se llevará a cabo un análisis de correlación entre variables cuantitativas utilizando la prueba de Pearson. Y, por último, se utilizarán modelos de regresión para determinar la influencia de múltiples variables utilizando regresión lineal.

7. Aspectos éticos.

Este estudio será presentado al Comité de Ética Asistencial (CEA) de acuerdo con el “*Decreto 61/2003 de 8 de mayo, por el que se regula el régimen jurídico de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y crean y regula la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid*”. Y también se presentará al Comité de Bioética de España regulado por la “*Ley 14/2007 de Investigación Biomédica*”. Y con ello comprobar si se cumplen los requisitos éticos necesarios para obtener dicha aprobación. (29) (30)

En todo momento se respetarán los principios y fundamentos de la última actualización de la Declaración de Helsinki. (31) Como se muestra anteriormente, los participantes recibirán una hoja informativa (anexo VI) y el formulario de Consentimiento Informado (anexo VI) donde se van a explicar de forma clara y detallada el desarrollo y el objetivo del estudio para que entiendan y comprendan en qué consiste, y tengan la oportunidad de determinar de manera autónoma, libre y voluntaria su participación en dicho estudio, de acuerdo a la “*Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*”. En todo momento se garantizará la confidencialidad de la información y el respeto y privacidad de los participantes de acuerdo con la “*Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*”, para ello cada uno de los participantes tendrá un código alfanumérico que estará en la base de datos junto con los datos clínicos necesarios para llevar a cabo el estudio. Solo tendrá acceso a esos datos la persona encargada de llevar a cabo la investigación. De igual manera, los participantes tienen derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento. (31)

8. Limitaciones del estudio.

El estudio presenta varias limitaciones que se deben tener en cuenta a la hora de realizar el estudio e interpretar los resultados.

La primera limitación que encuentro es la influencia de las variables intrínsecas de los niños las cuales no pueden medirse, como lo es su personalidad, ya que esta puede influir en su comportamiento, conducta y adaptación. Entre un 10 – 60% de ella parte de una base genética y hereditaria que es difícil de identificar y diferenciar con ciertas conductas que los niños adoptivos pueden desarrollar debido a las experiencias vividas. Por lo que esto puede influir en los resultados.

Tampoco se tendrá en cuenta si los padres biológicos tienen diagnósticos de trastorno mental ni cualquier otra patología por lo que, aunque estos presenten alguna patología de esta índole, no será determinante ni influirá en ningún caso en el estudio.

Por último, la prematuridad es un factor importante que puede afectar en el desarrollo, estos niños pueden mostrar problemas de conductas, emocionales e incluso presentar déficit de atención, y síntomas de trastornos de internalización y externalización. Pero en este caso es muy difícil o prácticamente imposible diferenciar si las conductas observadas están relacionadas con la prematuridad o con las experiencias adversas de los niños adoptados. Esto dificulta la identificación de la verdadera causa de los trastornos de conducta y emocionales observados.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Alves B/O/O. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde.
- (2) Inicio - MeSH - NCBI.
- (3) Brodzinsky D, Gunnar M, Palacios J. Adoption and trauma: Risks, recovery, and the lived experience of adoption. *Child Abuse Negl* 2022 -08;130(Pt 2):105309.
- (4) Keil MF, Leahu A, Rescigno M, Myles J, Stratakis CA. Family environment and development in children adopted from institutionalized care. *Pediatr Res* 2022;91(6):1562-1570.
- (5) Bick J, Lipschutz R, Tabachnick A, Biekman B, Katz D, Simons R, et al. Timing of Adoption is Associated with Electrophysiological Brain Activity and Externalizing Problems Among Children Adopted Internationally. *Dev Psychobiol* 2022 May 1;:64(4):e22249.
- (6) Paine AL, van Goozen SHM, Burley DT, Anthony R, Shelton KH. Facial emotion recognition in adopted children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023;32(1):87-99.
- (7) Ministerio de, derechos sociales y agenda 2. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia. 2023.
- (8) Ochando G, Peris PS, Millán CM, Capote OJL. 2007-2,3,4-50-57.
- (9) Murphy L. N. Facilitating attachment after international adoption. ;34(4):210-215.
- (10) Melançon F, Cossette L, Smith C, Beauvais-Dubois C, Cyr C, Smolla N. Parenting stress of adoptive mothers, mother-child conflict, and behavior problems during adolescence among international adoptees. *J Fam Psychol* 2019 -12;33(8):988-993.
- (11) Blake AJ, Ruderman M, Waterman JM, Langley AK. Long-term effects of pre-adoptive risk on emotional and behavioral functioning in children adopted from foster care. *Child Abuse Negl* 2022 -08;130(Pt 2):105031.
- (12) Yarger HA, Lind T, Raby KL, Zajac L, Wallin A, Dozier M. Intervening With Attachment and Biobehavioral Catch-Up to Reduce Behavior Problems Among Children Adopted Internationally: Evidence From a Randomized Controlled Trial. *Child Maltreat* 2022 August 1;:27(3):478-489.
- (13) Ní Chobhthaigh S, Duffy F. The effectiveness of psychological interventions with adoptive parents on adopted children and adolescents' outcomes: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2019 -01;24(1):69-94.
- (14) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5-TR. 5^a Edición ed.: Panamericana; 2023.
- (15) Kroupina MG, Ng R, Dahl CM, Nakitende AJ, Elison KC. Reactive Attachment Disorder (RAD) and Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED) Symptomatology in a High-Risk Clinical Sample. *Clin Pediatr (Phila)* 2023 -07;62(7):760-768.

- (16) Kroupina MG, Ng R, Dahl CM, Nakitende AJ, Elison KC. Reactive Attachment Disorder (RAD) and Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED) Symptomatology in a High-Risk Clinical Sample. *Clin Pediatr (Phila)* 2022 -12-14;62(7):760.
- (17) Monette S, Cyr C, Terradas MM, Couture S, Minnis H, Lehmann S. Development and Validation of a Measure of Attachment Disorders Based on DSM-5 Criteria: The Early TRAuma-Related Disorders Questionnaire (ETRADQ). *Assessment* 2022 -04;29(3):556-571.
- (18) Fernández-Lasquetty Blanc B, Rizo Baeza M^aM, Cortes Castell E. Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera. 2015 09;/24(3):149-153.
- (19) Pioneering the Psychiatric Nurse Role in Foster Care () - PMC.
- (20) Rodríguez Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. 2012 10;/11(28):316-322.
- (21) Cuestionario para padres PSC. Available at: <https://es.scribd.com/document/385597677/Psc>.
- (22) Parrilla - Escobar, M.A., Cerezo Corredora, S., García Díez, B., Andrés Lobo de, C., Cáceres Riol, C., Maniega Rubio, M.A., Molina Rodríguez Molina, V. Función ejecutiva, lenguaje pragmático y perfiles psicopatológicos según la CBCL en niños con trastornos del neurodesarrollo y antecedentes familiares de esquizofrenia. 09/02/20 09/02/20;37(1):5-16.
- (23) REVISIÓN DE INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE RESPUESTA AL ÍTEM AL CHILD BEHAVIOR CHECKLIST. ;17:151-157.
- (24) Lecannelier F, Pérez Ewert JC, Groissman S, Gallardo D, Bardet AM, Bascuñan A, et al. Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) en la Ciudad de Santiago de Chile. 2014 06;/13(2):491-500.
- (25) Hernández Zambrano, Sonia., Báez Meneses, Alba Lucía. Evaluación psicométrica de la lista de comportamiento de Achenbach y Edelbrock en pre-escolares de 4.0 - 5.5 años de nivel socioeconómico bajo. 2013 3 Diciembre.
- (26) Sánchez-Sandoval Y, Palacios J. Problemas emocionales y comportamentales en niños adoptados y no adoptados. 2012 11;/23(3):221-234.
- (27) Parrilla-Escobar MA, Cerezo Corredora S, García Díez B, De Andrés Lobo C, De Cáceres Riol C, Maniega Rubio MA, et al. Función ejecutiva, lenguaje pragmático y perfiles psicopatológicos según la CBCL en niños con trastornos del neurodesarrollo y antecedentes familiares de esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2020 -03-31;37(1):5.
- (28) Palacios, Jesús., Sánchez-Sandoval, Yolanda., León, Esperanza. Adopción y problemas de conducta. (19):171-190.
- (29) Legislación - Comunidad de Madrid - madrid.org. 2024 02/.
- (30) González-Bermejo D, Solano MD, Polache J, Mulet A, Barreda D, Soler-Company E, et al. Los Comités de Ética Asistencial y los Comités de Ética de la Investigación en España: organización, regulación y funciones. 2020 09;/30(3):206-211.

(31) WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

ANEXOS

Anexo I. Trastorno de apego reactivo. (TAR)

Criterios diagnósticos	<p>Criterio A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos. Manifestado por:</p>	<p>El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.</p>
	<p>Criterio B. Alteración social y emocional persistente caracterizada por 2 o más de estos síntomas:</p>	<p>El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.</p>
	<p>Criterio C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente que se manifiesta por una o más de las siguientes características:</p>	<p>Reacción social y emocional mínima a los demás.</p>
	<p>Afecto positivo limitado.</p>	
	<p>Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo que no se explica incluso durante interacción no amenazadora con los cuidadores adultos.</p>	
	<p>Negligencia o carencia social manifestada por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de cuidadores adultos.</p>	
	<p>Cambios continuos de cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable. (Cambios frecuentes de custodia).</p>	
	<p>Educación en contextos no habituales que reduce en gran parte la oportunidad de establecer un apego selectivo. (Instituciones con elevado número de niños por cuidador).</p>	
	<p>El factor cuidado que aparece en el apartado C es el responsable de la alteración del comportamiento del criterio A. (Las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).</p>	
	<p>No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro autista.</p>	
	<p>El trastorno es evidente antes de los 5 años.</p>	
	<p>El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.</p>	

Tabla 9. Criterios diagnósticos del TAR. Elaboración propia a partir de (14)

Anexo II. Trastorno de relación social desinhibida. (TRSD)

Criterios diagnósticos	Criterio A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta las siguientes características.	Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interaccionar con adultos extraños.
		Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad)
		Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
		Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.
	Criterio B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad, pero incluyen comportamiento socialmente desinhibido)	
	Criterio C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente, como se pone de manifiesto por las siguientes características.	Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
		Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar el apego estable. (Ej. Cambios frecuentes de la custodia).
		Educación en contextos no habituales que reduce en gran medida la oportunidad de establecer un apego selectivo. (Ej. Instituciones con un número elevado de niños por cuidador).
	Criterio D. Se supone que el factor cuidador del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A. (Ej. Las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).	
	Criterio E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.	

Tabla 10. Criterios diagnósticos del TRSD. Elaboración propia a partir de (14)

Anexo III. Child Behavior Checklist (CBCL)

CBCL (4- 18) Cuestionario para padres

Edad:	Sexo M / F	Grado:	Nombre y apellido del niño:
Fecha de hoy:		Nombre del padre:	
Fecha de Nacimiento:		Nombre de la madre:	

Para contestar este cuestionario, solo tome en cuenta los últimos 6 meses antes de la consulta.

Marque con una cruz: 0: NUNCA

1: A VECES

2: BASTANTE

	0	1	2
1. Actúa como si tuviese menos edad			
2. Sufre de alergias (diga a qué):			
3. Discute mucho			
4. Tiene Asma			
5. Se porta como si fuera del sexo opuesto			
6. Se ensucia en la ropa o en otro lugar fuera del baño			
7. Es fanfarrón, se cree más de lo que es.			
8. Le cuesta concentrarse o prestar atención			
9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos, obsesiones. Describa:			
10. No puede estar sentado tranquilo, es muy inquieto			
11. Es muy dependiente o apegado a los adultos			
12. Se queja de que se siente solo			
13. Está confuso, como en las nubes			
14. Llora mucho			
15. Es cruel con los animales			
16. Es abusador, cruel o malo con los demás.			
17. Sueña despierto, se pierde en sus propios pensamientos			
18. Se ha hecho daño a si mismo a propósito, o ha tratado de suicidarse			
19. Demanda mucha atención			
20. Destruye sus cosas			
21. Destruye cosas que son de otros			
22. Desobedece en la casa			
23. Desobedece en la escuela			
24. No come bien.			
25. No se lleva bien con otros chicos /as.			
26. No parece sentirse culpable luego de hacer algo indebido			
27. Se pone celoso fácilmente			
28. Come o bebe cosas que no son comestibles. Describa:			

29. Le teme a ciertos animales, situaciones o lugares (que no son la escuela). Describa:			
30. Le da miedo ir a la escuela			
31. Tiene miedo de pensar o hacer algo malo			
32. Siente que tiene que ser perfecto			
33. Siente o se queja de que nadie lo quiere			
34. Siente que los demás lo quieren perjudicar			
35. Se siente inferior, como que no vale			
36. Se lastima mucho, es propenso a los accidentes			
37. Se mete en muchas peleas			
38. Los demás lo cargan mucho			
39. Se junta con chicos/ as que se meten en problemas			
40. Escucha cosas que nadie más parece escuchar. Describa:			

41. Suele actuar sin pensar, es impulsivo			
42. Le gusta estar solo			
43. Dice mentiras o hace trampas			
44. Se come las uñas			
45. Es nervioso, parece estar tensionado			
46. Tiene movimientos nerviosos, tics. Describa:			
47. Tiene pesadillas			
48. No le cae bien a otros chicos o chicas			
49. Padece de estreñimiento, le cuesta evacuar			
50. Es muy ansioso, miedoso			
51. Se siente mareado			
52. Se siente muy culpable			
53. Come demasiado			
54. Se cansa demasiado			
55. Tiene sobrepeso			
56. Tiene problemas físicos, sin causa médica justificada:			
a. dolores			
b. dolores de cabeza			
c. Tiene náuseas, se siente enfermo			
d. Tiene problemas en los ojos: Describa:			
e. Urticaria o erupciones en la piel			
f. Dolores de estómago o retortijones			
g. Vómitos			
h. Otros, Describa:			
57. Ataca físicamente a personas			
58. Se mete los dedos en la nariz, se raspa con las uñas la piel u otras partes del cuerpo. Describa:			
59. Juega con sus partes sexuales en público			

60. Juega demasiado con sus partes sexuales			
61. Su trabajo escolar es pobre			
62. Es torpe, o no coordina bien			
63. Prefiere estar con chicos/ as mayores que él / ella.			
64. Prefiere estar con chicos /as menores que él /ella.			
65. Se niega a hablar			
66. Repite ciertos actos una y otra vez. Describa:			
67. Se suele escapar de su casa			
68. Grita mucho			
69. Es reservado, mantiene sus cosas en secreto			
70. Ve cosas que nadie más parece ver. Describa:			
71. Es vergonzoso, le da vergüenza con facilidad			
72. Causa incendios			
73. Tiene problemas sexuales. Describa:			
74. Es presumido, le gusta hacerse el gracioso			
75. Es tímido			
76. Duerme menos que los chicos de su edad			
77. Duerme más que muchos chicos, de día o de noche			
78. Ensucia o juega con sus excrementos			
79. Tiene problemas para hablar. Describa:			
80. Se queda mirando el vacío			
81. Roba cosas en la casa			
82. Roba cosas de otros lugares que no sean su casa			
83. Acumula cosas que no necesita. Describa:			
84. Se comporta de una manera rara. Describa:			
85. Piensa cosas, o tiene ideas, que son extrañas. Describa:			
86. Es terco, Cabeza Dura			
87. Su estado anímico o sentimientos cambian de repente			
88. Refunfuña mucho			
89. Es desconfiado, receloso			
90. Es de insultar, dice malas palabras			
91. Habla de quererse matar.			
92. Habla o camina cuando está dormido			
93. Es de hablar mucho			
94. Carga o fastidia mucho a los demás			
95. Se enoja con facilidad, tiene berrinches			
96. Parece pensar demasiado en temas sexuales			
97. Amenaza con lastimar a otros			
98. Se chupa el dedo			
99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza			

100. Tiene problemas para dormir. Describa:			
101. Falta a la escuela, es vago			
102. Es poco activo, lento o falto de energía			
103. Está triste o deprimido			
104. Es más ruidoso que los demás chicos/ as.			
105. Toma alcohol o usa drogas. Describa:			
106. Comete actos de vandalismo			
107. Se orina en encima durante el día			
108. Se orina en la cama			
109. Se la pasa quejándose o lamentándose; lloriquea			
110. Le gustaría ser del sexo opuesto			
111. Se encierra en sí mismo, no se da con los demás			
112. Se preocupa demasiado por todo			
113. Nombre cualquier otro problema que su hijo tenga y que no haya sido mencionado:			

Anexo IV. Pediatric Symptom Checklist (PSC)

La salud emocional y física van de la mano en los niños. Debido a que los padres son a menudo los primeros en notar un problema en el comportamiento, en las emociones o en el aprendizaje de su hijo, usted puede ayudar a su hijo a obtener la mejor atención posible al responder estas preguntas. Indique qué afirmación describe mejor a su hijo. Marque la columna de la palabra que mejor describa a su hijo:

		Nunca	A veces	A menudo
1. Se queja sobre dolores y molestias	1	_____	_____	_____
2. Pasa más tiempo solo	2	_____	_____	_____
3. Se cansa fácilmente, tiene poca energía	3	_____	_____	_____
4. Inquietud, incapaz de quedarse quieto	4	_____	_____	_____
5. Tiene problemas con su profesor	5	_____	_____	_____
6. Menos interesado en la escuela	6	_____	_____	_____
7. Actúa como impulsado por un motor	7	_____	_____	_____
8. Sueña despierto demasiado	8	_____	_____	_____
9. Se distrae fácilmente	9	_____	_____	_____
10. Le tiene miedo a las situaciones nuevas	10	_____	_____	_____
11. Se siente triste, infeliz	11	_____	_____	_____
12. Es irritable, está enojado	12	_____	_____	_____
13. Siente que no tiene esperanza	13	_____	_____	_____
14. Tiene problemas para concentrarse	14	_____	_____	_____

15. Menos interesado en sus amigos	15	_____	_____	_____
16. Pelea con otros niños	16	_____	_____	_____
17. No asiste a la escuela	17	_____	_____	_____
18. Sus calificaciones empeoran	18	_____	_____	_____
19. Se critica a sí mismo	19	_____	_____	_____
20. Visita al médico y éste no encuentra nada malo	20	_____	_____	_____
21. Tiene problemas para dormir	21	_____	_____	_____
22. Se preocupa demasiado	22	_____	_____	_____
23. Quiere estar con usted más que antes	23	_____	_____	_____
24. Siente que es malo	24	_____	_____	_____
25. Toma riesgos innecesarios	25	_____	_____	_____
26. Se lastima frecuentemente	26	_____	_____	_____
27. Parece que se divierte menos	27	_____	_____	_____
28. Actúa como si fuera más pequeño que los niños de su edad	28	_____	_____	_____
29. No obedece las reglas	29	_____	_____	_____
30. No muestra sentimientos	30	_____	_____	_____
31. No entiende los sentimientos de los demás	31	_____	_____	_____
32. Se burla de los demás	32	_____	_____	_____

33. Culpa a los demás de sus problemas 33

34. Toma cosas que no le pertenecen 34

35. Se niega a compartir 35

Puntaje total: _____

¿Su hijo tiene algún problema emocional o de comportamiento para el cual necesite ayuda?

() N () S

¿Hay algún servicio que le gustaría que su hijo recibiera para estos problemas?

() N () S

De ser así, ¿qué servicios?

Anexo V. Revised Rutter Parent Scales (RRPS)

Esta escala se realiza para identificar posibles problemas de conducta en preescolares y escolares adoptados. Está compuesta por 50 ítems que deben ser contestados sin excepción. Solo se puede realizar un cuestionario por niño.

Rodee su respuesta teniendo en cuenta:

1- Nunca

2 - Algunas veces.

3 - Bastantes veces.

4 - Siempre

1. Trata de jugar sin hacer trampas ni engañar.	Nunca	2	3	Siempre
	1			4
2. Muy inquieto, le cuesta quedarse sentado durante mucho tiempo.	1	2	3	4
3. Tiene en cuenta los sentimientos de otra persona.	1	2	3	4
4. Muy nervioso, es "un rabo de lagartija".	1	2	3	4
5. A menudo rompe o estropea las cosas de otros.	1	2	3	4
6. Llora al llegar del colegio o no quiere entrar.	1	2	3	4
7. Intentará ayudar a alguien que se haya lastimado.	1	2	3	4
8. A menudo se pela con otros niños y/o niñas.	1	2	3	4
9. Se da por vencido fácilmente.	1	2	3	4
10. Es poco popular entre los niños y/o niñas.	1	2	3	4
11. Se ofrece para echar una mano en las cosas de casa.	1	2	3	4
12. Se preocupa con frecuencia, cualquier cosa le preocupa.	1	2	3	4
13. Tiende a no acabar las cosas que empieza, se distrae con otras cosas.	1	2	3	4
14. Espontáneamente es afectuoso con los miembros de la familia.	1	2	3	4
15. Tiende al aislamiento, es bastante solitario.	1	2	3	4
16. Irritable. Pierde los nervios.	1	2	3	4
17. Amable con los niños más pequeños.	1	2	3	4
18. A menudo, parece triste, desgraciado, lloroso, angustiado.	1	2	3	4
19. Resentido o agresivo cuando se le corrige.	1	2	3	4
20. Tiende a echar la culpa a otros.	1	2	3	4

21. Consuela al niño que está llorando o triste.	1	2	3	4
22. Tartamudea o titubea.	1	2	3	4
23. Tiene otras dificultades para hablar.	1	2	3	4
24. Falta a la escuela, no asiste a clase.	1	2	3	4
25. Tiene tics, movimientos estereotipados o gestos raros en la cara o boca.	1	2	3	4
26. Frecuentemente se chupa el pulgar u otro dedo.	1	2	3	4
27. Se lleva bien con otros niños.	1	2	3	4
28. Ha robado algo en más de una ocasión en los últimos 12 meses.	1	2	3	4
29. Llora fácilmente.	1	2	3	4
30. Frecuentemente se muerde los dedos o las uñas.	1	2	3	4
31. Desobedece con frecuencia.	1	2	3	4
32. Si ve una pelea, trata de cortarla.	1	2	3	4
33. Se ha orinado o ensuciado (caca) encima en el último año.	1	2	3	4
34. No puede concentrarse en una tarea más que un rato muy corto.	1	2	3	4
35. Es un niño resuelto, decidido.	1	2	3	4
36. Comparte sus cosas con los amigos o amigas.	1	2	3	4
37. Suelen darle miedo las situaciones o cosas nuevas	1	2	3	4
38. Da patadas o mordisco a otros chicos o chicas.	1	2	3	4
39. Se queda con la mirada perdida en el vacío.	1	2	3	4
40. Tiene imaginación para los juegos, le gustan los juegos de fantasía.	1	2	3	4
41. Exigente, delicado, quisquilloso.	1	2	3	4
42. Distraído, se distrae con facilidad.	1	2	3	4
43. Independiente, seguro de sí mismo.	1	2	3	4
44. No comparte sus juguetes.	1	2	3	4
45. Ayuda a otros chicos o chicas que se sienten mal.	1	2	3	4
46. Miente a menudo.	1	2	3	4
47. Intima o amenaza a otros niños o niñas.	1	2	3	4
48. Es cariñoso con los animales.	1	2	3	4
49. A menudo se queda de dolores o molestias.	1	2	3	4
50. No se preocupa por lo demás.	1	2	3	4

ANEXO VI. Consentimiento informado.

Hoja de información al paciente.

Nombre del investigador principal: Raquel de la Peña del Rey.

Nombre del estudio: “Determinar la prevalencia de los trastornos conductuales, emocionales y de apego en niños/as adoptados de entre 4 – 8 años”.

Usted está siendo invitado/a a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo principal explorar la prevalencia de los trastornos conductuales, emocionales y de apego en niños adoptados. Su participación en este estudio es voluntaria y es fundamental contar con su consentimiento para que puedan participar usted y su hijo/a.

Objetivo del estudio:

Este estudio tiene por finalidad comprender mejor los desafíos emocionales y conductuales que enfrentan los niños adoptados y examinar la prevalencia de los trastornos conductuales, emocionales y de apego en esta población.

Procedimiento:

Si deciden participar en este estudio, se les pedirá que cumplimenten varios cuestionarios diseñados para evaluar diversos aspectos de la salud mental y el comportamiento de su hijo/a adoptado/a. Estos cuestionarios pueden incluir preguntas sobre el historial médico, el entorno familiar y la adaptación emocional del niño/a.

Riesgos y beneficios:

No se prevén riesgos significativos asociados a la participación en este estudio. Sin embargo, la información recopilada puede ser útil para comprender mejor las necesidades de los niños/as adoptados/as y desarrollar intervenciones efectivas para apoyar su bienestar tanto emocional como psicológico.

Confidencialidad:

Toda la información que se recopile en este estudio será tratada de manera confidencial. Su identidad y la de su hijo/a serán protegidos en todo momento y no se compartirán con terceros sin su consentimiento expreso, excepto cuando sea requerido por la ley. Todos los documentos y registros relacionados con el estudio serán almacenados de manera segura y solo tendrán acceso aquellas personas autorizadas por el equipo de investigación. Se tomarán medidas para proteger la identidad y privacidad de los participantes en todo momento, utilizando códigos de identificación en lugar de nombres reales. La confidencialidad es un principio fundamental de este estudio y se llevará a cabo con el máximo cuidado y responsabilidad.

Derecho a revocar el consentimiento:

Su participación en el estudio es voluntaria y tiene derecho a retirarse del mismo en cualquier momento sin penalización alguna. Si en algún momento durante el transcurso del estudio, decide retirar su consentimiento, se respetará dicha decisión y se interrumpirá en el momento, su participación sin hacer preguntas ni imponer sanciones.

Además, se garantiza que cualquier dato recopilado hasta el momento de la revocación, será eliminado, o si es posible, se utilizará de manera anónima para mantener la confidencialidad y proteger la privacidad del participante. El proceso de revocación será sencillo, solo tendrá que comunicarlo al investigador principal y firmar el documento pertinente.

PARTICIPANTE.

D/Dña. _____ con DNI _____

padre/madre o tutor legal de

confirmo que he leído y
comprendido la información proporcionada anteriormente sobre dicho estudio. Se me ha
brindado la oportunidad de plantear preguntas sobre todas las dudas que tenía en relación
con el procedimiento del estudio y su finalidad. Por ello, manifiesto mi participación voluntaria
comprendiendo mi derecho a revocar en cualquier momento sin penalización ni consecuencia
alguna.

Además, doy mi consentimiento de acuerdo con la “*Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*” para que se recopile y se utilice la información proporcionada para los fines de este estudio.

Firma padre/madre/tutor - a legal:

_____ de _____ del _____.

INVESTIGADOR.

D/Dña. _____ con DNI _____ enfermera/o colegiado/a e investigador/a principal del estudio perteneciente a la Universidad Pontificia de Comillas de Enfermería y Fisioterapia de San Juan de Dios, declaro que he proporcionado al/los participantes toda la información necesaria del estudio de manera clara y comprensible, respondiendo a todas las cuestiones y dudas.

Declaro la máxima confidencialidad del estudio de acuerdo con la “*Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*”. asegurando que toda la información proporcionada y recopilada será tratada con el más alto nivel de privacidad y seguridad. Se garantiza que los datos recopilados se utilizarán exclusivamente con fines de investigación y no se divulgarán a terceros sin el consentimiento expreso de los participantes, excepto cuando sea requerido por ley.

Firma:

_____ de _____ del _____.

REVOCACIÓN.

D/Doña. _____ con DNI

_____ presento la revocación de mi consentimiento informado y participación en el estudio dirigido a “*Determinar la prevalencia de los trastornos conductuales, emocionales y de apego en niños/as adoptados de entre 4 – 8 años*”, firmado el día _____ de _____ del _____ por el ejercicio de mi derecho. Firmo este documento para dejar constancia y validez.

Firma padre/madre/tutor-a legal:

_____ de _____ del _____.

ANEXO VII. Solicitud para la evaluación del estudio por parte del Comité de Ética Asistencial (CEA).

Estimados miembros del Comité Ético Asistencial:

Me dirijo a ustedes desde la Comunidad de Madrid a fecha ____ de _____ del_____, en calidad de enfermera/o e investigadora/o principal del presente estudio para solicitar su evaluación por parte del CEA. El estudio propuesto tiene como objetivo llevar a cabo un estudio sobre la prevalencia de trastornos conductuales, emocionales y de apego en niños/as adoptados de entre 4 – 8 años, importante para entender mejor estos aspectos y proporcionar tanto a las familias y a los niños la ayuda y el apoyo necesario.

La investigación en este campo es crucial para la comunidad sanitaria ya que puede contribuir y proporcionar mejoras en la atención y el tratamiento de trastornos mentales en una población determinada que presenta desafíos únicos. Además, al comprender mejor los factores que favorecen el desarrollo de dichos trastornos en niños/as adoptados, podemos desarrollar estrategias preventivas y de intervención mucho más efectivas para promover el bienestar tanto psicológico como emocional a largo plazo.

A continuación, se detallan algunos aspectos importantes del estudio:

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se va a llevar a cabo una investigación observacional de tipo transversal donde se recopilarán los datos necesarios mediante cuestionarios y escalas dirigidos, sobre todo, a los padres o tutores legales de niños/as adoptados. También se van a realizar entrevistas clínicas para evaluar tanto la salud mental como el bienestar emocional de estos niños.

Se va a reclutar una muestra lo suficientemente grande como para obtener conclusiones significativas sobre la prevalencia de estos trastornos en niños/as adoptados. Todos los datos recopilados se van a analizar utilizando los métodos apropiados a cada tipo de variable y el diseño del estudio.

PARTICIPANTES.

Los participantes de este estudio van a ser niños/as adoptados junto con sus padres adoptivos o tutores legales.

En los criterios de inclusión se van a incluir niños de ambos sexos, con edades comprendidas entre 4 – 8 años independientemente del tiempo que lleven en su nueva familia. Los padres y tutores legales deben tener un nivel adecuado de comprensión del idioma de los cuestionarios y escalas.

Se van a excluir a niños/os que tengan patologías graves que puedan afectar a su capacidad para participar en el estudio o que estén recibiendo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico para trastornos mentales ya diagnosticados. Por supuesto, se van a excluir a todos los padres y tutores legales que no quieran participar en el estudio o que no puedan proporcionar el consentimiento informado para la participación y recopilación de información de su hijo.

PROCEDIMIENTOS ÉTICOS.

Se va a garantizar el cumplimiento de todos los principios éticos presentes en la “Declaración de Helsinki” y otras normativas aplicables. También se van a obtener los consentimientos informados de todos los participantes y se va a proteger la privacidad y confidencialidad.

BENEFICIOS Y RIESGOS.

Con este estudio se espera proporcionar información valiosa para mejorar la comprensión y el manejo de los trastornos conductuales, emocionales y de apego en niños/as adoptados de entre 4 – 8 años. En este caso, no se prevén riesgos significativos, no obstante, se tomarán las medidas y precauciones necesarias para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los participantes.

Tras lo expuesto anteriormente, solicito al Comité Ético Asistencial que evalúe el estudio propuesto y conceda la autorización necesaria, si así lo cree, para poder llevarlo a cabo.

Me mantengo a su disposición para solucionar cualquier duda y brindar información adicional que puede ser requerida para facilitar el proceso de evaluación.

Atentamente:

Firma:

D/Dña. Raquel de la Peña del Rey.

